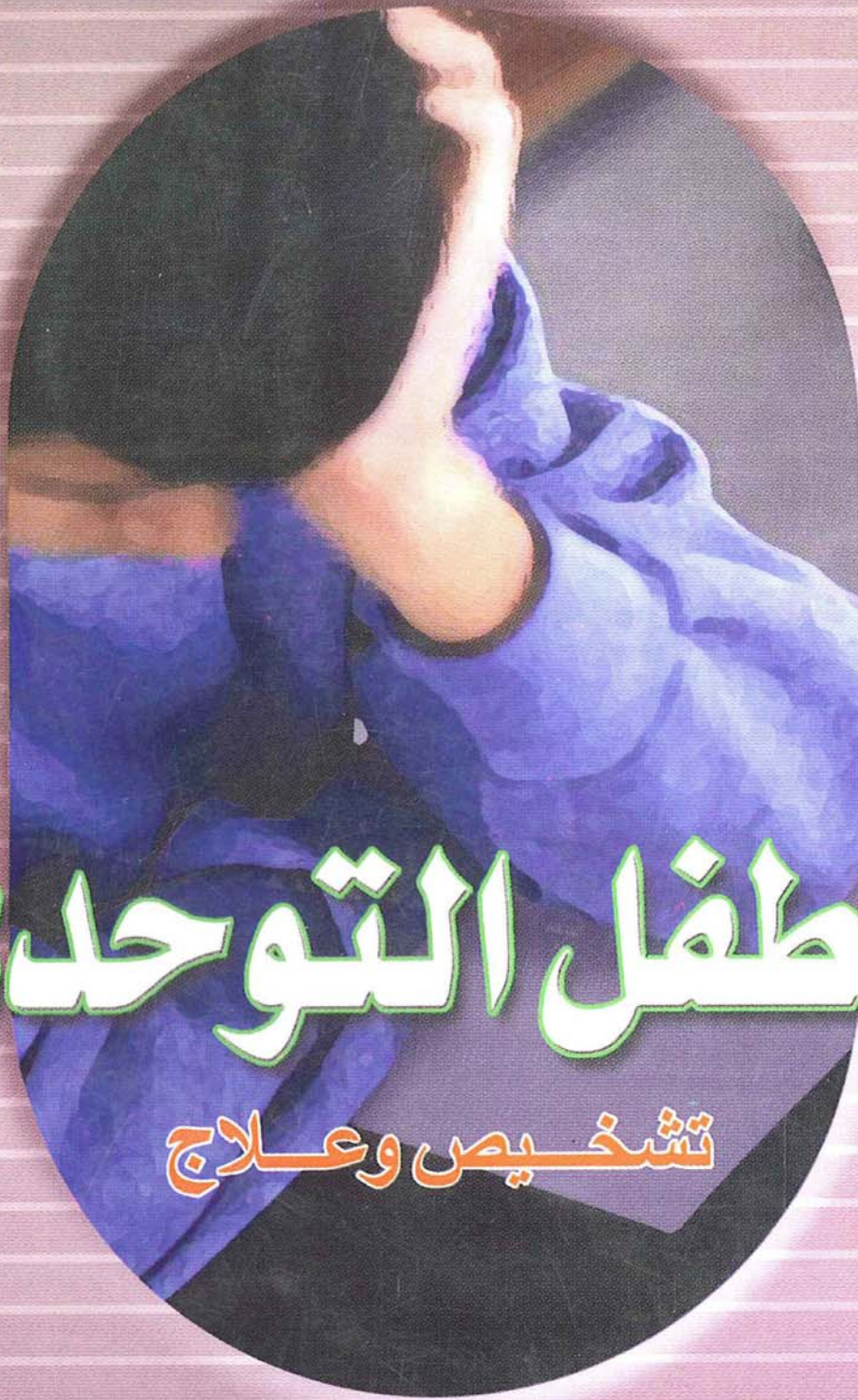


دكتور إبراهيم محمود بدر



الطفل التوحدي

تشخيص وعلاج



مكتبة الأنجلو المصرية

الطفل التوحدي

"تشخيصه وعلاجه"

د. إبراهيم محمود بدر

دكتورة في العلاج النفسي

أستاذ الصحة النفسية المساعد

بكلية التربية النوعية

جامعة القاهرة

الناشر

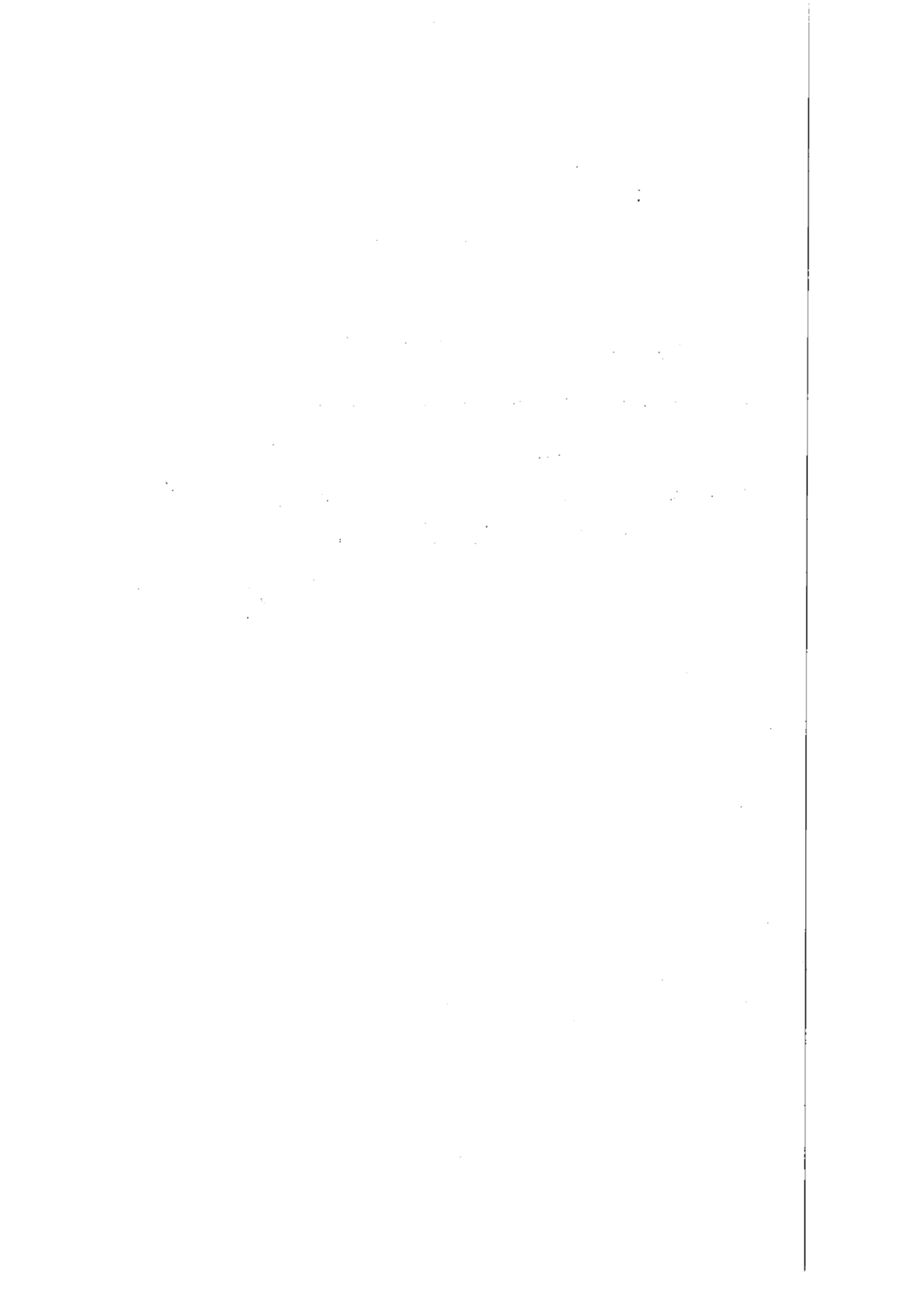
مكتبة الأنجلو المصرية

١٦٥ ش محمد فريد - القاهرة

أسم الكتاب: الطفل التوحدي
أسم المؤلف: د/ ابراهيم محمود بدر
أسم الناشر: مكتبة الانجلو المصرية
أسم الطابع: مطبعة محمد عبد الكريم حسان
رقم الايداع: 13977 لسنة 2004
الترقيم الدولي: I-S-B-N 977-05-2070-5

إهداء

إلى هؤلاء الأطفال الذين فقدوا الاتصال بالعالم من حولهم .
إلى أهلهم وذويهم الذين عانوا من فقدان التواصل مع فلذات
أكبادهم وأعز ما لديهم .
إلى المختصين والمهتمين الذين بذلوا ويذلون قصارى جهدهم فى
محاولات لا تعرف اليأس من أجل التخفيف عن هؤلاء وهؤلاء .
إلى كل هؤلاء أقدم محاولتى هذه .



محتويات الكتاب

الموضوع الصفحة

الفصل الأول

- تمهيد ١٥-٢٤
- مقدمة ١٥-١٧
- من هو الطفل التوحدي؟ ١٧-١٩
- معنى كلمة الأوتيزم (التوحد) ١٩-٢١
- تعريف اضطراب التوحد ٢١-٢٤

الفصل الثاني

- اكتشاف التوحد ٢٥-٤٢
- الخلفية التاريخية للاضطراب ٢٥-٢٧
- أعراض الاضطراب ٢٧-٣٢
- أسباب الاضطراب ٣٢-٣٧
- بداية الاضطراب ومساره ٣٧-٤٠
- معدل انتشار الاضطراب ٤١-٤٢

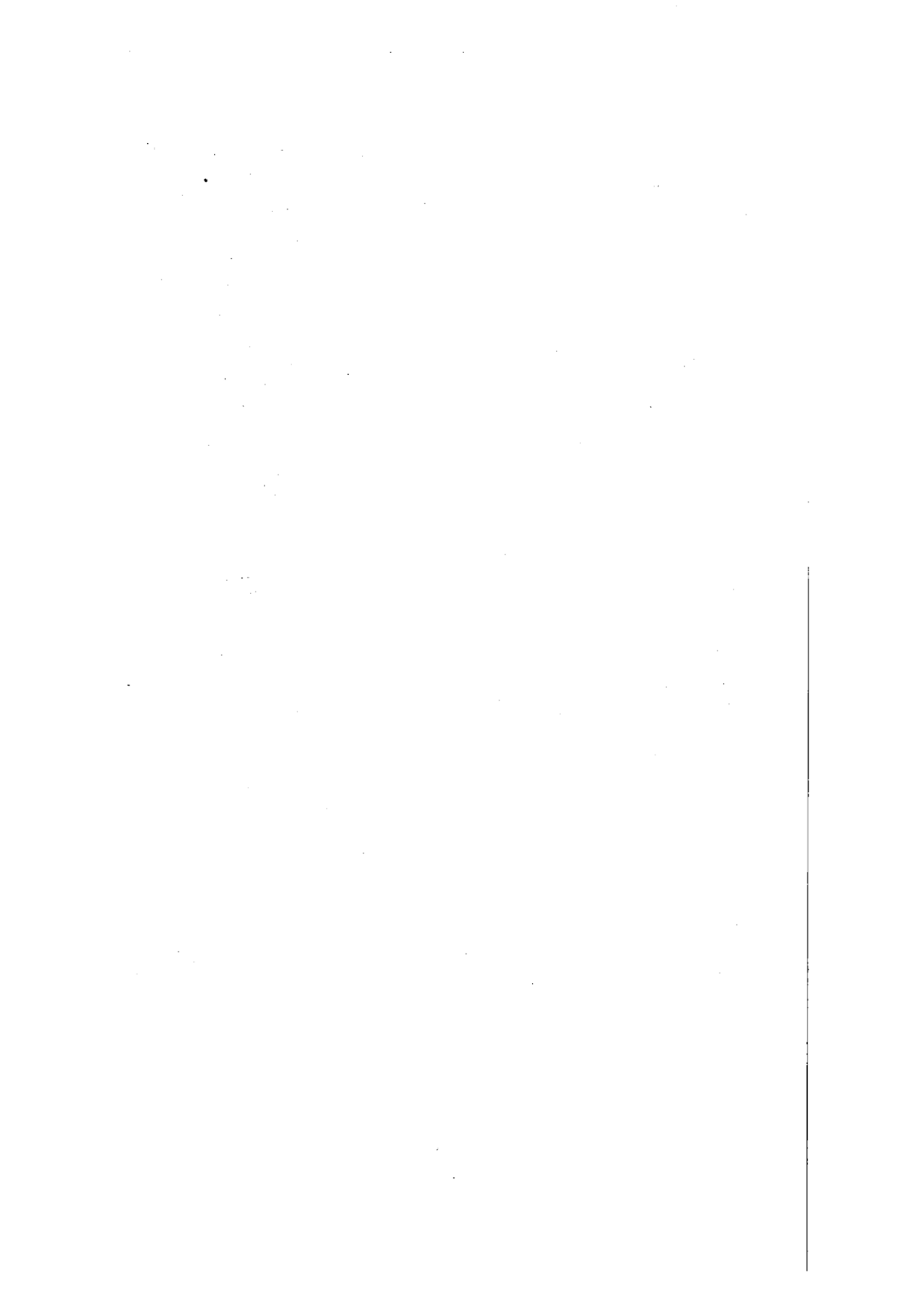
الفصل الثالث

- تشخيص اضطراب التوحد ٤٣-٦٠
- مقدمة ٤٣-٤٥
- التشخيص السيكاترى ٤٥-٤٧
- التشخيص الفارق ٤٧-٥٢
- التشخيص الفردى ٥٢-٥٨
- تشخيص التطور اللاحق (مآل الاضطراب) ٥٨-٦٠

الفصل الرابع

- علاج اضطراب التوحد ٦١-١٤٤
- مقدمة ٦١-٦٤
- أهمية التدخل المبكر فى علاج اضطراب التوحد ٦٤-٦٦
- العلاجات التقليدية لاضطراب التوحد : ٦٦-٨٢
- (١) العلاج النفسى التقليدى ٦٦-٧٢
- (٢) العلاج الطبى : ٧٢-٧٦
- أ- العلاج الدوائى ٧٢-٧٤
- ب- العلاج الهرمونى والغذائى ٧٤-٧٦
- (٣) العلاج السلوكى ٧٧-٨٢
- الاتجاهات الحديث فى علاج الطفل التوحدى : ٨٢-١٤٤
- * مقدمة ٨٢-٨٣

- * أولاً : العلاج السلوكى الحديث (تحليل السلوك
التطبيقي) ٨٤-٩٧
- * ثانياً : برامج التدخل العلاجي والتأهيلي ٩٧-١٠٢
- علاج التوحد فى مصر والعالم العربى ١٠٣-١٠٥
- * ثالثاً : العلاجات الحديثة : ١٠٥-١٤٤
- ١- العلاج بالفن ١٠٦-١١١
- ٢- العلاج بالموسيقى ١١١-١١٥
- ٣- العلاج باللعب ١١٥-١١٩
- ٤- العلاج التديكى ١١٩-١٢٢
- ٥- العلاج التلامسى ١٢٢-١٢٤
- ٦- العلاج الحركى ١٢٤-١٢٦
- ٧- العلاج اللغوى ١٢٦-١٣٢
- ٨- العلاج البيئى ١٣٢-١٣٤
- ٩- العلاج بالانشغال ١٣٥-١٣٩
- ١٠- العلاج التبادلى - النمائى ١٣٩-١٤٢
- ١١- العلاج بالحياة اليومية ١٤٢-١٤٤
- * تعقيب المؤلف ١٤٤-١٤٥
- * رؤية المؤلف فى علاج الطفل التوحدى ١٤٥-١٥١
- المراجع ١٥٣-١٦٢



المؤلف

د. إبراهيم محمود بدر

* أستاذ الصحة النفسية المساعد - جامعة القاهرة: كلية التربية النوعية .

* دكتوراة الفلسفة فى التربية تخصص صحة نفسية، فى العلاج النفسى .

* الخبرات العلمية والعملية :

- التدريس بجميع مراحل التعليم، العام والجامعى والدراسات العليا .
- ممارسة العلاج النفسى بمركز شعلان للصحة النفسية بالقاهرة .
- تدريب العاملين فى جهات حكومية مختلفة بقصد تنمية مهاراتهم المهنية ورفع أدائهم الوظيفى .
- المشاركة كخبير فى أنشطة وبرامج جمعيات خيرية حكومية وأهلية بهدف تنمية مهارات العاملين بها وتقديم أفضل ما يمكن من خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية للمستفيدين بهذه الجمعيات .
- المشاركة كخبير فى العمل التطوعى لخدمة المجتمع وتنمية البيئة .

* المؤلفات :

- الإحصاء .
- الاتصال الجماهيرى .
- الصحة النفسية .

- مدخل إلى علم النفس .

* العضوية :

- عضو بنقابة المعلمين بالقاهرة .
- عضو بنادى أعضاء هيئة التدريس - جامعة القاهرة .
- عضو برابطة الإخصائيين النفسيين بالقاهرة .
- عضو بمركز شعلان للصحة النفسية بالقاهرة .
- عضو بجمعية تدعيم الأسرة بالقاهرة .

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

﴿ قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ ﴾

صدق الله العظيم

(آية ٣٢ سورة البقرة)

مقدمة الطبعة الأولى:

برغم ما توصل إليه الإنسان من تقدم علمي مذهل مكنه من فهم العالم من حوله مما حقق للبشرية تطوراً في السنوات الخمسين الأخيرة أضعاف ما تحقق من تطور عبر كل مراحل تاريخها الطويل، إلا أن الإنسان ظل قاصراً عن تحقيق تقدماً مماثلاً فيما يتصل بفهم نفسه ومواجهة الاضطرابات والأمراض التي تصيبه جسماً كانت أو نفسية أو ذهنية.

وتعتبر إعاقة التوحد من أشد وأعقد الإعاقات التي تصيب الأطفال قبل عمر ثلاث سنوات. وتصل نسبة حالات التوحد التي تبقى دون تحسن يذكر إلى حوالي ٧٠٪ حتى مرحلة الرشد والشيخوخة ويظلون في حاجة إلى رعاية كاملة في المنزل أو مراكز التخصص.

ويرجع عدم الوصول إلى علاج طبي شاف للتوحد إلى عدم الكشف عن العوامل المسببة للإعاقة على وجه اليقين، إلا أن هناك سبب رئيسي للإعاقة يكمن في تلف أو قصور عضوى أو وظيفى فى المخ .

وتمثل إعاقة التوحد أحد الاضطرابات المعوقة للنمو الارتقائى على نحو يشمل كثير من جوانب هذا النمو بالخلل أو القصور الشديدين، وتتكشف جوانب هذا الخلل أو القصور فى نمو الإدراك الحسى واللغة والاستجابة لمثيرات البيئة ونمو الجانب المعرفى والانفعالى، مما يؤدى إلى خلل واضح فى التواصل مع الآخرين والتفاعل الاجتماعى واللعب

الرمزى أو التخيلى للطفل ، مع قيامه بأنماط متكررة من السلوكيات المحدودة ، وقلة الاهتمامات والأنشطة ، مع ميل للعزلة والانشغال بالذات والانغلاق النفسى .

ويواجه الباحثون والعاملون فى مجال الطفولة مشكلات كبيرة فى التعامل مع اضطراب التوحد . وتتنوع هذه المشكلات ما بين مشكلات تتعلق بالاكتشاف المبكر للاضطراب وتشخيصه وعلاجه . وترجع صعوبات الاكتشاف المبكر والتشخيص والعلاج لاضطراب التوحد إلى تشابه وتداخل صفات وخصائص التوحد مع اضطرابات أخرى ، ومصاحبته أحياناً لأمراض أو إعاقات أخرى .

ولذا فإن تشخيص التوحد تشخيصاً دقيقاً بتمييز الأشخاص التوحديين عن غيرهم من الأفراد المصابين باضطرابات أخرى ، وكذا تقدير حجم الإعاقة والاكتشاف المبكر لها والتدخل العلاجى الفعال . كل ذلك يستلزم إجراء التشخيص الدقيق بكل أنواعه سيكاترى وفارقى وفردى وتشخيص التطور اللاحق . مما يلزم بتعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وإخصائى التخاطب والتحاليل الطبية وغيرهم من أجل تحقيق أفضل فائدة للطفل التوحدى .

ويعتبر الطبيب الأمريكى ، ليوكانر ، هو أول من اكتشف إعاقة التوحد عام ١٩٤٣ م وميز بينها وبين التخلف العقلى والفصام الطفولى ، ومنذ ذلك الحين تواصلت جهود الباحثين والأطباء فى محاولات صبورة مثابرة من أجل إيجاد علاج لهذه الإعاقة المستعصية ، ولا زالت هذه الجهود مستمرة حتى الآن .

ويمكن تصنيف علاج التوحد إلى نوعين من العلاج هما:

أولاً : العلاج التقليدى : ويشمل العلاج النفسى التحليلى والعلاج الطبى والعلاج السلوكى .

ثانياً: الاتجاهات الحديثة فى علاج التوحد: وتشمل بدورها ثلاثة اتجاهات هى:

- ١- العلاج السلوكى الحديث (تحليل السلوك التطبيقى).
- ٢- برامج التدخل العلاجى والتأهيلى.
- ٣- العلاجات الحديثة.

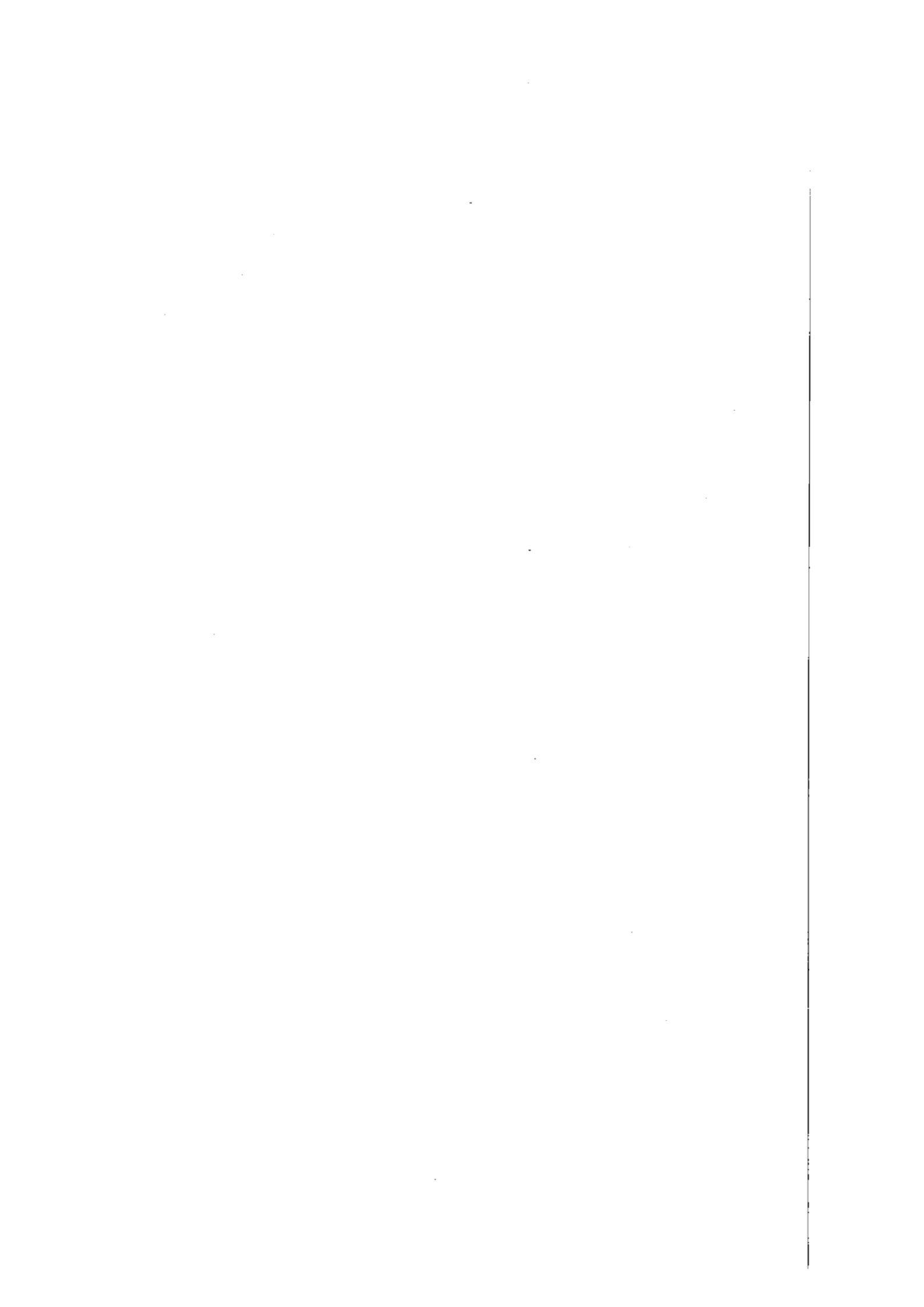
ويلقى المؤلف الضوء فى الصفحات التالية من هذا الكتاب على ما جاء بهذه المقدمة من تعريف للتوحد وتشخيصه وعلاجه مستعيناً بما اقتبسه من بحوث ودراسات قيمة لباحثين مصريين وعرب وأجانب وكلهم بذلوا جهوداً مضنية لفك طلاسم هذه الإعاقة وإيجاد أمل للأطفال المصابين بها ويخص المؤلف بالذكر العلامة المصرى الأستاذ الدكتور عثمان لبيب فراج أستاذ الصحة النفسية والبيئة بالجامعة الأمريكية بالقاهرة الذى أولى إعاقة التوحد جهده واهتمامه لسنوات طويلة.

والله أسأل أن يجعل هذه المحاولة من جانب المؤلف ذات نفع للأطفال التوحديين وأهليهم والمهتمين بهم .
والله ولى التوفيق

المؤلف

د. إبراهيم محمود بدر

القاهرة: مايو ٢٠٠٤م



الفصل الأول

تمهيد

- مقدمة:

تعتبر ظاهرة الإعاقة بوجه عام مشكلة خطيرة في أى مجتمع لأنها تؤثر سلباً على مسيرة التنمية في هذا المجتمع. وعلى ذلك فإن إحدى مؤشرات حضارة الأمم وارتقائها تتمثل في مدى عنايتها بتربية الأجيال بمختلف فئاتهم.

ومن هنا كان الاهتمام بالأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة وتوفير فرص النمو الشامل لهم مما يؤهلهم للانخراط فى المجتمع فلا يكونون عالة عليه يثقلون كاهله، وإلى جانب ذلك تعد رعاية المعاقين بمثابة مبدأ إنسانى وحضارى نبيل يؤكد حقوق المعاقين ويعمل على إتاحة الفرص المناسبة لهم للاندماج فى المجتمع تحقيقاً لحقهم فى حياة كريمة (عادل محمد، ٢٠٠٢ (١) : ٢٧).

وتعد إعاقة الأوتيزم (التوحد) Autism من أشد الإعاقات التى تبدأ مع ميلاد الطفل وتستمر معه حتى مماته، ولا ينجو منها أو تتحسن أوضاعه إلا نسبة ضئيلة لا تتعدى ٢٠% إلى ٣٠%، ويقتصر ذلك على الحالات الخفيفة والتى تعانى من توحد فقط دون أن تكون مصحوبة بتخلف عقلى أو إعاقات ذهنية أخرى. وفيما عدا ذلك نجد أن أكثر من ٧٠% من حالات التوحد يصلون إلى مرحلة الرشد أو الشيخوخة وهم لا يزالون يعانون من شدة الإعاقة ويظلون فى حاجة إلى رعاية كاملة فى إطار الأسرة أو فى أحد مراكز الرعاية الشاملة حيث يقيمون فيها بقية حياتهم (عثمان فراج، ٢٠٠١ : ٧٥).

ورغم قفامة الصورة التي تبدو من الآراء السابقة عن شدة إعاقة التوحد وعدم وجود علاج تام لها حتى الآن، فإن عبد الرحمن سليمان، (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١ : ١٤١) يقدم رأياً أقل تشاؤماً فيقول : على الرغم من أننا لا نستطيع الجزم بأن هناك إمكانية للشفاء التام والكامل من أعراض التوحد، إلا أن الدراسات المستمرة والبحوث التي تجرى على هذه الإعاقة قد ساعدت كثيراً في فهم الحالات بدرجة كبيرة وبالتالي وضع البرامج التأهيلية والعلاجية والتربوية اللازمة ، مما ساعد على تخفيف حدة بعض أعراض التوحد، بل اختفاء البعض الآخر تماماً.

ويعزو عثمان فراج، (عثمان فراج، ٢٠٠١ : ٤) عدم الوصول إلى علاج طبي شاف للتوحد إلى عدم الكشف بشكل حاسم عن العوامل المسببة للإعاقة فيقول : رغم مضي أكثر من ستين عاماً على التعرف على إعاقة التوحد ، أجرى خلالها مئات - بل لا نبالغ إذا قلنا آلاف - من البحوث الميدانية الطبية العصبية والنفسية فإن الإنسان لم يصل حتى الآن إلى علاج طبي شاف للتوحد لسبب بسيط وهو أننا لا نعلم بالضبط ما هي العوامل المسببة له، وكل ما نحن على يقين منه أن السبب المرجح يكمن في تلف أو قصور عضوى أو وظيفى فى المخ، وأن ما يسبب هذا التلف أو القصور عوامل متعددة بعضها وراثى جينى، والبعض الآخر بيئى مكتسب، ولكن ما هي تلك العوامل بالضبط وكيف تؤدي إلى هذا الخلل أو القصور، وما هي العلاقة بين كل هذا والأعراض المتعددة للتوحد؟ فهذه جميعاً أسرار يلفها الغموض والأمل كبير فى الكشف عنها .

وتلتقى آراء كثير من الباحثين مع الرأى السابق لـ عثمان فراج (٢٠٠١) وهو عدم التحديد الدقيق لأسباب إعاقة التوحد حتى الآن.

وعلى سبيل المثال يذكر كل من «كوش» و «بيترمان» ، Kush & Peterman, 1995 أنه على الرغم من اتفاق معظم الباحثين على أن اضطراب التوحد يرجع إلى خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، إلا أن هناك وجهات نظر متعارضة فيما يتعلق بالعلاقات السببية التي تربط هذا الخلل الوظيفي في المخ بالخصائص المميزة للاضطراب (Kabat, S. et al 2003 : 26) .

- من هو الطفل التوحدي (الذاتوي - الاجتراري)؟

يقصد بـ الطفل التوحدي Autistic child الطفل الذي فقد الاتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الاتصال قط، وهو منسحب تماماً ومنشغل انشغالاً كاملاً بخيالاته وأفكاره وبأنماط السلوكية المقولبة Sterotyped Behaviors كبرم الأشياء أو لفها أو الهزهزة ومن خصائصه الأخرى لا مبالته إزاء الوالدين والآخرين وعجزه عن تحمل التغيير، وعيوب النطق أو الخرس. وتفسر هذه الحالة لدى البعض بأن لها أساساً عضوياً، ويفسرها آخرون باعتبارها شكلاً من أشكال الفصام (جابر عبد الحميد وعلاء كفاقي، ١٩٨٨ : ٣١٥ - ٣١٦) .

ويرى «رمضان القذافي» (رمضان القذافي، ١٩٨٨ : ١٦٤) أن الأطفال التوحديين هم أطفال معاقون بشكل واضح في مجال استقبال المعلومات أو توصيلها للآخرين ، مما يؤدي بهم إلى القيام بأنماط السلوك غير المناسبة للبيئة والوسط الاجتماعي المحيط بهم. ويؤثر هذا النقص بشكل بارز على قدرة الطفل على التعلم وبخاصة في مجالات التعامل بالرموز ، كما يعرقل نشاط العمليات الضرورية لفهم اللغة واستخدامها بشكل جيد نظراً لوصولها عن طريق السمع مصحوبة باضطراب في الإدراك الحركي والبصري والسمعي .

ويتفق كثير من الباحثين على أن الصفة المميزة للأطفال

التوحيديين هي عدم القدرة على التواصل مع الآخرين وعلى سبيل المثال أوضح «كويجيل، وآخرون (Koegel et al, 1982) أن الأطفال التوحيديين تظهر عليهم أعراض الانسحاب الاجتماعي والانطواء على النفس، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، كما يوجد لديهم اضطراب في اللغة، وفي القدرات الإدراكية والمعرفية، كما أنهم يعانون من ضعف الانتباه، وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية، والتحكم في الحركات الدقيقة، فضلا عن وجود نشاط حركي مفرط (في: عبد المنان معمور، ١٩٩٧: ٤٣٧).

ويصف «محمود حمودة» (محمود حموده، ١٩٩١: ٩٨) الطفل التوحدي بأنه طفل يتسم بخلل في التفاعل الاجتماعي حيث يفشل في تنمية علاقات مع الأشخاص، ويعانى من نقص الاستجابة للآخرين والاهتمام بهم، ويظهر ذلك في عدم دفء العناق معه، ونقص التواصل بالعينين والوجه، وكراهية العواطف والتلامس الجسماني، وفشل في نمو اللعب الجماعي واللعب الخيالي والصدقة مع الأطفال الآخرين.

ويذكر «عادل محمد» (عادل محمد، ٢٠٠٢: (١) : ١٢) أن الطفل التوحدي يعانى من قصور في الجانب الاجتماعي يضطر على أثره إلى الانسحاب من التفاعلات والمواقف الاجتماعية.

ويهتم «رشاد موسى» (رشاد موسى، ٢٠٠٢: ٣٨٧) بتسجيل نفس الصفة عن الطفل التوحدي من حيث عجزه عن التفاعل مع الآخرين، مما يجعل أبويه يصفونه بأنه مستقل وغير معتمد على الآخرين، وأنه يفضل الوحدة ولا يشعر بالآخرين (Nelson & Israel, 1991)، وأنه يدرك الآخرين وكأنهم جوامد (Save et al, 1994).

وتؤكد «نادية أديب» (في: كاريتاس مصر، ١٩٩٣: ٦) الصفة ذاتها من أن الطفل التوحدي لا ينظر مباشرة للآخرين ويبدو سلوكه

متباعداً وغير متأثر بالعالم من حوله .

ويرى عبد الرحمن سليمان (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١ : ١٤٠)
أن المشكلة الكبرى بالنسبة للطفل التوحدي هي إقامة العلاقة مع
الآخرين (ومع نفسه) ولهذا يجب أن يكون الهدف الأساسي للمعلم هو
تطوير القدرة على إقامة هذه العلاقات .

- في معنى كلمة الأوتيزم (التوحد) Autism

يذكر «وليم الخولى» (وليم الخولى، ١٩٧٦ : ٦١) فى موسوعته أن
ذاتية أو انغلاق الذات autism هى كلمة تشير إلى انغلاق المرء داخل
الذات وانطوائه على ذاته ، وتعديل أفكاره وإدراكاته وفقاً لحاجاته
ورغباته الذاتية بدلاً من أن يكون تفكيره وسلوكه واقعيين وموضوعيين .
ويشاهد هذا الاتجاه فى الأسوياء أحياناً ولا سيما فى الأفراد الانطوائيين
introvert وبعض العصائبيين، ولكنه يتجلى بنوع خاص فى بعض
الحالات الذهانية ولا سيما الفصام . كذلك يستخدم اللفظ أحياناً تعبيراً عن
وجود المرء لذاته فى عالمه الداخلى واستغراقه فى ذاته . والتفكير الذاتى
Autistic thinking هو التفكير الذى يتميز به صاحب الشخصية المغلقة
Shut - in أو Autistic أو شبه الفصامية Schizoid ، وهو تفكير قليل
الانتقال من الفكر إلى حيز التنفيذ، كما أنه قليل القابلية للتعديل بحسب
الواقع الخارجى وكأن المريض يعيش ويفكر فى دنياه الخاصة الداخلية
دون مراعاة الواقع، ولذا وصف بأنه تفكير اجترارى وكأن المريض
يجتر أفكاره الداخلية بدلاً من أن توجه الحقائق الخارجية أفكاره .

ويختلف الباحثون فى استخدام مصطلح واحد للتعبير عن هذه
الإعاقة، فمن الباحثين من يطلق عليه الذاتوية الطفلية (أحمد عكاشة،
١٩٩٢)، أو الانشغال بالذات (الحفنى، ١٩٧٨ ؛ الأشول، ١٩٨٧)، أو
الاجترار (رتفو وفريمان، ١٩٧٨ ؛ كمال دسوقى، ١٩٨٨ ؛ محمود

حموده، ١٩٩١ ؛ علاء كفاى، ٢٠٠١) ، أو التمرکز الذاتى (فتحى عبد الرحيم، ١٩٨٣) أو الأوتستية (جابر وكفاى، ١٩٨٨ ؛ الشخص والدماطى، ١٩٩٢ ؛ عمر بن الخطاب، ١٩٩٤) أو التوحد (عثمان فراج، ١٩٩٤) ، أو الانغلاق الطفولى (ناظم الطحان، ١٩٩٦) ، أو الأوتيزم (عبد المنان معمر، ١٩٩٧) ، أو ذوو الأوتيزم (محمد كامل، ١٩٩٨) ، أو الانغلاق النفسى (ماجد عمارة، ١٩٩٩) ، (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١: ٢٧ - ٢٨) .

ويعلق عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١، المرجع نفسه: ٢٨) على هذا الاختلاف فى استخدام مصطلح واحد للتعبير عن اللفظة الأجنبية autism بقوله: إن الباحث فى مجال هذه الإعاقة يجد نفسه أمام ألفاظ عربية عديدة يتداولها الباحثون للإشارة إلى نفس اللفظة، وتعدد المصطلحات يعنى أن هناك إشكالية فى الاتفاق على مصطلح واحد يستخدم للتعبير عن إعاقة التوحد. غير أنه يتعين الإشارة إلى أكثر المصطلحات استخداماً فى الآونة الأخيرة وهو مصطلح التوحد، وفى نفس الوقت يجب الإشارة إلى أن شيوع استخدامه لا يعنى أنه الأكثر دقة فى التعبير عن مضمون هذه الإعاقة.

ويرى محمود حموده (٢٠٠١) أن إطلاق اسم التوحد على الأوتيزم ليس صائباً وذلك لسببين: أولهما: أن الترجمة لكلمة autism ليست التوحد، ولكنها الذاتية لأنها أصلاً مشتقة من auto بمعنى ذاتى. وثانيهما: أن كلمة توحد هى ترجمة identification وهى حيلة دفاعية وضعها فرويد، فى نهاية العشرينيات من القرن الماضى. ثم جاء اكتشاف ليوكانر، للحالات الذاتية فى عام ١٩٤٣ م ، أى بعد أن كانت كلمة توحد قد أعطيت للحيلة الدفاعية المذكورة، فلا يصح إعطاؤها لكلمة أوتيزم كترجمة لها (فى: خطوة - العدد (١٤)، ٢٠٠١: ١٠ - ١١).

ويؤكد المؤلف صحة رأى «حموده» إلا أنه يميل إلى استخدام كلمة التوحد بدلاً عن كلمة الذاتوية كترجمة للفظة الإنجليزية autism ، ذلك أن كلمة التوحد يسهل تناولها واستخدامها من قبل الأطباء والمتخصصين وكذلك الآباء والأمهات وجميع المعنيين بهذه الإعاقة.

- تعريف اضطراب التوحد : Autistic disorder -

بحسب التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية ICD - 10 الصادر من منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) فإن اضطراب التوحد هو نوع من الاضطرابات النمائية الشاملة - Pervasive Developmental Disorders أى أن هذا الاضطراب يؤثر (سلباً) على عدة مجالات لعمليات التطور، ويتسم بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما يصيب الطفل قبل أن يبلغ الثالثة من عمره. كما يتسم أيضاً بوجود نوع من الأداء غير السوى فى مجالات ثلاثة هى التفاعل الاجتماعى، والتواصل، والسلوك النمطى المقيد التكرارى. ويحدث هذا الاضطراب بين الذكور بمعدل ثلاثة أو أربعة أضعاف معدل حدوثه بين الإناث. وإضافة إلى ذلك تتسم الحالة أيضاً بأنماط من السلوك والاهتمامات والأنشطة التى تتميز بمحدوديتها وتكراريتها ونمطيتها، وقد تأخذ شكل التصلب والروتين فى الأداء اليومى والأنشطة وأنماط اللعب. وكثيراً ما تكون هناك انشغالات نمطية ببعض الاهتمامات إلى جانب أنماط حركية أو اهتمام خاص بعناصر غيروظيفية فى الأشياء كرائحتها أو ملمسها، إضافة إلى مقاومة أى تغير فى الروتين أو فى البيئة المحيطة (عادل محمد، ٢٠٠٢ (١) : ٣٢).

وتعرفه الجمعية القومية للأطفال التوحديين (National Society for autistic children (NSAC) بأنه: اضطراب أو متلازمة (زملة) Syndrome يعرف سلوكياً، وأن المظاهر المرضية المتضمنة

يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهراً، ويتضمن ذلك اضطراب في سرعة أو تتابع النمو، واضطراب في الاستجابة الحسية للمثيرات، واضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية، واضطرابات في التعلق أو الانتماء للناس أو الأحداث والموضوعات (Arons & Gittens, 1992) (في: عادل محمد، ٢٠٠٢: ١٧٥).

ويعرفه هاولين، Hawlin, 1995 بأنه أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتسم بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة، ويصاحب ذلك نزعة إنسحابية إنطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، ويصبح الطفل وكأن جهازه العصبي قد توقف تماماً عن العمل؛ كما لو كانت قد توقفت أحاسيسه، وأصبح يعيش منعزلاً على ذاته في عالمه الخاص، فيما عدا إندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص (في: عثمان فراج، ٢٠٠٢: ٥٢).

ويعرفه روث سوليفان، Sullivan, R., 1998 أول رئيس للجمعية الأمريكية لإعاقة التوحد Autism Society of America ASA بأنه: اضطراب شديد في التواصل والسلوك، وأنه نوع من العجز يستمر طول الحياة، ويظهر بصورة أساسية خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل (في: عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١: ٢٠).

ويعرفه جابر عبد الحميد وعلاء كفاقي، (١٩٨٨)، مرجع سابق: (٣١٥) بأنه انسحاب الفرد من الواقع إلى عالم خاص من الخيالات والأفكار.

ويعرفه أحمد عكاشة، (أحمد عكاشة، ١٩٩٢: ٦٤٢) بأنه : نوع من الاضطراب الارتقائي الذي يعزى إلى اضطرابات ارتقائية عامة في

الطفولة يتسم بما يلي: وجود نمو غير طبيعي يتضح قبل سن الخامسة، وقصور في التفاعل الاجتماعي وعملية التواصل، بالإضافة إلى السلوك المحدود المتكرر، والرهاب، واضطراب النمو والأكل، ونوبات هياج والعدوان الموجه نحو الذات .

ويعرفه «ولاس، وآخرون 1997 Wallace et al. بأنه: اضطراب ارتقائي يتسم بقصور واضح في التفاعل الاجتماعي والتواصل، ومدى محدود من الأنشطة والاهتمامات، وعادة ما يظهر قبل الشهر الثلاثين من العمر (في : رشاد موسى، ٢٠٠٢: ٣٩٦).

وقد لخص «كابوت، وآخرون (Kabot, S. et al, 2003: 26) السمات الأساسية لاضطراب التوحد فقالوا: أنه اضطراب يمكن تعريفه من خلال ثلاث مستويات مختلفة ومعتمدة على بعضها البعض في آن واحد وهي: أنه اضطراب عصبي يرتبط بنمو المخ، وباعتباره اضطراب نفسي يشمل النمو المعرفي والانفعالي والسلوكي، وباعتباره اضطراب في العلاقة يفصح عن فشل في التطبيع الاجتماعي الطبيعي .

وبعد استعراضه للعديد من تعريفات اضطراب التوحد لعدد كبير من الباحثين يخلص عبد الرحمن سليمان (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١: ٢٨ - ٢٩) إلى أهم السمات المميزة للاضطراب على النحو التالي:

أ - أنه أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة PDD .

ب- أنه يتسم بنمو وارتقاء غير طبيعي يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات .

ج- أنه يتسم بخلل في الاستجابة للمثيرات الحسية .

د - أنه يتسم بقصورات في الكلام واللغة .

هـ- أنه يتسم بشخصية مغلقة، والتفات إلى داخل الذات، والانشغال الكامل بالحاجات والرغبات الخاصة والتي تجد الإشباع التام لها على مستوى الخيال .

و- أنه يتسم بأنماط سلوكية مقولبة .

ز- أنه يتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين .

ويرى المؤلف أن السمات المميزة السابقة يمكن أن تشكل إطاراً شاملاً لتعريف اضطراب التوحد من حيث هو : أحد الاضطرابات المعوقة للنمو الارتقائي على نحو يشمل كثير من جوانب هذا النمو بالخلل أو القصور الشديدين، وتتضح معالم الاضطراب بصورة أساسية خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وتتكشف جوانب الخلل والقصور في نمو الإدراك الحسى واللغة والاستجابة لمثيرات البيئة ونمو الجانب المعرفى والانفعالى مما يؤدي إلى خلل واضح فى التواصل مع الآخرين والتفاعل الاجتماعى واللعب الرمزى أو التخيلى، والقيام بأنماط متكررة من السلوكيات المحدودة، وقلة الاهتمامات والأنشطة ، مع ميل للعزلة والانشغال بالذات والانغلاق النفسى .

الفصل الثاني

اكتشاف التوحد

- الخلفية التاريخية للاضطراب :

بدأ التعرف على اضطراب التوحد منذ أكثر من ستين عاماً، على يد الطبيب الأمريكي «ليوكانر» Leo Kanner عام ١٩٤٣ م، وقبل ذلك كان يعتبر من حالات الاضطراب العقلي أو الفصام الطفولي أو الصمم والبكم أو غيرها. فقد اكتشف كانر من بين مجموعة من أطفال التخلف العقلي الذين يتعامل معهم أحد عشر طفلاً تميزوا بأعراض تختلف عن الأعراض المعروفة للتخلف العقلي آنذاك، وقد تميزوا كذلك بأعراض مختلفة عن الأعراض المميزة للفصام، ولذا اعتبر أن هذه الفئة من الأطفال تمثل إعاقة مختلفة أطلق عليها مصطلح الذاتوية Autism . وفي ذات الوقت تقريباً في عام ١٩٤٤ م اكتشف الطبيب النمساوي «إسبرجر» Asperger مجموعة من الأطفال النمساويين تتشابه خصائصهم إلى حد ما مع أطفال كانر. ومع هذا الاكتشاف المبكر لم تظهر حالات التوحد وحالات الإسبرجر إلا في أواخر الثمانينيات في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الثالثة المعدلة.

Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders,
Third Edition- Revised (D. S. M - 3A).

كما ظهرت في طبعته الرابعة (D. S. M - 4) عام ١٩٩٤ وكان ظهور الإعاقين في هذا الدليل ضمن مجموعة أطلق عليها اسم مجموعة اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة PDD التي تضم خمسة

اضطرابات هي:

Atutistic Disorder

١- الأوتيزم

Asperger Syndrome

٢- الإسبرجر

Rett Syndrome

٣- الريت

٤- اضطراب الطفولة التفكيكي - Childhood Disintegrative Disorder

٥- اضطرابات النمو غير المحددة - Pervasive Developmental Disorder not otherwise Specified (PDD - NOS).

وتطلق بعض الدوائر العلمية على هذه المجموعة اصطلاح طيف التوحد Autistic Spectrum (عثمان فراج، ٢٠٠٢: ٤٩ - ٥١).

وتذكر رابية حكيم، (٢٠٠٣) أن هناك بعض الأمراض التي قد تكون مصاحبة أحياناً لمرض التوحد (وليس دائماً) وهي:

(١) متلازمة × الهش Fragile x Syndrome

وسببه عيب في تركيب الكروموسوم Fragile x وله صفات معينة في الطفل مثل بروز الأذن، وكبر مقاس محيط الرأس ومرونة شديدة في المفاصل وأيضاً تخلف عقلي .

(٢) مرض فينيل كيتونوريا Phenyl Ketonuria

وهو مرض وراثي سببه أن الحمض الأميني المسمى فينيل ألانين Phenylalanine لا يتم تمثيل metabolism له في الجسم وذلك بسبب نقص أو عدم نشاط أنزيم معين في الكبد فيؤدي ذلك إلى تراكم هذا الحمض في الدم والمخ .

(٣) مرض التصلب الحدبي (الدرنى) Tuberos Sclerosis

وهو أيضاً مرض وراثى يوصف بوجود مشاكل فى الجلد ويقع لونها داكن أو فاتح عن لون الجلد إلى جانب تخلف عقلى .

- أعراض الاضطراب :

يصف «محمود حموده» (١٩٩٨) الأعراض المصاحبة لاضطراب التوحد على النحو التالى:

- ١- شذوذ فى نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام ، وفى معظم الحالات يوجد تشخيص مصاحب من التخلف العقلى غالباً متوسط الدرجة، أى معدل الذكاء (٤٩ - ٣٥) .
- ٢- شذوذ الوضع والحركة مثل الآلية الحركية (رفرفة الذراعين، والقفز، وحركات الوجه التكشيرية) ، والمشى على أطراف أصابع القدمين، والأوضاع الغريبة لليد والجسم وضعف التحكم الحركى .
- ٣- الاستجابات الغريبة للإثارات الحسية مثل تجاهل بعض الإحساسات مثل الألم أو الحرارة أو البرودة، بينما يظهر الطفل التوحدى حساسية مفرطة لإحساسات معينة (مثل غلق الأذنين تجنباً لسماع صوت معين وتجنب أن يلمسه أحد) ، وأحياناً يظهر انبهاراً ببعض الإحساسات مثل التفاعل المبالغ فيه للضوء والروائح .
- ٤- شذوذ فى الأكل والشرب والنوم مثل قصر الطعام على أنواع قليلة أو شرب السوائل بكثرة، والاستيقاظ المتكرر ليلاً المصاحب بهز الرأس وأرجحتها أو ضبط الرأس .
- ٥- شذوذ الوجدان مثل التقلب الوجدانى (أى الضحك أو البكاء دون سبب واضح) ، والغياب الظاهرى للتفاعلات العاطفية، ونقص الخوف من مخاطر حقيقية، والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات

- أو أحداث غير مؤذية والقلق العام والتوتر .
- ٦- سلوك إيذاء النفس مثل خبط الرأس بعنف أو شد الشعر أو عض الأصابع أو اليد وإيذائها دون أن يتألم .
- ٧- يقسم الطفل التوحدي عندما يترك وحيداً بالنمطية وتغيير ملامح الوجه .
- ٨- يقاوم الطفل التوحدي التغيير في المكان أو العادات اليومية، وقد يحدث عند التغيير هلع أو ثورات مزاجية .
- ٩- يستمتع كثير من الأطفال المصابين بالتوحد بالغناء، وبعضهم يستمتع بتنبيه الاتزان مثل الأرجحة أو الهز لأعلى وأسفل .
- ١٠- يعد فرط الحركة مشكلة شائعة لدى الطفل التوحدي .
- ١١- يلاحظ على الطفل التوحدي سلوكيات العدوان والثورات المزاجية دون سبب واضح .
- ١٢- قصر مدى الانتباه .
- ١٣- يشيع لدى الطفل التوحدي أعراض البوال الوظيفي والتغوط ومشكلات الأكل والأرق .
- ١٤- يوجد لدى بعض الأطفال المصابين بالتوحد قدرات معرفية مبكرة أو بصرية حركية فائقة بدرجة غير عادية مثل الذاكرة غير العادية لبعض الألحان الموسيقية أو القدرة الحسابية الفائقة، وأحياناً يتفوقون في الطلاقة اللغوية في القراءة برغم أنهم لا يفهمون ما يقرأون (في: رشاد موسى، ٢٠٠٢: ٤٠٠ - ٤٠٢) .
- وتتحدث رابية حكيم، (٢٠٠٣، مرجع سابق) عن أعراض الأوتيزم من خلال وصف تصرفات الطفل التوحدي على النحو التالي:

- ١- كأنه لا يسمع .
- ٢- لا يهتم بمن حوله .
- ٣- لا يحب أن يحتضنه أحد .
- ٤- يقاوم الطرق التقليدية في التعليم .
- ٥- لا يخاف من الخطر .
- ٦- يكرر كلام الآخرين .
- ٧- يكون إما ذا نشاط زائد أو خمول مبالغ فيه .
- ٨- لا يلعب مع الأطفال الآخرين .
- ٩- يضحك ويشعر باستثارة في أوقات غير مناسبة .
- ١٠- يبكي ويصاب بنوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة .
- ١١- يقاوم التغيير في الروتين .
- ١٢- لا ينظر في عين من يكلمه .
- ١٣- يستمتع بلف الأشياء .
- ١٤- لا يستطيع التعبير عن الألم .
- ١٥- ينمى تعلقاً غير طبيعي بالأشياء .
- ١٦- يعاني من فقدان الخيال والإبداع في طريقة لعبه .
- ١٧- يملك حركات متكررة وغير طبيعية مثل : هز الرأس أو الجسم، والرفرفة باليدين .
- ١٨- يعاني من قصور أو غياب القدرة على الاتصال والتواصل، ففي مرحلة الرضاعة لا يحب الحضان أو الحمل ولا يتجاوب مع ابتسامة

الأم أو مناغاتها .

ويصيغ «عثمان فراج» (عثمان فراج، ١٩٩٤ (١): ٥ - ٨)
أعراض التوحد فى قصورات نمائية ثمانية هى :

١- القصور الحسى : ويتضح فى عدم قدرة الطفل التوحدى على
الاستجابة للمثيرات الخارجية .

٢- العزلة العاطفية أو البرود الانفعالى: فمن النادر أن يبدى الطفل
التوحدى عاطفة نحو الآخرين حتى الأم وأفراد أسرته، ويعوزه فى
الكلام النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية .

٣- الاندماج الطويل فى سلوك نمطى متكرر: فكثيراً ما يقوم الطفل
التوحدى بأداء حركات معينة، يستمر فى أدائها بتكرار متصل
لفترات طويلة كهزهزة رجليه أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو
محملقاً بالساعات نحو مصدر للضوء، ولا تكون هذه الأفعال أو
الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين، بل هى فى واقع الأمر
استثارة ذاتية تبدأ وتنتهى بشكل فجائى تلقائى .

٤- نوبات الغضب أو إيذاء الذات: فأحياناً ما يثور الطفل التوحدى فى
سلوك عدوانى موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو تدمير
أدوات (أثاث) ، وكثيراً ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم
الطفل بعض نفسه .

٥- القصور اللغوى والعجز عن التواصل: ويتضح فى عدم استجابته
للأصوات ليس بسبب الصمم وبالتالى البكم ولكن نتيجة لعدم قدرته
على فهم الرموز اللغوية وما تنقله إليه من معانى. وبالتالى لا يمكن
أن يتقن الكلام للتعبير عن نفسه ورغباته بل يصدر أصواتاً ليست
ذات معنى أو همهمة غير مفهومة. وحتى بالنسبة لمن يتعلم منهم

نجده نادراً ما يفهم ما يقول وإذا قال شيئاً فإنه يكون إعادة أو صدى لما يوجه إليه من كلام Echolalia . وغالباً ما يفشل في تركيب جمل ذات معنى أو استخدام الكلمة في المكان المناسب . كما يعاني من عجز في الربط بين المعنى والشكل والمضمون والاستخدام الصحيح للكلمة ، ويرتبط هذا القصور اللغوي بعجز عن التواصل مع الأشخاص المحيطين به .

٦- التفكير الاجترارى المنكب على الذات: يتميز الطفل التوحدي بالاجترار المستمر والذي تحكمه أهواء أو حاجات أو رغبات النفس . ويبعده هذا التفكير عن الواقعية التي تحكمها الظروف الاجتماعية المحيطة به، فهو يدرك العالم المحيط به في حدود الرغبات والحاجات الشخصية، فكل ما يشد انتباهه هو الإنشغال المفرط برغباته وأفكاره وتخيالاته دون أى مبالاة أو إحساس بالآخرين والرفض لكل ما حوله، فهو يعيش فقط في عالمه الخاص في توحد وعجز عن الاتصال بالآخرين أو النجاح في إقامة علاقة معهم .

٧- قصور في السلوك التوافقي: بالإضافة إلى معاناة الطفل التوحدي من السلوكيات النمطية المتكررة سالفه الذكر (بند ٣) فإنه يعجز عن القيام بالأنماط العادية من السلوك التي يستطيع أداؤها الأطفال العاديين ممن هم في سنه ومستواه الاجتماعى الاقتصادى . ففي سن الخمس والعشر سنوات من عمره، قد لا يستطيع الطفل الاجترارى أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمنى سنتين أو أقل من العاديين . وهو يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع أو إرتداء ملابسه . وقد لا يهتم عند إعطائه لعبة أن يلعب بها، بل يسارع بوضعها في فمه، وهو

فى نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التى قد يتعرض لها.

٨- الأفعال القسرية والطقوس النمطية: غالباً ما يغضب أو يثور الطفل الإجترارى عند إحداث أى تغيير فى سلوكه الروتينى اليومى، أو فى المحيط الذى يعيش فيه. فمجرد تغيير الكوب الذى اعتاد شرب اللبن فيه أو تغيير ترتيب قطع الأثاث قد يدفعه إلى البكاء أو إندلاع ثورة الغضب، وقد يعانى نتيجة أى تغيير فى أنماط حياته من وسواس عنيف أو قلق مزعج. وكثيراً ما يندمج الطفل فى سلوك نمطى كما لو كان طقوساً مفروضة عليه كأن يحرك ذراعه بشكل معين يستمر عليه لفترات طويلة أو يطرق بيده على رأسه، أو يدور حول نفسه أو حول طاولة أو مائدة فى الغرفة، أو يجلس محملاً فى مروحة هواء تدور. ويظل دقائق أو ربما ساعات على مثل هذه الأوضاع أو غير ذلك من الأفعال القسرية والتي لا يحتمل إزعاجه أثناء قيامه بها.

ويتضح مما سبق تشابه الأعراض التى ساقها كل باحث كأعراض مميزة للطفل التوحدى، وإن اختلفت صياغة هذه الأعراض من باحث لآخر.

- أسباب الاضطراب :

يتفق كثير من الباحثين على أن العوامل المسببة لاضطراب التوحد لم يتم التعرف عليها بشكل كامل أو حتى القطع بواحد منها: هل هى وراثية جينية أو بيئية اجتماعية أو بيوكيميائية. أم هى نتيجة لعوامل مسببة أخرى لا يزال العلم يجهلها تماماً. ومن هؤلاء الباحثين: رمضان القذافى (١٩٩٤)، وعبد الرحمن سليمان (٢٠٠١)، ونورا غالب (٢٠٠١)، وعثمان فراج (٢٠٠٢)، ومحمود أبو العزائم (٢٠٠٣) الذى

يذكر أن كثيراً من الدراسات الحديثة تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة باضطراب التوحد. ويؤكد ذلك حسن مصطفى (٢٠٠١، مرجع سابق: ٥٥٧) فيذكر أن اضطراب التوحد هو اضطراب سلوكي نمائي، ورغم أن الاضطراب كان يعتبر نفسياً اجتماعياً أو أن له أصل سيكودينامي، إلا أن كثيراً من الأدلة قد تراكمت تساند الأساس البيولوجي.

ويعرض عثمان فراج (٢٠٠٢، مرجع سابق: ٥٩ - ٦٥) للعوامل المسببة لإعاقة التوحد على النحو التالي:

١- العوامل النفسية الأسرية:

تصور كانر، المكتشف الأول لهذه الإعاقة عام ١٩٤٣م في أول تقرير له عنها، أن العوامل النفسية وطريقة تربية الطفل في الأسرة هي المسئولة عن حدوث الإعاقة، ومن هذه العوامل أسلوب تنشئة أو تعامل الأسرة مع الطفل، وافتقار الطفل الحب والحنان ودفء العلاقة بينه وبين أمه، وغياب الاستثارة والنبذ، واضطراب العلاقات الأسرية الوظيفية وغياب العلاقات العاطفية. غير أن الدراسات المقارنة المنضبطة التي قارنت بين آباء الأطفال التوحديين وآباء أطفال غير مصابين بالتوحد لم تظهر فروقاً ذات دلالة بين المجموعتين من حيث الجو النفسي داخل الأسرة وأسلوب رعاية وتنشئة الأطفال والتعامل معهم والعلاقات بين أفراد الأسرة من جهة وبينهم وبين أطفالهم من جهة أخرى. مما يستبعد معه أن تكون العوامل النفسية والأسرية لها أية علاقة كعامل مسبب لتلك الإعاقة.

٢- العوامل الجينية الوراثية:

أثبتت الدراسات المسحية التي أجريت لاختبار ما إذا كانت

الوراثة تلعب دوراً كعامل مسبب للإعاقة ، أن من بين ٢ - ٤ ٪ من أطفال آباء يعانون من التوحد، قد أصيبوا كذلك بالتوحد، وهم نسبة تزيد أكثر من ٥٠ ضعفاً عن انتشارها في المجتمع العام لآباء غير توحيديين لديهم أطفال أصيبوا بإعاقة التوحد .

وفي بحث مقارن بين عينة من التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) وأخرى من التوائم المتشابهة (من بويضتين مختلفتين) وجد أن التوحد ينتشر بنسبة ٣٦ ٪ في المجموعة الأولى ، ولم يوجد على الإطلاق في العينة الثانية.

وقد وجد أن من بين الأطفال الذين يعانون من حالات توحد نسبة ١٠ ٪ منهم يعانون من حالات الريب أو من حالات متلازمة X الهش، وهما إعاقتان قد ثبت أن لهما أساساً وراثياً ، فإذا أخذنا في الاعتبار أن هناك تشابهاً بين أعراض الإعاقات الثلاث، فهل يعنى هذا بأن التوحد موروث؟

وفي عام ١٩٨٨ قامت جامعة لوس أنجلوس بولاية كاليفورنيا بدراسة مسحية اتضح منها أن انتشار التوحد بين أطفال ولدوا لإخوة يعانون من التوحد في أسرهم يزيد ٢١٥ ضعفاً عن انتشاره بين أطفال المجتمع العام، ويعنى هذا أن احتمالات ولادة أطفال توحيديين أكثر بكثير عندما يكون لهم إخوة يعانون من التوحد .

٣- العوامل العضوية / العصبية / الحيوية:

أكدت الدراسات والتحليل الطبية معاناة أطفال التوحد من حالات قصور أو خلل عضوى عصبى أو حيوى، منها ما يحدث أثناء فترة الحمل وبالتالي تؤثر على الجنين ومن أمثلتها إصابة الأم الحامل بالخصبة الألمانية Rubella والحالات التى لم تعالج من الفيئيل

كيتونيوريا pku أو حالة التصلب الدرني . ويؤكد العديد من الأطباء المختصين تأثير التعقيدات التي تعاني منها الأم أثناء الحمل وقبل الولادة كمسبب لإعاقة التوحد، وخاصة تلك التعقيدات التي تحدث خلال الأشهر الثلاث من الحمل .

وفي مسح أجراه جلبرت وآخرون Gillbert, et al 1992 وجد أن نسبة تتراوح بين ٤ - ٣٢٪ من حالات التوحد، تعاني من نوبات صرع كبيرة Grand Mal وتبدو مظاهر شذوذ واضحة عند إجراء رسم المخ EEG لدى ما بين ١٠ - ٨٣٪ من حالات التوحد، مما يشير إلى خلل وظيفي في تخصص النصفين الكرويين للمخ .

كما أوضحت أشعة C. T التي استخدمت في فحص المخ، أن ١٠-٢٥٪ من أطفال التوحد يعانون من تضخم سمك طبقة لحاء أو قشرة المخ Cortex ، كما بينت فحوص الرنين المغناطيسي على المخ MRI وجود خلل أو قصور على التئبات السادسة والسابعة للمخيخ . ويستنتج المختصون من نواحي الشذوذ تلك وجود خلل في حركة خلايا المخ في الأشهر الستة الأولى من الحمل . وباستخدام أشعة التكنولوجيا المستحدثة PET تم تسجيل نقص في خلايا بوركنجي Purkinje's cells ، كما سجلت زيادة في إفراز نتائج التمثيل Metabolism لمنطقة اللحاء .

وفي تقارير بحوى ريملاندي Rimland, 1995 تبين وجود خلل أو إصابة أو ضرر في نسيج مركز ساق المخ الذي يعرف باسم (النظام الشبكي النشط) (R. A. S) Reticular Activating System وهو النسيج الذي يتحكم في استقبال عمليات الاستثارة والانتباه والنوم، وهي إصابة أو خلل يحدث في أثناء فترة الحمل فيضعف من قدرة الجهاز العصبي المركزي أو مخ الجنين على الاستجابة للمثيرات الخارجية وحساسيته لها أو الشعور بما يحدث في عالمه المحيط به . كما أنه المركز

الأساسى للمعرفة بدءاً من استقبالها من الخارج عن طريق الحواس الخمس ، مروراً بالإدراك لمعانيها وتشفيرها Coding وتخزينها فى الذاكرة واستدعائها عند الحاجة واستخدامها فى التجاوب مع المثيرات المرتبطة بها، بالإضافة إلى أهميتها فى التعلم والتخيل والتعبير. كما يؤكد ريملاندى أن هذا التنظيم R. A. S الذى يقع فى ساق المخ يعمل فى تناسق وتعاون مع التنظيم اللمباوى limbic system (الذى يقع فى مركز المخ) لأداء هذه الوظائف، ويعد الجهاز اللمباوى مركزاً لتنظيم وترجمة الانفعالات والعواطف (وهى من نقط الضعف أو الغياب التام عند طفل التوحد) .

وقد أوضحت بحوث وتحاليل طبية أخرى ظهور تشوه أو زيادة فى سمك طبقة القشرة المحيطة بالمخ Cortex فى عدد من الحالات المصابة بالتوحد، مما يرجع إلى ظروف غير مواتية حدثت للأم خلال الشهور الستة الأولى من الحمل من بينها حدوث رشح شامل General Edema فى الرحم .

وفى بحث آخر أجرى فى جامعة سياتل على عينة من ١٩٢ من أطفال توحيدين تبين من فحص MRI على المخ وجود تلف فى الفص الصدغى Temporal lobe فى ٢٩ حالة من تلك الحالات، ويوجد على هذا الفص مراكز التفاهم والتفاعل الاجتماعيين، ومن هنا يمكن الربط بين هذا التلف العضوى وإعاقة التوحد حيث يعتبر القصور الاجتماعى من أهم أعراض التوحد.

٤- العوامل الكيميائية:

أشارت البحوث إلى علاقة التوحد بالعوامل الكيميائية العصبية وبصفة خاصة إلى اضطرابات تتمثل فى خلل أو نقص أو زيادة فى إفرازات الناقلات العصبية Neuro transmitters التى تنقل الإشارات

العصبية من الحواس الخمس إلى المخ أو الأوامر الصادرة من المخ إلى الأعضاء المختلفة للجسم والجلد، فقد بين بحث لـ «بيفين» Piven, 1990 أن درجة تركيز حمض الهوموفانيلك Homovanillic acid أكثر ارتفاعاً في السائل المخي cerebral fluid (المنتشر بين أنسجة المخ والنخاع الشوكي) في حالات إعاقة التوحد منه بين الأطفال العاديين.

كما لوحظ في دراسات أخرى زيادة في تركيز إحدى الناقلات العصبية وهو السيروتونين Serotonin في دم ٤٠٪ من الأطفال التوحديين، وعندما أمكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار فينفلورامين Fenfluramine لوحظ تحسن وانخفاض في بعض الأعراض لدى هؤلاء الأطفال، كما لوحظ تحسن في الأداء اللغوي .

وفي عدد آخر من البحوث ثبتت علاقة الإصابة بالتوحد كنتيجة للتلوث البيئي ببعض الكيماويات

ويشير عثمان فراج (عثمان فراج، ٢٠٠٢: ٦٥ - ٦٧) إلى التعدد الكبير لأعراض التوحد والاختلاف في الصور لخصائص الأفراد الذين يعانون منه لدرجة أننا لا نستطيع أن نجزم بوجود فردين متشابهين تماماً في أعراضهم التوحدية، بل يمكن اعتبار كل حالة قائمة بذاتها فريدة في نوعها، ونستنتج من ذلك أنه لا بد أن تكون هناك عوامل مسببة متعددة هي المسؤولة عن هذا التعدد والاختلاف بين الحالات المصابة وبين الأعراض المسجلة لكل منها، وعلى الرغم من هذا التعدد والاختلاف نستطيع أن نؤكد أن جذور المشكلة وعواملها المسببة تكمن في المخ بصفة خاصة أو الجهاز العصبي المركزي بصفة عامة، كما تأكد من تقارير البحوث السابقة.

- بداية الاضطراب ومساره:

يذكر محمود حموده (محمود حموده، ١٩٩١: ١٠١) أن

الاضطراب يبدأ قبل الثالثة من العمر في الغالبية العظمى من الحالات ، قليلاً ما يبدأ بعد ذلك في الخامسة أو السادسة من العمر ، وغالباً ما يصعب تحديد السن الذي بدأ عنده الاضطراب، ما لم يكن هؤلاء الذين يعنون بالطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن نمو اللغة والتفاعل الاجتماعي . ويصعب رصد مظاهر الاضطراب في مرحلة الرضاعة (العامين الأول والثاني من العمر) ، ففي الشهور الأولى قد تأخذ الأعراض صورة الهدوء المبالغ فيه، فتبدو على الطفل الطمأنينة عندما يترك وحده، ولا يخاف من الغرباء ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم، مع غياب الابتسامة الاجتماعية (التي تبدأ عادة في سن شهرين) ، فتشكو الأم أنه لا يعرفها ولا يقبل عليها عندما تلتقطه من فراشه، أى لا يأتي بحركات توقعية anticipatory movements (التي يأتيها طفل الشهور الأربعة السوى) .

وتقدم نادية أديب (فى: كاريتاس مصر، ١٩٩٣: ٥ - ٦) صورة مغايرة لبداية الاضطراب فتقول : إن بعض الأطفال ممن سيصبحون توحديين فيما بعد يبدو نموهم طبيعياً لفترة من الوقت فلا يلاحظ أبواهم عليهم أى شىء غير عادى فى السنة الأولى أو الثانية من عمرهم، بينما يسبب البعض الآخر للأهل قلقاً منذ لحظة مولدهم تقريباً. فبرغم أن بعض الأطفال قد يأكل بصورة حسنة، إلا أن مشاكل إطعام صغار الأطفال التوحديين تعد من المشكلات الشائعة . ويبدو أنه من بين الأطفال الذين يبدو غير طبيعيين منذ لحظة مولدهم، هناك نوعان من الأطفال التوحديين . فبعضهم يصرخ كثيراً أثناء الليل والنهار على حد سواء وبالذات عند استيقاظهم من النوم، ولا يمكن تهدئتهم أو إراحتهم. أما النوع الثانى من الأطفال فيكون ساكناً يقنع بالبقاء فى عربة الأطفال طوال اليوم، وأحياناً تشعر الأمهات أن الطفل من هذا النوع لا يعرف أنه جائع حيث أنه لا يبكى أبداً طالباً للطعام ويمكن أن يموت جوعاً إذا لم

يتم إطعامه في مواعيد روتينية ثابتة. ويظهر السلوك التوحدي في أوضح صورة ما بين عامين وخمسة أعوام فيتسم سلوك الطفل التوحدي بأنه لا ينظر مباشرة للآخرين، ويبدو سلوكه متباعداً وغير متأثر بالعالم حوله، ويتركز اهتمامه على أشياء خاصة مثل علبة فارغة فإذا ضاع هذا الشيء أو تغير الروتين المألوف له ، يصبح هذا الطفل الهادئ المتباعد كتلة من الغضب .

أما عن مسار الاضطراب فيذكر محمود حموده (١٩٩١ ، مرجع سابق: ١٠٢) أن مظاهر الاضطراب تظل في أغلب الحالات طيلة حياة الشخص. وبعض الأطفال يتحسن تواصلهم وتفاعلهم الاجتماعي ومهاراتهم اللغوية عند سن الخامسة أو السادسة، ويمكن أن يحدث البلوغ تغيراً في أي من الاتجاهين (التحسن أو التدهور). ونسبة قليلة من هؤلاء الأطفال تصبح قادرة فعلاً على توجيه حياتهم بشكل مستقل بأقل قدر من علامات الاضطراب. ولكن الاختلال الاجتماعي والحمق قد يظل لدى النسبة العظمى الذين يظلون معاقين. وهناك عوامل تنبئ بمصير الاضطراب الذاتوي على المدى الطويل هي معامل الذكاء ونمو المهارات الاجتماعية واللغوية .

ويذكر علاء الدين كفاي (علاء الدين كفاي، ٢٠٠١: ١٢) أن الاضطراب الاجترای كما يفضل أن يسميه يتبع مساراً ثابتاً. وفي سنوات المدرسة قد يحقق بعض الأطفال قدراً من المكاسب الارتقائية في ميادين مثل الميل المتزايد لأداء بعض الوظائف الاجتماعية، ولكن بعضهم قد يتدهور ويفقد ما كان قد تعلمه. وربما كان العامل الفارق فيمن يصمد أو حتى يتقدم وفيمن يتدهور هو المستوى الذهني العام والقدرات اللغوية خاصة اللغة التعبيرية. ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية. الطبعة الثالثة المعدلة (D. S. M-3R)

أن طفلاً من بين كل ستة أطفال يمكن أن يحقق توافقاً اجتماعياً مناسباً ويكون قادراً على القيام ببعض الأعمال المنتظمة في مرحلة الرشد. بينما يستطيع طفل آخر من الستة أن يحقق فقط درجة متواضعة من التوافق . ويبقى الأربعة أطفال الآخرين معاقين بشدة وغير قادرين على أن يعيشوا معيشة مستقلة . وتؤكد الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي (D. S. M - 4) هذه النسبة حيث تشير إلى أن ثلث الأطفال الاجتراريين فقط هم الذين يستطيعون تحقيق قدر من الاستقلال الجزئي . وحتى الأشخاص الذين يسلكون في حياتهم على مستوى مقبول من الأداء الوظيفي يستمرون في الكشف عن مشكلات في التفاعل والاتصال الاجتماعي مع ميول وأنشطة محدودة بشكل واضح .

وفي خضم صعوبات التوحد يأتي «عثمان فراج» (عثمان فراج، ٢٠٠٢: ٥٣ - ٥٨) ببعض الأمل فيقول: أن ما يدعو إلى الدهشة أنه على الرغم من نواحي القصور بمحاورها المتعددة عند معظم أطفال التوحد، فقد تظهر بعض القدرات أو المهارات النادرة في مجالات الرياضيات (عمليات الضرب أو القسمة المركبة) أو فنون الرسم أو الموسيقى أو النشاط البدني بشكل يفوق قدرات الطفل السليم، ومن بينهم من يتميز بذاكرة مذهلة فيتلو في سن مبكرة أبياتاً من الشعر أو الأدب أو يعزف أو يغنى ألحاناً موسيقية كان قد سمعها من سنين .

كما أن هناك حالات توحد غير مصاحب بإعاقات أخرى لأطفال ذوى ذكاء أعلى من المتوسط بدأ تأهيلهم مبكراً ونجحوا في دراساتهم إلى نهاية المرحلتين الثانوية والجامعية، بل إن هناك أربع حالات معروفة حصلت على درجة الدكتوراة ولا تزال واحدة من تلك الحالات عاجزة عن التواصل بالكلام ، ولكنها تدرت على التعبير عن ذاتها من خلال الكمبيوتر.

- معدل انتشار الاضطراب :

يشير لويس مليكه، (لويس مليكه، ١٩٩٨: ٢٦٠ - ٢٦١) أن نسبة انتشار الاضطراب هي من ٢ - ٤ حالات لكل ١٠,٠٠٠ طفل، وذلك على أساس دراسات أجريت في أفريقيا وأستراليا والولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا والسويد والدنمارك. وينتشر التوحد بنسبة أكبر بين الأولاد في كل العينات التي درست، ويقدر أن النسبة تزيد بين الأولاد عنها بين البنات بمقدار ثلاث إلى أربع مرات. وتقرر بعض الدراسات ارتفاع نسبة تمثيل الطبقات الأعلى بين التوحديين رغم أن بعض التقارير الحديثة لم تستطع أن تؤكد ذلك، ولذلك فإن الاحتمال كبير بأن تكون زيادة النسبة بين الطبقات الأعلى هي نتيجة مصنعة لمصادر الإحالة والتعرف على المرضى.

ويؤكد حسن مصطفى (حسن مصطفى، ٢٠٠١: ٥٥٦ - ٥٥٧) نفس النسبة تقريباً، وهي من ١ إلى ٥ حالات لكل عشرة آلاف طفل تحت عمر ١٢ عاماً. وبالنسبة للتوزيع الجنسي، فإن الاضطراب يوجد غالباً بنسبة أكبر لدى الأولاد بخلاف البنات بنسبة ٥ - ٣ لدى الأولاد مقارنة بالبنات، ولكن البنات المصابات بالتوحد يميلن إلى التأثر بصورة أكثر خطورة. وبالنسبة للحالة الاقتصادية الاجتماعية فقد كشفت الدراسات الحديثة عن وجود عدداً متزايداً من الحالات في الجماعات المنخفضة من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي مما يرجع إلى الإدراك المتزايد للاضطراب والتوافر المتزايد لخدمات رعاية الصحة العقلية للأطفال في الأسر ذات المستوى الاجتماعي المنخفض.

وتشير الإحصاءات العالمية الحديثة إلى ظهور حالة توحد لكل مائة مولود، ويظهر في كل الأطفال بغض النظر عن الجنس أو اللون أو المستوى الاجتماعي والتعليمي والثقافي للأسرة، ويظهر في الإناث أقل

من الذكور بنسبة ١ : ٤ ، وتظهر أعراض التوحد واضحة بعد ٣٠ شهراً تقريباً من ولادة الطفل (في سلامتكم، كلية الصحة العامة وعلومها - بيروت: جامعة البلمند العدد ١٣٧ حزيران ٢٠٠٣).

ويرى المؤلف في ضوء الإحصاءات الحديثة لنسبة انتشار اضطراب التوحد والتي أصبحت ١٥ ضعفاً عما كانت عليه سابقاً أن الأمر ينذر بالخطر، مما يؤكد ضرورة القيام ببحوث مسحية في مصر والعالم العربي لتحديد معدل انتشار الاضطراب واتخاذ الإجراءات والتدابير الكافية للوقاية من الاضطراب والتدخل المبكر والعلاج.

وعلى الرغم من أن الوقاية من الاضطراب أمر صعب لعدم القطع بالعوامل المسببة له ، فإن المؤلف يميل إلى الأخذ بما جاء به عثمان فراج، (عثمان فراج، ٢٠٠٢: ٦٥) من أن البحوث الحديثة قد أثبتت وجود علاقة بين الإصابة بالتوحد والتلوث البيئي وبخاصة التلوث الكيميائي وأثره على الجوانب الوراثية للجنين، فقد ثبت أن النفايات السائلة والغازية المحتوية على كيماويات أهمها الرصاص والزرنيق، من العوامل المسببة للإعاقات الذهنية على وجه العموم.

ومن ثم فإن الوقاية من التلوث البيئي بأشكاله المتعددة إلى جانب الرعاية الصحية الشاملة للأم الحامل والجنين ربما كانت ذا أثر إيجابي في الحد من انتشار الاضطراب .

الفصل الثالث

تشخيص اضطراب التوحد

- مقدمة:

يرى عبد الرحمن سليمان (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١: ٣٦) أن تشخيص إعاقة التوحد لا يزال من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال مشكلات الطفولة. وربما يرجع السبب في ذلك إلى أن خصائص أو صفات الاضطراب غالباً ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى، ولذلك يتعين الحصول على معلومات دقيقة حتى يتم تشخيص الأعراض بدقة وبالتالي تمييز الأشخاص التوحديين عن غيرهم من الأفراد المصابين باضطرابات أخرى.

ويؤكد عثمان فراج (عثمان فراج، ٢٠٠٢: ٦٨ - ٦٩) صعوبة تشخيص إعاقة التوحد حيث أن هذه الإعاقة وغيرها من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً، وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائي التخاطب والتحليل الطبية وغيرهم. وترجع تلك الصعوبة إلى عوامل متعددة منها:

(١) التوحد إعاقة سلوكية في مرحلة النمو تؤدي إلى إعاقة تكوين الشخصية فيستحيل التعامل مع الطفل لتشخيص حالته وإجراء القياس والتقييم وغيرهما .

(٢) تتعدد وتتنوع أعراض التوحد وتختلف من فرد إلى آخر، ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً في الأعراض. ويرجع هذا

التعدد والاختلاف فى الأعراض من طفل لآخر إلى تعدد وتنوع العوامل المسببة لإعاقة التوحد .

(٣) إن أكثر العوامل المسببة للتوحد واضطرابات النمو الشاملة الأخرى، يحدث فى المخ والجهاز العصبى الذى يسيطر على الوظائف الجسمية والعقلية والنفسية والسلوكية كافة . ولما كان الجهاز العصبى من أكثر أجهزة الجسم الإنسانى تعقيداً، فإن صور الخلل الوظيفى ونتائجه السلوكية متعددة ومتنوعة، وبالتالي تعدد واختلاف أو تشابه الأعراض المترتبة عليها ونوعية الإعاقات التى تسببها .

(٤) كذلك تتعدد وتتعدد الإصابات التى تؤثر على المخ والجهاز العصبى، وبالتالي تتعدد وتتعدد أشكال الخلل الوظيفى ونتائجه السلوكية المترتبة على الإصابة، فقد تؤدى الإصابة إلى تلف جزء معين من المخ وبالتالي ظهور أعراض التوحد كلها أو جزء منها، كما تؤدى إصابة جزء آخر من المخ إلى ظهور مجموعة من الأعراض تشخص على أنها إعاقة إسبرجر أو ريت أو إعاقة تخاطب أو تعلم أو تخلف عقلى أو غير ذلك من الإعاقات التى تتشابه مع أعراض التوحد .

(٥) قد يصاحب إعاقة التوحد إعاقة أو أكثر من الإعاقات الذهنية كالتخلف العقلى (الشديد أو المتوسط أو البسيط) أو الصرع أو الإسبرجر أو الريت أو فصام الطفولة أو إحدى إعاقات التعلم كالنشاط الحركى الزائد أو قصور القدرة على الانتباه والتركيز أو الديسلكسيا (*) أو الأفازيا (**) Aphasيا فتتشابك وتتعدد

(*) إعاقة القراءة والكتابة.

(**) إعاقة الكلام والتعبير .

الأعراض. وتصبح عملية التشخيص أكثر صعوبة وتعقيداً، وخاصة وأن بعض أعراض تلك الإعاقات تتشابه مع أعراض التوحد.

(٦) بالإضافة إلى كل هذه الصعوبات، فإنه لا يوجد حتى الآن من الاختبارات والمقاييس السيكولوجية المقننة - وخاصة في العالم العربي - ما يمكن استخدامه للكشف عن إعاقة التوحد، على الرغم من المحاولات الجادة لبعض الباحثين للوصول إلى مثل هذه الاختبارات والمقاييس. أما اختبارات الذكاء المعروفة فمن الصعب إن لم يكن من المستحيل أحياناً تطبيقها على حالات التوحد بسبب ما ينتج عن الإعاقة من قصور لغوي، وعجز عن التواصل، أو بسبب نشاط حركي زائد، أو عدم القدرة على الانتباه والتركيز أو غير ذلك من العوامل التي تعرقل عمليات القياس والتشخيص.

- التشخيص السيكاتري:

يقدم الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (4 - DSM) المحكات التشخيصية لاضطراب التوحد على النحو التالي:

أولاً: وجود ستة أعراض أو أكثر على الأقل من المجموعات ١؛ ٢؛ ٣ على أن تكون منها اثنتان من أعراض المجموعة (١) على الأقل، بالإضافة إلى عرض واحد على الأقل من كل من المجموعتين ٢، ٣.

مجموعة (١): قصور كفي في قدرات التفاعل الاجتماعي كما يظهر في إثنين على الأقل من الأعراض الآتية:

أ- قصور واضح في استخدام صور متعددة من التواصل غير اللفظي، مثل تلاقى العيون أو تعبيرات الوجه أو حركات الجسد في المواقف الاجتماعية والاتصال مع الآخرين .

ب- الفشل فى تكوين علاقات مع الأقران تتناسب مع العمر أو مرحلة النمو .

ج- قصور فى القدرة على المشاركة مع الآخرين فى الأنشطة الترفيهية أو الهوايات أو إنجاز أعمال مشتركة معهم .

د - غياب المشاركة الوجدانية أو الانفعالية أو التعبير عن المشاعر .

مجموعة (٢) : قصور كفى فى القدرة على التواصل كما يظهر فى واحد على الأقل من الأعراض الآتية:

أ - تأخير أو غياب تام فى نمو القدرة على التواصل بالكلام (التخاطب) وحدة (بدون مساندة أى نوع من أنواع التواصل غير اللفظى للتعويض عن قصور اللغة) .

ب- بالنسبة للأطفال القادرين على التخاطب، يوجد قصور فى المبادأة بالحديث مع الشخص الآخر وعلى مواصلة الحديث معه

ج- التكرار والنمطية فى استخدام اللغة

د - غياب القدرة على المشاركة فى اللعب الإيهامى أو التقليد الاجتماعى الذى يتناسب مع العمر ومرحلة النمو .

مجموعة (٣) : اقتصار أنشطة الطفل واهتماماته على عدد من السلوكيات النمطية كما تظهر فى واحد على الأقل من الأعراض الآتية:

أ - استغراق أو اندماج كلى فى واحد أو أكثر من الأنشطة أو الاهتمامات النمطية الشاذة من حيث طبيعتها أو شدتها .

ب- الجمود وعدم المرونة الواضح فى الالتزام والالتصاق بسلوكيات وأنشطة روتينية أو طقوس لا جدوى منها .

ج- ممارسة حركات نمطية على نحو متكرر غير هادف، مثل رفرقة الأصابع أو ثنى الجذع إلى الأمام والخلف أو تحريك الأذرع أو الأيدي أو القفز بالأقدام إلخ.

د - انشغال طويل المدى بأجزاء من أدوات أو أجسام مع استمرار اللعب بها لمدة طويلة، مثل سلسلة مفاتيح أو أجزاء من زهرة أو نبات أو إسورة ساعة ... إلخ .

ثانياً: تأخر أو شذوذ وظيفي يكون قد بدأ في الظهور قبل العام الثالث من عمر الطفل في واحد مما يلي :

١ - التفاعل الاجتماعي .

٢ - استخدام اللغة في التواصل أو التخاطب .

٣ - اللعب الرمزي أو الإيهامي التخيلي (أخذ أدوار الكبار) .

ثالثاً: غياب أعراض متلازمة الريت RETT

APA, 1994, D. S. M - 4 (26).

- التشخيص الفارق :

بسبب تشابك وتعقد الصور الإكلينيكية للتوحد نتيجة لارتباطه باضطرابات نمائية أخرى، ومصاحبته أحياناً لأمراض وإعاقات أخرى فإنه يلزم تمييز اضطراب التوحد عن الاضطرابات المرتبطة والأمراض المصاحبة على النحو التالي:

أولاً: تمييز اضطراب التوحد عن اضطرابات النمو المرتبطة به:

(١) التخلف العقلي:

غالباً ما يتواجد مع اضطراب التوحد، إذ أن حوالي ٤٠% من حالات التوحد تكون مصاحبة بتخلف عقلي ٥٠% إلى ٥٥% أو أقل، أي

تخلف متوسط أو شديد ، بينما ٣٠٪ من تلك الحالات تكون مصاحبة بتخلف عقلي بسيط ٥٥٪ إلى ٧٠٪ . وفي مثل هذه الحالات المزدوجة من الإعاقة، فإن المشكلة التي تحد من إمكان الوصول إلى تشخيص دقيق للحالة هو تعذر أو استحالة تطبيق اختبارات الذكاء على الطفل الذي يعاني من توحد فقط، أو تخلف عقلي شديد فقط، أو يعاني من الإعاقين معاً حيث تصبح عملية القياس الموضوعي شبه مستحيلة .

ويعرض عثمان فراج (عثمان فراج، ٢٠٠٢: ٧٤ - ٨٠) لبعض المؤشرات التي تسهل عملية التشخيص الفارقي والتمييز بين إعاقة التوحد وإعاقة التخلف العقلي والتي يمكن تسجيلها من تجارب الملاحظة الموضوعية المقننة لأفراد الإعاقين . ومن هذه المؤشرات تميز طفل التخلف العقلي بنزعه إلى التقرب والارتباط بوالديه، والتواصل معهما ومع الكبار وغيره من الأقران، وهي سمة غائبة تماماً في حالة طفل التوحد، وطفل التخلف العقلي يستخدم القليل من حصيلته اللغوية مبكراً في التواصل مع أفراد أسرته، وهو لا يعاني من مشكلة رجوع الصدى Echolalia التي يعاني من طفل التوحد الذي يعيد نطق آخر كلمة أو كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه . ولا يعاني طفل التخلف العقلي من قصور في استعمال الضمائر كما يفعل طفل التوحد، ويتجنب طفل التوحد التواصل البصري بالتقاء العيون بين المحادثين وهي سمة نادراً ما تحدث مع طفل التخلف العقلي .. إلى غير ذلك من مؤشرات . وتلعب التحاليل والفحوص الطبية والوراثية دوراً هاماً في التشخيص الفارقي للتمييز بين حالات التوحد وحالات التخلف العقلي مع الأخذ في الاعتبار ضرورة استخدامها مع أو ضمن مجموعة أكثر اتساعاً من وسائل وأدوات التشخيص الفارقي .

(٢) اضطراب الريت: Rett's Disorder

يشخص اضطراب الريت عادة عند الإناث فقط بينما يحدث اضطراب التوحد بدرجة أكبر عند الذكور. يتميز اضطراب الريت بأنه بعد خمسة أشهر من النمو الطبيعي للطفل يحدث تدهوراً لجوانب من النمو منها نقص في سرعة نمو الرأس، وفقد مهارات استخدام الأيدي التي سبق أن تعلمها الطفل، وفقد مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، وتدهور في تناسق الجذع وقصور شديد في نمو قدرات التعبير اللغوي أو فهم كلام الآخرين .

ويمكن تمييز اضطراب الريت عن اضطراب التوحد في الجوانب التالية :

- ١- يبدى طفل التوحد قصوراً في النمو منذ الميلاد أى في وقت مبكر بينما يعانى طفل الريت من تدهور تدريجى واضح فى النمو مع تقدم العمر .
- ٢- يعانى طفل الريت من غياب التوازن - ترنح فى المشى - وغياب التناسق الحركى بينما تؤدى الوظائف العضلية الكبيرة لطفل التوحد بشكل سليم .
- ٣- اضطرابات التنفس أحد الأعراض الرئيسية المصاحبة لاضطراب الريت وتكون نادرة أو لا توجد مع اضطراب التوحد .
- ٤- يعانى طفل الريت من فقدان تام للوظائف اللغوية بينما يعانى طفل التوحد من اضطراب استخدام اللغة دون أن يفقد حصيلاتها .
- ٥- نوبات الصرع تظهر مبكراً فى ٧٥٪ من حالات الريت وتتسم بالعنف والتكرار ويصاحبها إفرازات فموية، بينما تكون نوبات الصرع فى حالات التوحد قليلة أو نادرة وإذا ظهرت ففى مرحلة المراهقة

(عثمان فراج، المرجع السابق : ١٣١).

(٣) اضطراب الإسبرجر: Aspirger's Disorder

يختلف توقيت بدء ظهور أعراض التوحد عنه بالنسبة للإسبرجر، فبينما يمكن الكشف عن ظهور أعراض التوحد بعد الولادة بقليل أو قبل عمر سنتين، فإن أعراض الإسبرجر تظهر متأخرة عند عمر ٤ - ٦ سنوات أو أحياناً بعد ذلك. وهذا الفرق في توقيت ظهور الأعراض بين الاضطرابين من أهم عناصر التشخيص الفارقى، إلى جانب فروق أخرى منها ندرة في حالات التخلف العقلى المصاحبة لحالات الإسبرجر، بينما نجد أن أكثر من ٧٠٪ من حالات التوحد تعاني من تخلف عقلى . كذلك فإن طفل الإسبرجر لا يتجنب الآخرين من الأقران والكبار كما يفعل طفل التوحد، بل يقبل على التعامل معهم بنشاط يدور غالباً حول اهتماماته وحاجاته الشخصية التى تبدو غريبة مما يؤدي إلى ملل الآخرين وعزوفهم عن متابعة حديثه معهم. كما يختلف طفل التوحد عن طفل الإسبرجر في درجة القصور أو الإعاقة، فبينما يعاني طفل التوحد من تأخر أو توقف تام في نمو اللغوى وفي القدرة على التخاطب والاتصال، فإن طفل الإسبرجر لا يبدى مثل هذه الأعراض ولو أنه يعاني من صعوبة في تفهم كلام الآخرين.

وتعتبر حالات الإسبرجر من حيث شدة الإعاقة أخف بدرجة كبيرة من حالات التوحد، وذلك بالنسبة إلى الأعراض المشتركة والمتشابهة في الحالتين مثل القصور الشديد في التفاعل الاجتماعى والتواصل غير اللفظى والتقاء العيون وتفهم العاطفة والانفعالات والتعبير عنها والمشاركة الوجدانية والعزلة الاجتماعية والوحدة وغيرها (عثمان فراج، المرجع نفسه: ١٠٧ - ١١١) .

(٤) اضطراب الطفولة التفكيكي : CDD

ويشبه التوحد لكن لا بد أن يمر الطفل بفترة نمو عادية واضحة خلال العامين الأولين من العمر (فيما يتعلق بالتواصل، والعلاقات الاجتماعية، واللعب، والسلوك التكيفي). ويشمل هذا الاضطراب ما يطلق عليه بعض المتخصصين التوحد الارتدادى أو المتأخر- Regressive Autism، حيث تظهر أعراض التوحد على الطفل فى فترة متأخرة كثيراً مقارنة بما يحدث فى حالة اضطراب التوحد العادى. ولكى يتم تشخيص اضطراب الطفولة التفكيكي يتعين توافر ما يلى: فقدان المهارات التى سبق أن تعلمها الطفل قبل سن العاشرة فى مجالين على الأقل من مجالات اللغة الاستقبالية أو التعبيرية، المهارات الاجتماعية أو مهارات السلوك التكيفي، ضبط عملية الإخراج، اللعب أو المهارات الحركية. فضلاً عن أنه يتعين تعرض الطفل لاضطرابات الأداء الوظيفي فى مجالين على الأقل من المجالات التالية: خلل كفي فى التفاعل الاجتماعى، خلل كفي فى التواصل، ممارسة السلوكيات النمطية والتكرارية المحدودة، وهذا يعنى اتفاق الاضطرابين فى المحك الأخير (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١: ٧٩).

ويلاحظ المؤلف أن التشابه بين أعراض اضطراب التوحد وأعراض اضطراب الطفولة التفكيكي من الكبر بحيث يكاد التشخيص الفارق بينهما يقوم بشكل أساسى على دقة تحديد بداية ظهور الاضطراب. فإذا كانت بداية ظهور الأعراض المشتركة مبكراً قبل العامين من عمر الطفل كان التشخيص المرجح هو التوحد، أما إذا كانت البداية بعد ذلك فيكون التشخيص هو اضطراب الطفولة التفكيكي.

(٥) اضطرابات النمو غير المحددة: PDD-NOS

وتشمل الحالات التي يوجد بها إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي والمهارات اللفظية وغير اللفظية، ولكن مواصفاتها لا تفي لتشخيص اضطراب التوحد (محمود حموده، ١٩٩٨: ١٠٨) .

ثانياً: تمييز الأمراض والإعاقات التي قد تصاحب اضطراب التوحد وتختلط بأعراضه .

ومن هذه الإعاقات تلك التي تنتج من خلل كروموسومي وتؤدي إلى تخلف عقلي ومشكلات سلوكية وإعاقة الاتصال، والتي تنتج عن إدمان الأم الكحوليات أثناء الحمل وتؤدي إلى صعوبات تعلم وقصور حركي، والتي تنتج من إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية Rubella وتؤدي إلى اضطرابات حسية (خاصة السمع)، ومتلازمة X الهش والتي تنتج من خلل في تركيب الكروموسوم X وتؤدي إلى مشكلات سلوكية ومعرفية ولغوية تصيب ٢,٥% من حالات التوحد. وكذلك إعاقات أخرى ناتجة عن خلل كروموسومي أو إصابة المخ بورم أو استسقاء أو إصابة الفص الصدغي بأورام، وكذلك مرض فينيل كيتونوريا ومرض التصلب الدرني وما ينشأ عنهما من تخلف أو صرع (عثمان فراج، ٢٠٠٢: ٩٤ - ٩٥) .

- التشخيص الفردي :

هناك عوامل متعددة مسببة لاضطراب التوحد، وهذا يفسر التعدد الكبير لأعراض هذا الاضطراب من حيث الاختلاف بين الحالات المصابة وبين الأعراض المسجلة لكل منها. مما يجعل كل طفل توحدي حالة متميزة متفردة قائمة بذاتها تستدعي تشخيصاً فردياً كأساس لابد منه لتدخل علاجي ناجح. وعند إقامة التشخيص الفردي يجب أن يؤخذ في الاعتبار النقاط التالية :

- ١- التشخيص العياني والنوعى للحالة: من حيث إقامة التشخيص الفارق ثم تقييم شدة الاضطراب أو حجم الإعاقة، ثم الكشف عن الاضطرابات والأمراض المصاحبة للتوحد إن وجدت، وكذلك تحديد بداية ظهور الاضطراب .
- ٢- التعرف على التدخلات العلاجية السابقة إن وجدت، والفترة الزمنية التى تفصل بين بداية الاضطراب وهذه التدخلات، ومقدار التحسن الذى طرأ على الحالة نتيجة هذه التدخلات فى حالة حدوثها.
- ٣- تحديد أنماط السلوك الشاذة لدى الطفل التوحدى والتى يمكن أن تعرقل عمليات التعلم والتأهيل .
- ٤- تحديد أنماط السلوك غير التكيفية للطفل التوحدى والتى يمكن أن تقلل من استفادته من الخدمات والمساعدات التى تقدم إليه من الآخرين .
- ٥- التقييم الشامل والدقيق لجوانب النمو المتبقية لدى الطفل التوحدى من حيث معامل الذكاء، والقدرات اللغوية والاجتماعية والعقلية والحركية .
- ٦- تقييم ظروف الحالة من الناحية البيئية والأسرية (وبخاصة الأم) من حيث الإمكانيات المادية والبشرية المتاحة والتى يمكن أن تساعد فعلياً فى زيادة نمو الطفل التوحدى فى جوانب القصور النمائية التى يعانى منها، وكذلك تعديل سلوكياته الشاذة واكتسابه للسلوك التكيفى، وتعليمه وتأهيله .
- ٧- وبالنسبة للأم فمن المهم أن تعرف: كيف يفكر الطفل التوحدى وما هو عالمه؟، وما هى وسيلة التواصل المناسبة لطفلها؟ وكيفية تهيئة المنزل والبيئة لزيادة نمو الطفل، وكيفية تقوية التواصل الاجتماعى

للطفل مع الآخرين، وكيفية تعلم الطفل المشاعر الإنسانية (محمود أبو العزائم، ٢٠٠٣) .

ولإقامة التشخيص الفردي ينبغي التقييم الشامل والدقيق لجوانب النمو المتبقية لدى الطفل التوحدي (وكما سبق بيانه) . و يقضى هذا استخدام الوسائل والأدوات الموضوعية المقننة والمناسبة، ومن هذه الوسائل والأدوات ما يلي:

(١) اختبارات الذكاء المناسبة لقياس معامل الذكاء لدى أطفال التوحد، ويفضل استخدام الاختبارات الأدائية لأن أداء أطفال التوحد على المقاييس الأدائية أفضل من أدائهم على المقاييس اللفظية، ومن هذه الاختبارات اختبار جودار للذكاء .

(٢) مقاييس مناسبة لتقييم جوانب النمو للطفل التوحدي . مثل مقاييس السلوك التكيفي ، والتفاعلات الاجتماعية، وتقدير المهارات الاجتماعية، والخصائص النفسية والاجتماعية . وغيرها مما ظهر حديثاً .

(٣) المقابلة المقننة والملاحظة المقننة كأدوات في تشخيص حالات التوحد، فقد تم خلال العقدين السابقين إنتاج بعض الأدوات منها ما يعتمد على إجراء مقابلة مقننة مع ولي أمر الطفل التوحدي مثل قائمة ريملانده، Rimland, 1995 حول نشأة وتطور نمو الطفل وسلوكياته، ويمكن استخدامها للوصول إلى مؤشرات عن التوحد لولا أنها تعتمد على التقدير الذاتي للأب والأم .

أما النوع الثاني من الأدوات ، فهو يعتمد على الملاحظة المقننة بواسطة أخصائي مدرب مستخدماً قائمة معينة ومنها :

أ - قائمة شوبلر ومسييوف SHOPLER & MESYBOV, 1980

باسم Behavior Observation System For Autism B. O. S

ب- قائمة شوبلر (CARS) Child Autism Rating Scale

ويؤخذ عليهما أن دقة نتائج استخدامها يعوزها للتكامل ، وأنها لا تقيس السلوكيات الشاذة للتوحد، ولا الجانب الكيفي لتلك السلوكيات التي هي أساسية في عملية التشخيص. ولكنها قد تكون ذات فائدة في تشخيص حالات التوحد الشديد، أو في التمييز بين حالات التوحد وحالات التخلف العقلي كنوع من التشخيص الفارقي.

ج- ولعل أكثر هذه الأدوات موضوعية، هي قائمة شوبلر المعدلة، والتي أعدت عام ١٩٩٨ وأدخلت عليها عدة تعديلات وعرفت باسم Psy-cho Educational profile (PEP-R)

وتتكون من (١٧٤) بنداً معظمها عملية أداء وتقيس سبعة محاور للنمو هي : التقليد - الإدراك - تآزر اليد والعين - حركة العضلات الكبيرة - حركة العضلات الصغيرة - الأداء المعرفي اللفظي - الأداء المعرفي العملي.

وتقيس أربعة مجالات سلوكية هي: الارتباط الوجداني والاجتماعي - اللعب - الاستجابات الحسية - اللغة .

وهذه الأداة هي اختبار فردي لا تقتصر فائدته على التشخيص ولكنه يعطي صورة متكاملة Profile عن مستويات النمو والسلوكيات الشاذة، بالإضافة إلى برنامج متكامل موجه إلى الآباء والمدرسين لتأهيل الطفل وتدريبه والتدخل العلاجي للسلوكيات الشاذة، كما تستخدم نتائج إعادة تطبيقه في تقويم وقياس مدى تحقيق البرنامج الذاتي التعليمي لأهدافه بشكل دوري خلال مراحل التنفيذ .

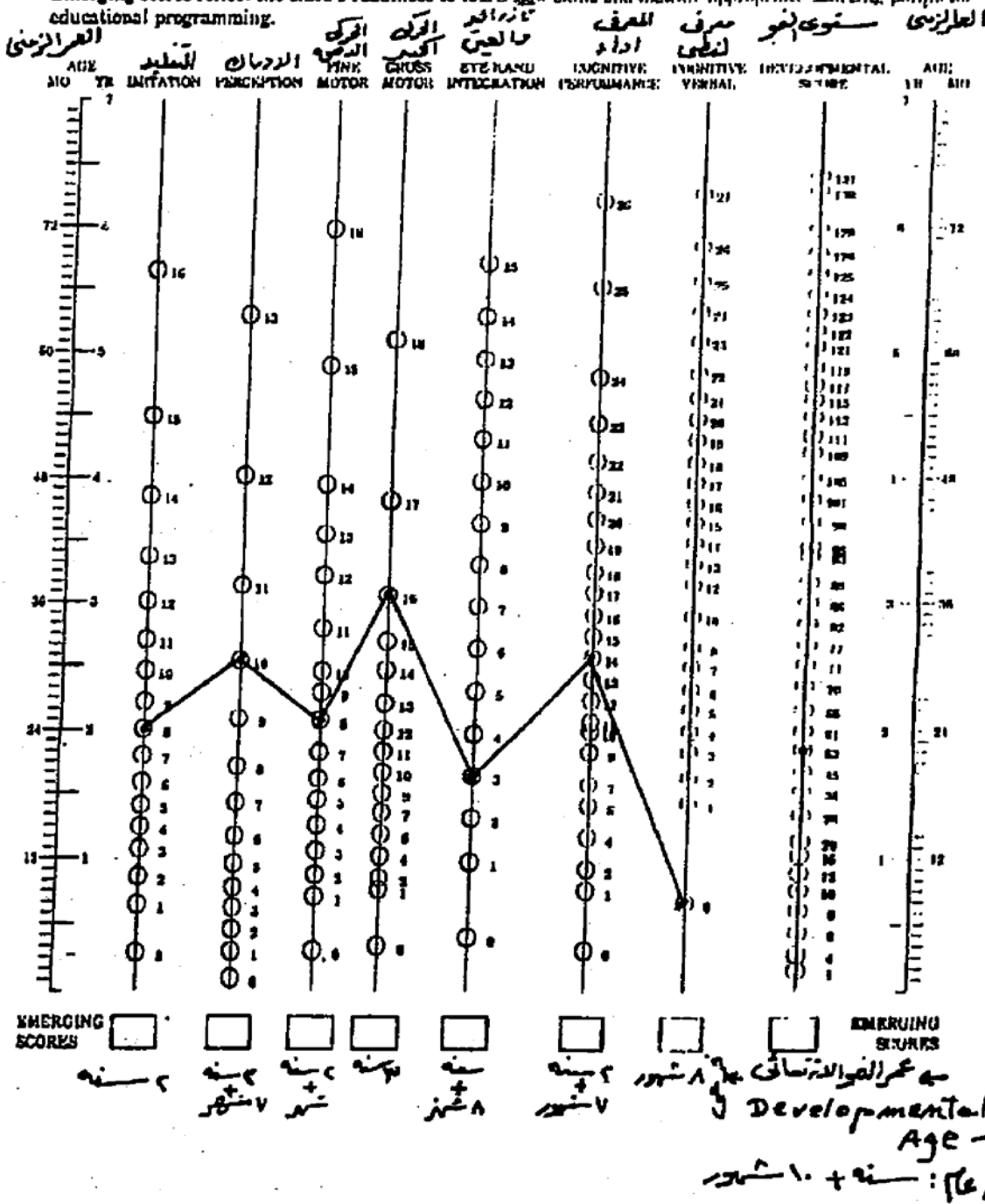
وتستخدم الصورة PEP-R مع أطفال من عمر ٦ - ٧ سنوات، ويمكن استخدامها مع أطفال حتى سن ١٢ سنة، كما أن لها صورة أخرى تستخدم مع المراهقين والراشدين، ويجرى حالياً محاولات لتعريب هذه الأداة من أجل تطبيقها في المنطقة العربية (عثمان فراج، ٢٠٠٢: ٧٢ - ٧٤) .

والشكل التالي يوضح بروفيل Profile لجوانب النمو للطفلة التوحدية (نادية) وعمرها الزمني ٦ سنة + ٤ شهور، والنتائج عن تطبيق اختبار PEP-R .

PEP-R DEVELOPMENTAL SCALE PROFILE

Name نادية Case #
 Date of Test Date of Birth Chronological Age 7 + 3

Mark the point on each scale that represents the number of P's (passes) scored in that developmental area. In the Developmental Score column, mark the point that represents the total number of P's for all seven Developmental areas. (Where a number is missing in the scale, mark the next lowest point on the scale.) In the box at the bottom of each column, record the total E (emerging) scores for that developmental area. These Emerging scores reflect the child's readiness to learn new skills and indicate appropriate starting points for educational programming.



نقلا عن: عثمان لبيب فراج: برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد
 (١). النشرة الدورية العدد ٦٨ السنة (١٣) ديسمبر ٢٠٠١.

وبإيجاد مجموع درجات المحاور النمائية السبعة على النحو

التالى:

التقليد = ٨ درجات .

الإدراك = ١٠ درجات .

النمو الحركى للعضلات الصغيرة = ٨ درجات .

النمو الحركى للعضلات الكبيرة = ١٦ درجة .

تآزر اليد والعين = ٣ درجات .

الأداء المعرفى العملى = ١٤ درجة .

الأداء المعرفى اللفظى = صفر .

مستوى النمو للطفلة (الدرجة النمائية) = ٥٩ درجة .

فإن هذه الدرجة النمائية تقابل النقطة ما بين الدرجتين ٥٣، ٦١ .

إذن الدرجة النمائية للطفلة هي الدرجة ٥٣ والتي تقابل عمر

النمو الارتقائى Developmental Age سنة + ١٠ شهور .

وهذا يعنى أن الطفلة التوحدية (نادية) عمرها الزمنى هو ٦

سنوات + ٤ شهور، بينما عمرها النمائى يوازى العمر النمائى لطفلة

عادية عمرها الزمنى سنة + ١٠ شهور .

- تشخيص التطور اللاحق (مآل الاضطراب): Prognosis

ويرى المؤلف أنه بناء على التشخيص الفردى للطفل التوحدى

يمكن إقامة تشخيص التطور اللاحق للاضطراب، وذلك متى توافرت

العوامل المنبئة عن تطور الحالة. ومن أهم العوامل المنبئة عن تطور

الحالة ومدى التحسن المنتظر ما يلى:

١ - شدة الاضطراب (حجم الإعاقة) : فكلما كانت شدة الاضطراب أقل كلما كان التحسن المتوقع أفضل. فقد يعاني الطفل التوحدي من صعوبات تعلم شديدة وتوحد شديد، أو يحظى بذكاء متوسط مع توحد متوسط الشدة، ومن البديهي فإن مآل الاضطراب أو تحسن الحالة الثانية يكون أفضل من الحالة الأولى .

٢ - معاناة الطفل التوحدي من إعاقة التوحد فقط، أو معاناته كذلك لإعاقة أخرى مصاحبة مثل التخلف العقلي أو الصرع... إلخ . ذلك أن معاناة الطفل من إعاقة التوحد فقط ينبأ بمآل أفضل للاضطراب مما لو كان الطفل يعاني من إعاقة التوحد مضافاً إليها إعاقة (أو مرض) أو إعاقات أخرى .

٣ - التعرف المبكر على الاضطراب منذ البداية، والتدخل العلاجي والتعليمي المبكر، فكلما تقلصت الفترة الزمنية بين بداية ظهور الاضطراب والتدخل العلاجي كلما كان مسار تحسن الحالة أفضل .

٤ - حجم القصورات النمائية، فكلما كان حظ الطفل التوحدي أوفر من حيث معامل الذكاء، والقدرات اللغوية والاجتماعية والعقلية والحركية (برغم مما أصابها من قصور)، كلما كان مسار التحسن أفضل .

٥ - الظروف البيئية والأسرية المواتية: فكلما كان حظ الطفل أوفر من حيث الاهتمام والرعاية والتعليم والتأهيل ، كلما كان مسار التحسن أفضل .

ومن البديهي أن تشخيص التطور اللاحق يمهد وييسر وضع خطة إنمائية علاجية تعليمية تأهيلية ناجحة بهدف استثمار القدرات المتبقية لدى الطفل التوحدي، وكذلك استثمار ظروفه الأسرية والبيئية

المواتية أفضل استثمار ممكن من أجل تحقيق أفضل نمو وتوافق نفسي
لطفل توحدي مما يقترب به من نظيرة الطفل العادي، وإن لم يكن هذا
ممكناً فربما استطاع الطفل التوحدي التفوق على نظيره الطفل العادي
ولو في جانب واحد من جوانب النمو .

الفصل الرابع

علاج اضطراب التوحد

- مقدمة:

برغم البحوث المستفيضة التي أجريت على التوحد فإن العلم لم يصل بعد إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة للاضطراب. ومن الطبيعي إذن، ألا يحدث تطور كبير في أساليب وبرامج التدخل العلاجي أو الوقاية من الاضطراب. ومما يزيد من مشكلة التدخل العلاجي الصعوبات التي تواجه عمليات التشخيص، وكذلك مشكلة تعدد الإعاقات التي كثيراً ما تصاحب الاضطراب .

وفي ضوء الصعوبات التي ينطوي عليها علاج التوحد تتحدد الأهداف العلاجية، ويرى عثمان فراج (عثمان فراج، ٢٠٠٢: ٨٣) أن هذه الأهداف تكاد تقتصر على تخفيف الأعراض السلوكية وتعويض غياب المهارات الأساسية للحياة اليومية مثل التواصل ورعاية الذات وتحقيق قدر ولو محدود من التفاعل والنمو الاجتماعي، فضلاً عن حاجة والدي الطفل وأسرته للتوجيه التربوي والذاتي والإرشاد والتدريب على تقبل الأمر الواقع وأساليب التعامل مع الطفل المصاب، وإشباع حاجاته الذاتية الأساسية للحياة مما يستدعي علاجاً ذاتياً متواصلًا باستخدام العلاج السلوكي والتعليم اللذين ثبت نجاحهما في تخفيف آلام الأسرة وتدريبهما على أساليب التعامل مع الحالة .

ويرى رمضان القذافي (رمضان القذافي، ١٩٨٨: ١٦٤ - ١٦٥) أن أساليب التعامل مع الأطفال التوحديين تتجه إلى تحقيق هدفين رئيسين هما:

الأول: زيادة نمو الطفل بالإضافة إلى تعديل سلوكه .

الثاني: العمل مع الوالدين لمساعدتهم في تعلم طرق التواصل مع الطفل والإسهام في علاجه وتقديمه خلال وجودهم معه في المنزل .

وينطلق الهدفان السابقان من وجهة نظر مؤداها أن الطفل التوحدي يعاني من مجموعة من المشكلات السلوكية وأوجه القصور التي تجعل من الصعب عليه إن لم يكن من المستحيل أن يتعلم بدون تدخل الآخرين وذلك بسبب عدم استجابته للمواقف الاجتماعية واضطراب سلوكه، وعلى ذلك فإن هناك هدف أساسي من تعليمه وتدريبه هو تنمية مهاراته اللغوية كأداة للاتصال وكوسيلة لكسر حاجز العزلة، وإلى تنمية مهاراته الاجتماعية حتى يمكن إعادة الطفل إلى المجتمع وقيامه بالمشاركة في الأنشطة الحياتية اليومية التي تدور حوله .

ويشير (لويس مليكه، (لويس مليكه، ١٩٩٨: ٢٨٧) إلى الأهداف السابقة بأن أهداف علاج التوحد تتمثل في إنقاص الأعراض السلوكية النمطية والشاذة، وفي تحسن وإرتقاء الوظائف المتعطلة أو الضعيفة أو غير الموجودة مثل اللغة ومهارات رعاية الذات، كما يحتاج الوالدان غالباً إلى المساندة والإرشاد.

وفي السياق نفسه يشير حسن مصطفى (حسن مصطفى، ٢٠٠١: ٥٧٣) إلى أن أهداف العلاج هي زيادة التقبل الاجتماعي لطفل التوحد وتحسين سلوكه الاجتماعي، وتقليل أعراض السلوك الشاذ، والمساعدة في تطوير التواصل اللفظي وغير اللفظي، وتحسين نمو اللغة واكتساب المهارات اللغوية والاجتماعية وتشجيع مهارات العناية بالذات، وتقديم المساعدة إلى الوالدين والدعم والإرشاد لهما .

ومن مجمل ما سبق يرى المؤلف أهمية وضع النقاط التالية في الاعتبار عند التصدي لعلاج الطفل التوحدي وهي :

- ١- لم يتوصل العلم حتى الآن إلى علاج حاسم لإعاقة التوحد، لأنه لم يصل أساساً إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة له.
 - ٢- ومما يزيد من مشكلة التدخل العلاجي الصعوبات التي تواجه عمليات تشخيص الاضطراب، ومشكلة الاكتشاف المبكر، ومشكلة تعدد الإعاقات التي كثيراً ما تصاحب إعاقة التوحد.
 - ٣- يتوقف نجاح برامج التدخل العلاجي والتأهيل لأطفال التوحد على التكامل والتعاون التام بين جميع المختصين والوالدين .
 - ٤- يتوقف نجاح هذه البرامج كذلك على الدراسة العلمية الموضوعية التي تحدد بدقة مشكلات واحتياجات الطفل التوحدي بشكل فردي وفقاً لمستوى النمو على محاوره المختلفة ، ومستوى ذكاءه، وعمره الزمني، وكذا تقدير ظروفه البيئية والأسرية ومشاركة الوالدين في تعليم وتدريب الطفل، والمساندة والدعم والإرشاد للوالدين.
 - ٥- يجب تحديد أهداف البرنامج العلاجي بدقة في ضوء الواقع العياني للطفل والظروف المحيطة به وصولاً إلى المستوى النمائي المتوقع منه الوصول إليه في مدى زمني معين .
 - ٦- التنفيذ والمتابعة والتقييم المستمر للبرنامج من أجل تحقيق أهداف البرنامج والعمل على نجاحه .
- ويرى المؤلف أن أهداف برامج علاج وتأهيل أطفال التوحد مهما تنوعت تنحصر في الأهداف الهامة التالية:
- أ- زيادة نمو الطفل في محاوره المختلفة وخاصة الأكثر تضرراً منها.
 - ب- الاهتمام بوجه خاص بنمو مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين .

ج- الاهتمام بالنمو اللغوى وزيادة حصيلة الطفل من المفردات اللغوية المرتبطة بالمواقف الحياتية والتفاعلية مع الآخرين .

د - كف أو تخفيف السلوكيات النمطية والشاذة التى تعرقل التواصل مع الآخرين وتعلم الطفل .

هـ- تعليم المهارات الأكاديمية والمهنية من أجل الإعداد التربوى والمهني .

و - تعليم مهارات رعاية الذات خاصة لأطفال التوحد الذين يعانون من تخلف عقلى شديد بالإضافة إلى التوحد .

ز - مساعدة الوالدين والأسرة على تعلم طرق التواصل مع الطفل والمشاركة فى علاجه أثناء وجوده معهم فى المنزل، وكذلك تقديم المساعدة والدعم والإرشاد لهم .

- أهمية التدخل المبكر في علاج اضطراب التوحد:

يسهم التدخل المبكر فى تطوير نمو الطفل التوحدى، إضافة إلى تقديم الدعم والمساعدة لذوى الطفل من الأهل والقائمين على رعايته مما يحقق أقصى إفادة للطفل .

ويسهم التدخل المبكر كذلك فى تأهيل وتطوير حياة الطفل المصاب بالتوحد، فقد أثبتت الدراسات والتجارب العلمية أن تطور الحالة وتحسنها يكونان أفضل بكثير إذا كان الطفل يخضع لبرنامج تعليمى منظم بدرجة عالية ومكثفة عند ٢ - ٣ سنوات مما يتيح فرصة أكبر لتطور ونمو المخ عنده واكتساب الخبرات والتفاعل مع المحيط الذى حوله مما يؤدي إلى تنمية القدرات المعرفية والاجتماعية لديه . كما أظهرت الدراسات فى الوقت الراهن أن التدخل المبكر يزيد من فرصة تعليم وتأهيل الطفل لدخول المرحل الدراسية العادية وأحياناً يؤهله لإيجاد

مهنة ما مقارنة بالأطفال الذين لم تتح لهم فرصة التدخل المبكر، وفي دراسات أخرى تبين أن الأطفال الذين حصلوا على خدمة التدخل المبكر قد اظهروا أداءً أكاديمياً وغير أكاديمي أفضل بالمقارنة مع الأطفال الذين لم يتلقوا هذه الخدمة .

وهناك أسباب عديدة تبرز أهمية التدخل المبكر في علاج التوحد ومنها، أنه في السنوات الأولى من عمر الطفل تكون بعض المراكز العصبية والحسية في الجهاز العصبي لا تزال في طور التشكيل بحيث يكون من السهل تعديلها وتطويرها، كذلك فإن عدم الكشف عن المشكلة في مرحلة مبكرة يؤثر سلباً في مظاهر النمو الأخرى لدى الطفل فعدم معالجة أنماط السلوك الحركي الشاذ لدى الطفل التوحدي تؤثر سلباً في مظاهر النمو الحركي والمعرفي لديه .

وتلعب الخبرة المبكرة لدى الأهل دوراً مهماً من خلال اتباعهم منذ السنوات الأولى لعمر الطفل الأساليب العلمية التربوية السليمة للتعامل مع طفلهم وبالتالي التقليل من السلوكيات غير المرغوب فيها، وذلك لما يتصف به الطفل في هذا العمر من المرونة النسبية والقابلية للتغيير .

ويحتاج الأطفال المصابين بالتوحد إلى ساعات عديدة من التعلم المنظم حتى يبقى الذهن مشغولاً بالعالم المحيط، ويحتاجون إلى التعامل بطريقة مجدية ومفيدة مع الكبار والصغار .

وأخيراً فإن اكتساب الأهل للخبرة العلمية والمعرفة بالطرق والأساليب المناسبة للتعامل مع طفلهم يقلل من الضغط والقلق الناتجين عن التعامل مع هؤلاء الأطفال، كما يساعد على تقديم الخدمات المناسبة في الوقت المناسب للطفل التوحدي مما يقلل من الآثار الناجمة عن قصور أحد جوانب النمو وما يترتب عليها من آثار سلبية تمتد إلى

جوانب النمو الأخرى، فمثلا الطفل التوحدي الذي يعاني من ضعف شديد في اللغة ولم يجد الخدمات العلاجية والمساعدات المناسبة في الوقت المناسب من المختصين والأهل، فربما تمكن منه التدهور في النمو اللغوي وأدى إلى تدهور مماثل في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين. (شبكة الحكماء، ٢٠٠٣) .

- العلاجات التقليدية لاضطراب التوحد:

ويقصد بها المؤلف الأساليب العلاجية المتعارف عليها منذ فترة طويلة نسبياً والمستمدة من نظريات علم النفس أو البحوث الطبية الدوائية، ومن هذه الأساليب ما يلي:

(١) العلاج النفسي التقليدي:

يُعزى الفضل إلى «برنو بيتلهم» Bruno Bettelheim فهو أول من اقترح استخدام المدخل النفسي التحليلي الذي يركز على خلق بيئة بعيدة عن الوالدين، حتى يتمكن الطفل التوحدي من أن ينمو كشخص مستقل، وذلك بنقل الطفل من منزل والديه وإدخاله مصحات مما يتيح له الفرصة لكي يستكشف ويجرب كل شيء بحرية وسهولة، ويتمكن من إقامة علاقات انفعالية سوية Nelson & Israel, 1991 (في: رشاد موسى، ٢٠٠٢: ٤١٠) .

ويشير عبد الرحمن سليمان (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١: ١٤٢) إلى أن علاج إعاقة التوحد باستخدام جلسات التحليل النفسي كان هو الأسلوب السائد حتى السبعينيات من هذا القرن. وكان أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة. وهي علاقة تنطلق من افتراض مؤداه أن أم الطفل التوحدي لم تستطع تزويد الطفل الحب والحنان ودفئ العلاقة العاطفية.

بينها وبينه . غير أن هناك تحفظ على هذا الافتراض وهو أن هذه العلاقة تحتاج إلى عدة سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج التحليلي .

ومن جهة أخرى فقد أكدت نتائج الدراسات استبعاد العوامل النفسية والأسرية كعامل من العوامل المسببة لاضطراب التوحد، وعلى ذلك يرى الكثير من الباحثين عدم جدوى هذا العلاج فى التعامل مع فئة الأطفال التوحديين، فقد لوحظ أن العلاج النفسى الفردى التبصيرى غير مفيد فى هذه الحالات (محمود حمودة، ١٩٩١: ١٠٨) .

ويعرض المؤلف لدراسة حديثة اتخذت من العلاج النفسى التحليلي أسلوباً للتعامل مع طفل توحدى لئلى مدى اتفاق أو اختلاف نتائجها مع الآراء السابقة للباحثين .

فقد قامت مورى، س. Mori, S.. 2001 بدراسة بعنوان : دور الخبرة بهدف ذاتى فى علاج طفل توحدى: من الرقود على الأرض إلى التحليق فى الفضاء .

تصف الباحثة فى دراستها رحلة العلاج لطفل يابانى توحدى (موتو) Moto والتي امتدت إلى سبع سنوات، وكان عمره فى بداية العلاج أربع سنوات. ووفقاً لنظرية التحليل النفسى وما قال به «ليوكانر» منذ أكثر من (٦٠) عاماً فإن السبب الرئيسى الذى تراه الباحثة فى إصابة الطفل بالتوحد يرجع إلى صدمة نفسية مزمنة نشأت منذ بداية علاقته بأمه التى عاشت ظروف أسرية قاسية أدت إلى شخصية مضطربة أثرت على علاقتها بطفلها، تلك العلاقة التى اتسمت فى البداية بالاهتمام الشديد بالطفل ثم تجاهله تماماً بعد ذلك أو العدوان الواضح تجاهه . وكان رد فعل الطفل الصغير هو عدم القدرة على تكوين صورة لأمه التى هى المصدر الأساسى لانتمائه للعالم والآخرين .

وهنا كانت السمة الأساسية للطفل هي انسحابه التام من العالم الواقعي إلى عالم من خيالاته في وحدة وعزلة شديدة .

وقد انطلقت الباحثة في علاجها لـ موتو من الأسس النظرية للتحليل النفسي والتي تطورت للتطبيق على حالات التوحد من خلال أعمال كل من ميلتزر Meltzer, 1975 وتوستين Tustin, 1981 وبحوث ستيرن Stern, 1985 ثم بعد ذلك أعمال إيمدى وسورس Emde and Sorce, 1993 واورانج Orang, 1995 .

وتقوم الفكرة الرئيسية للعلاج على تحقيق اندماج الطفل مع العالم الواقعي من خلال المعالجة باعتبارها أم حانية تستطيع أن تخرجه رويداً رويداً من وحدته وعزله . والأساس في تحقيق هذا الاندماج هو أن يجد الطفل بمساعدة وصبر من المعالجة هدفاً ذاتياً داخلياً، يصبح تشاركياً بينه وبين المعالجة . ومن خلال خبرة الطفل بهدف ذاتي تشاركه إياه المعالجة ينشأ الارتباط الوجداني بينه وبين المعالجة فيعود تدريجياً من عالمه الذاتي الخيالي إلى عالم الأشخاص والأشياء الحقيقي . وتكون هذه هي البداية لنمو الإحساس بالذات ثم التلامس والتواصل مع الآخرين .

وقد مر علاج الطفل (موتو) بمراحل تناولتها الباحثة بالوصف التفصيلي مما لا يتسع المجال لذكره هنا، ويعرض المؤلف لهذه المراحل بإيجاز على النحو التالي:

المرحلة الأولى: ستة أشهر من الارتباط المضطرب .

وذلك بسبب سلوكياته النمطية والشاذة، والتي تجعله بعيداً عن أي إحساس بوجود المعالجة . لذا فقد حاولت أن تجد وسيلة للتواصل مع الطفل بأن تجعل الموقف العلاجي آمناً . ولما كان الطفل يجد أمنه النفسي في أن تظل ذاته المضطربة مشتتة ومشردة بعيداً عن أي إحساس

بالآخرين، فقد قررت المعالجة عدم الاقتراب المباشر من الطفل ولكن ما سوف تبدأ به هو أن تشعره بأن شخص ما يقف بجانبه ويشاركه اهتماماته ويهتم به، فقد حاولت أن تتناغم مع حركاته الخيالية وتتجه إلى ما ينظر إليه لكي ينظرا معاً لنفس الأشياء متشاركين في نفس الاتجاه ونفس الهدف . ومن خلال ذلك تحققت أولى خطوات التواصل عندما كان يبدى إشارات عاطفية للمعالجة لمشاركتها إياه وكانت تتجاوب مع هذه الإشارات محاولة بكل السبل أن تنمي لدى الطفل تجربة التواجد مع الآخر، (Stern, 1985) .

ثم انتقلت المعالجة من متابعة الطفل ومشاركته نشاطه وألعابه الخيالية بالنظر فقط إلى التعليق بالكلمات . وقد تعلم الطفل أن هناك من يندمج معه ويهتم بما يفعل أو يشعر ، ويتعلق المعالجة على بعض الأفعال التي يقوم بها الطفل فقد أدرك أن أفعاله تحمل معنى وقد يسر هذا التشارك الاندماج بينهما إلى حد ما .

المرحلة الثانية: بداية التواصل العاطفي

في هذه المرحلة بدأت رسومات الطفل تتخذ تحديداً لشخصيته من جانب وشخصية الأم من جانب آخر. فقد رسم نفسه بأذرع كثيرة ممتدة نحو الرسم الذي يعبر عن الأم. وبدون وعى انطلقت هذه الكلمات من فمه: «ماما .. كنت وحيداً، فقد عبر موتو عن إحساسه لأول مرة في حياته .

وقد أولت المعالجة اهتماماً أكثر وتشاركاً أكبر بنشاطات الطفل وألعابه والتي تمثل أهدافاً ذاتية لديه ومنها أنه أطفأ نور الحجرة التي يجلس فيها مع المعالجة وتركها وحدها في الغرفة المظلمة، وقد عرفت الباحثة من والدي الطفل أنه قد ترك وحيداً في المنزل في ظلام دامس وهو في مرحلة الرضاعة. ويتعايش المعالجة مع مشاعر الطفل وأفكاره

فقد نجحت في أن تخرجه من وحدته وانعزاله والارتباط تدريجياً بالآخر من خلال تعبير الطفل عن أهدافه الذاتية الداخلية .

وقد عبر الطفل عن هذه الأهداف ليس فقط من خلال نشاطه وألعابه ولكن من خلال رسوماته كذلك . ثم بدأ الطفل في القيام باللعب الرمزي بتكوينه لقطار أو منزل من المكعبات، ثم الإطاحة به، ثم يعيد بنائه من جديد . كما بدأ الطفل في التعبير عن عاطفته تجاه المعالجة، فقد أبدى مشاعر نحوها تعبر عن قلق الانفصال كلما أوشكت الجلسة على الانتهاء وتنوعت هذه المشاعر ما بين الاستمتاع بصحبة المعالجة ومحاولة إطالة وقت الجلسة بتكثيف نشاطه قرب نهايتها، والنفور والغضب وتحطيم بعض الأدوات .

المرحلة الثالثة: انبثاق الوعي بمرور الوقت

بعد مرور أكثر من عامين على بدء العلاج بدأ موتو التعبير عن شعوره بمرور الوقت، ذلك الشعور الذي يجعل الفرد قادراً على استخدام الرموز . وفي بداية إحدى الجلسات كان الطفل يرقد على الأرض غير عابئ بمن حوله، فقالت المعالجة: هيا نحاول ألا نضيع وقتنا . وشجعته على أن يحكى حكاية كاملة مستخدماً الدمى والألعاب، وجاءت الحكاية على النحو التالي: «كانت الأم تعتنى بصغارها، وكانوا يتناولون الطعام سوياً ثم يأخذون حماماً وينامون فى السرير فى حب وحنان، . وعندما أعلنت المعالجة نهاية الجلسة، صاح الطفل قائلاً: «هنا لص، ثم قام بتمزيق الدمى . وقد استنتجت المعالجة من فعله هذا أن العلاقة بينهما اتخذت بعدان أولهما الأم الحنون وثانيهما الأم الشريرة «اللص» . وفى بداية الجلسة التالية قدم موتو للمعالجة ساعة رقمية مسجل عليها الوقت الذى ستنتهى عنده الجلسة، ومع ذلك عندما أعلنت المعالجة نهاية الجلسة، دخل الطفل فى نوبة غضب شديدة موجهة عدوانه نحو المكان

والمعالجة في آن واحد. ثم عاد بعد ذلك لعزلته ووحدته.

وفي الجلسات التالية أتاحت له المعالجة فرصة التعبير عن غضبه من خلال الدمى والألعاب، فأخذ دمية على شكل سيارة مطافئ وفرد سلمها ثم تظاهر بأنه يطفئ ناراً مشتعلة قائلاً: الحريق، الحريق، فعلقت الباحثة: «لقد أشعل الغضب العنيف النيران، أليس كذلك!»، وقال موتو: «أنا سأدخل، ثم دخل دولاب الملابس واختبأ داخله واضعاً ذراعيه حول ركبتيه كأنه داخل قوقعة .

ثم حدثت خبرة ذاتية مذهشة بعد ذلك ، فحينما كان موتو مختبئاً داخل الدولاب ذات مرة، طلب من المعالجة أن تغلق الدولاب قائلاً لها: لا تغلقيه بالمفتاح، ثم قالت له المعالجة وقد أغلقت الباب: أين أنت الآن؟ فقال لها أنا في مركبة الفضاء، سوف أُلْقَ في الفضاء، وبمجرد أن وصل إلى الفضاء عاد إلى المنزل مكرراً ذلك عدة مرات. ثم حدث تطور كبير في هذه اللعبة الخيالية فبدلاً من أن كان يقوم بها وحده فإنه بدأ يشارك المعالجة في اللعب، فيعطيها أوامر الكابتن من داخل المركبة وكانت المعالجة تتجاوب وتعيش مع رحلات الطفل الفضائية . وفي إحدى الجلسات وعند قيامه بنفس اللعبة الخيالية فقد نزع المفتاح من الدولاب وأعطاه للمعالجة قائلاً لها قبل دخوله الدولاب: سوف أعود . وبعد فترة من وجوده داخل الدولاب وهو يحلق في الفضاء ويعطي الأوامر إلى المعالجة. قال: لقد عدت وخرج من الدولاب. ويتكرر هذا اللعب اطمأن الطفل إلى وجود المعالجة معه فقد مر بخبرة الارتحال والوصول أي الانفصال والاتحاد من جديد .

وتذكر الباحثة أنه بعد مرور عامين من العلاج، فقد ظهر التحسن التدريجي على الطفل «موتو» ، فكان شغوفاً بالذهاب إلى المدرسة، وقلت سلوكياته النمطية وعدوانيته، كما زاد تواصله مع الآخرين وخروجه من

عزلته . وعلى الرغم من أنه كان يعود إلى كل أعراضه المرضية بين الحين والحين، إلا أن تطور حالته إلى الأفضل كان واضحاً، وقد تمكن في نهاية السنة السابعة من العلاج من دخول المدرسة والانتظام فيها .

ويرى المؤلف أنه مهما يكن حجم النجاح الذي تدعيه الباحثة فإن فترة العلاج والتي امتدت إلى سبع سنوات تذهب بكل قيمة حقيقية لهذا النوع من العلاج الطويل الأمد المعروف عن التحليل النفسي فهو غير متاح للكثير من الأطفال التوحديين لارتفاع تكلفته واستهلاكه لوقت طويل على حساب إعداد الطفل أكاديمياً ومهنياً، وهو كذلك علاج شاق للطفل والمعالج والأسرة .

(٢) العلاج الطبى :

أ- العلاج الدوائى :

يشير محمود حمودة (محمود حموده، ١٩٩١: ١٠٨) إلى أنه لا يوجد حتى الآن عقاقير لها دور فى علاج الاضطراب التوحدى ، ولكن هناك عقاقير تستخدم لتقليل الأعراض السلوكية المضطربة (مثل فرط الحركة والآلية الحركية والانسحاب والتملل وسرعة الاستثارة وتقلب الوجدان) ومن أهمها الهالوبيريدول Haloperidol .

ويؤكد رشاد موسى (رشاد موسى ، ٢٠٠٢ : ٤٠٩) أهمية الهالوبيريدول فى تخفيض النشاط الزائد والانسحاب والحركات النمطية والتكرارية .

ويحذر «ماوك» Mauk, J., 1991 من استخدام الهالوبيريدول فربما يؤدي إلى حدوث مضاعفات تنتج عن استخدامه لفترة طويلة مما يؤدي إلى حدوث خلل فى التآزر الحركى dyskinesias وهو أمر يثير القلق ويدعو إلى إعادة تقييم دورى لحاجة الطفل إلى العقاقير عموماً بما

فيها الهالوبيريديول (Kratochwill, T. R et al. 1991: 575) .

ويتفق عثمان فراج (عثمان فراج، ٢٠٠٢: ٨٣ - ٨٤) مع ماوك في التحذير من استخدام العقاقير الطبية مع حالات التوحد إلا بموافقة الطبيب المختص والالتزام الدقيق بتعليماته من حيث نوع العقار المناسب للحالة وحجم الجرعة وتوقيتها والمدة التي يستمر في تعاطيها الطفل. علما بأنه حتى الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما هو فيه شفاء ناجح لحالات التوحد، ولكن هناك فقط ما يخفف من حدة بعض الأعراض أو يساند أو يسهل عملية التعلم أو يحد من النشاط الزائد أو السلوك العدواني أو يهدأ من ثورات الغضب أو من السلوكيات النمطية .

ويستخدم الريتالين Ritalin لخفض النشاط الزائد. ويستخدم الفينفلورامين Fenfluramine في تخفيض نسبة السيروتونين Seroto-nin في الدم مما يساعد على تخفيض النشاط الزائد الغير مناسب والسلوك النمطي وتحسين الوظائف العقلية والاجتماعية لدى بعض حالات التوحد. ومن تلك العقاقير أيضاً عقار الناالتركسون Naltroxone الذي يخفف من حدة السلوك العدواني، وسلوك إيذاء الذات. وعقار التوفرانيل Tofranil الذي يستخدم كمهدئ للخلايا المستقبلية للمثيرات في المخ .

وفي دراسة حديثة قام بها «توبين، ك.»، 2003، Towbin, k., بعنوان: استراتيجيات من أجل العلاج الدوائي للتوحد وزملة الإسبرجر. فإنه يصل من خلال مناقشة نتائج دراسته إلى أنه كلما اكتشفنا معرفة أكثر بالناقلات العصبية التي تسهل عمل السلوكيات المتكررة، ونظم المكافأة، والإدراك الاجتماعي كلما توفرت أسباب تدعونا للاعتقاد بأن معالجتنا سوف تصبح أكثر حنكة وحرفية.

وهذا يعنى أن يكون للعلاج النفسى الدوائى -Psychopharma-cology دوراً فى اختيار العقاقير التى تيسر بشكل أكبر عمل المستقبلات الحسية ووظائف المخ. ومن المحتمل أن يؤدى هذا إلى إنتاج دوائيات لها تأثيرات جانبية أقل، وأكثر فاعلية وانسجماً مع الأعراض المرضية.

والخلاصة هى أن العلاج الدوائى وحده ليس بعلاج حاسم للتوحد والإسبرجر ولكن له دور محدد، فالعقاقير يمكن أن تكون عنصراً محورياً ضمن خطة علاجية شاملة، وعندئذ يتسع نطاق تأثير العقاقير من الناحية البيولوجية عما كان عليه من قبل، كما يحظى المرضى بعوامل جديدة أكثر أمناً وأقل ضرراً. وحينما يصبح المعالجون أكثر مهارة فى التعرف على الأعراض المرضية والتعامل معها، يحوز المرضى فرصة أكبر لتحقيق إمكاناتهم والوصول إلى معيشة طيبة.

ويرى المؤلف أن نتائج هذه الدراسة تتفق مع آراء الباحثين السابقين ومع مضمون التراث الطبى فى التعامل مع اضطراب التوحد واضطرابات النمو الارتقائى الأخرى، من حيث أنه لا يوجد حتى الآن عقار شاف للتوحد أو غيره من تلك الاضطرابات وأن العقاقير الطبية التى تم إنتاجها على كثرتها وتنوعها ذات تأثير محدود فى تخفيف بعض أعراض التوحد مثل السلوكيات المتكررة أو النشاط الحركى الزائد أو الاستثارة الذاتية... إلخ. غير أن هذا التأثير المحدود يمكن أن يكون أكثر فاعلية فى علاج التوحد إذا ما تم احتواء التأثير الدوائى ضمن خطة علاجية شاملة.

ب- العلاج الهرمونى والغذائى :

يسير الأطباء فى البحوث والدراسات الحديثة فى اتجاهين على أمل إيجاد علاج للتوحد.

الاتجاه الأول: استخدام هرمون السكرتين Secrtin الذى اكتشفه الطبيب الأمريكى ريملاندى Rimland, 1995 مؤسس الجمعية الأمريكية للتوحد.

وتفرز الأمعاء الدقيقة هذا الهرمون لى يحفز إفراز بعض العصائر فى البنكرياس ، وقد وجد أن إفراز السكرتين يؤدي إلى تحسن فى الناحية اللغوية والاجتماعية فى بعض حالات التوحد .

غير أن الدراسات الحديثة لم تؤكد فعالية استخدام السكرتين، فقد أشارت نتائج دراسة «اسبونهييم، وآخرون، Saponheim, E. et al., 2002 إلى أن استخدام السكرتين بجرعات مختلفة لم يؤدي إلى تحسن واضح فى أعراض الأوتيزم .

كما يشير «ماكوين وهيك، McQueen, J. & Heck, A., 2002 إلى أنهما قد توصلا من خلال تقييم العديد من الدراسات التى استخدمت السكرتين فى معالجة التوحد، إلى أن نتائج هذه الدراسات جاءت متعارضة ، وينصح الباحثان بإجراء المزيد من الدراسات التى تركز على اختبار مدى فاعلية السكرتين من جهة ، وتحديد الآثار الجانبية من جهة أخرى .

الاتجاه الثانى: استخدام الغذاء فقد أجرى روبرت كيد Cade, R. وهو أحد المهتمين بعلاج التوحد بحثاً حول استخدام أسلوب أو نظام غذائى صارم لعلاج التوحد يشمل ما يلى:

١- الامتناع عن تناول المواد الغذائية التى تحتوى على الكازين Casein الذى يوجد فى الألبان ومشتقاتها، ويستخدم فى اكتساب النكهة لبعض المأكولات التى يجب تجنبها تماماً. فقد وجد أن هناك قصوراً لدى أطفال التوحد فى هضم الكازين، وينتج عن ذلك تكوين البروتين كازومورفين وهو ذو تأثير مخدر يزيد من أعراض

التوحد، وربما كان سببا له .

٢- الامتناع عن تناول القمح والشعير والشوفان، لأنها تحتوى على مادة الجلوتينين Gluten ذات العلاقة بالتوحد أيضاً .

٣- السماح بتناول البطاطس والأرز واللحوم والخضراوات والفواكه بجميع أنواعها .

٤- إضافة الفيتامينات والكالسيوم بنسبة ١ - ٥ جرام، أو تناول أطعمة غنية بالكالسيوم والماغنسيوم مثل أسماك السلمون، والخضراوات ذات الأوراق الخضراء وعصير البرتقال المزود بالكالسيوم .

وتشير نتائج استخدام هذا النظام الغذائي إلى نسبة تحسن تصل إلى ٨٠٪ خلال فترة زمنية لا تزيد عن ستة أشهر. ويوصى كيد بالدقة فى تنفيذ هذا البرنامج العلاجى الغذائى دون تسرب أى كميات قليلة من الأطعمة الممنوعة للحصول على نتائج إيجابية ، كما يوصى بالصبر وملاحظة التحسن التدريجى الذى يطرأ على الحالات خلال فترة العلاج (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١: ١٤٩ - ١٥٠) .

وينصح ريملاندي Rimland, 1995 باستخدام كبسول Dimethyl-glycine المعروف باسم DMG لتوفير احتياجات طفل التوحد من العناصر الغذائية الأساسية من معادن وفيتامينات و خلاصة بعض الأعشاب الخالية من المواد الكيميائية (عثمان فراج، ٢٠٠٢: ٨٥ - ٨٦)

وتشير نتائج دراسة جونج، س، ولى، ي، و Lee, S. & Jung, 2000 إلى تأثير قصير المدى ومتوسط المدى لاستخدام DMG فى تحسين بعض أعراض التوحد مثل: التملل، البلادة، السلوك النمطى، النشاط الزائد، والنطق غير الملائم .

(٣) العلاج السلوكى :

يذكر محمود حمودة (١٩٩٨) أن العلاج السلوكى يعد من أفضل العلاجات النفسية التى ظهرت فاعليتها فى علاج وتعديل سلوكيات الأطفال المصابين بالتوحد. ويوضع الطفل التوحدى وفقاً لهذا النوع من العلاج فى فصل منظم للتدريب على السلوكيات المقبولة، ورعاية الذات، واكتساب اللغة. كما يلزم تدريب الوالدين على مساعدة الطفل على اكتساب مفاهيم لغوية، وتنمية السلوكيات المقبولة فى المنزل (فى : رشاد موسى، ٢٠٠٢: ٤١٠).

ويعتمد العلاج السلوكى على طرائق تعديل السلوك Behavior modification سواء تم ذلك فى البيت بواسطة الوالدين أو فى فصول دراسية خاصة وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة السلوك الجيد والمطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كلياً من أجل السيطرة على السلوك الفوضوى للطفل. كما تشمل هذه الطريقة إعداد نظام ثابت لمكافأة السلوك يهدف إلى تكوين وحدات استجابية صغيرة متتالية ومتابعة تدريجياً عن طريق معززات قوية (رمضان القذافى، ١٩٨٨: ١٦٥ - ١٦٦).

كما يعتمد العلاج السلوكى على فنية إدارة السلوك وذلك للتخلص من السلوكيات غير المقبولة، والتقليل من السلوكيات النمطية، وكذلك استخدام التشريط الإجرائى الذى يفيد فى علاج الأطفال المصابين بالتوحد. ويعد الثواب والعقاب مبدأ رئيسى فى هذه الفنية بهدف تطوير وتعزيز السلوك الإيجابى، وتقليل أو استبعاد السلوك السلبى. وقد تبين نجاح العلاج السلوكى مع الأطفال المصابين بالتوحد فى تشجيع اكتساب المهارات الاجتماعية، ومهارات التواصل، ورعاية الذات، والمهارات المعرفية (رشاد موسى، ٢٠٠٢: ٤١٠ - ٤١١).

وتتميز البرامج الإنمائية التي تقوم على طرائق تعديل السلوك وإدارته بأنها غير قاصرة من حيث الإعداد لها والتدريب عليها وتطبيقها على المهنيين فقط، وإنما يمكن تدريب الوالدين والمدرسين والأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم على استخدام هذا الأسلوب بشرط أن يكون الهدف واضحاً، وهو إعادة مثل هؤلاء الأطفال إلى البيئة الاجتماعية بعد تدريبهم على أساليب السلوك الاجتماعي والانفعالي بشكل خاص.

وقد تناولت دراسات عربية وأجنبية عديدة فعالية العلاج السلوكي في التعامل مع أطفال التوحد، ويذكر المؤلف من هذه الدراسات وعلى سبيل المثال ما يلي:

- دراسة عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٥): العلاج السلوكي للأطفال التوحديين .

هدفت الدراسة إلى استخدام نماذج العلاج السلوكي في تعليم وتدريب وتصحيح إدراكات بعض الأطفال التوحديين .

وقد اختيرت عينة الدراسة من العيادة الخارجية لمركز الأطفال المعاقين التابع لجامعة الأزهر .

وقد تألفت عينة الدراسة من خمسة أطفال توحديين تم تشخيصهم استناداً إلى المحكات التشخيصية المسجلة بالدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المراجع للأمراض العقلية DSMIII-R .

وقد استغرق تطبيق برنامج العلاج السلوكي خمسة أشهر لتصحيح الإدراكات لهؤلاء الأطفال طبقاً لخطوات محددة، وقد كانت هذه الخطوات الملزمة على النحو التالي:

١- التقاء العين بالعين .

٢- وضع كرات صغيرة في زجاجة .

٣- تصحيح استعمال الضمائر بتدريب الطفل على أن يستخدم الضمير أنا حينما يتحدث عن نفسه واستخدام الضمير أنت عندما يتحدث إلى المعالج .

٤- تفريغ العلب مما بها من أشياء أمامه وتسميتها، مثال: ما هذا؟ إنه كتاب .

٥- إرباك بإرباك distraction by distraction .. حيث يقوم الطفل بتفريغ أشياء عديدة من العلب أمامه دون أن يلمس أى منهما .

٦- أن يقوم بوصل نقطتين معاً .

٧- أن يقوم بوصل نقاط ليرسم علامة X أو Δ.... إلخ .

٨- توصيل النقاط لكتابة الأعداد .

٩- التلوين باستخدام ستة ألوان هي: الأبيض - الأحمر - الأزرق - الأخضر - الأصفر - الأسود .

١٠- أن يسمى أجزاء من جسم الإنسان .

١١- أن يسمى الملابس التي يرتديها .

١٢- أن يكون الجمل التي يصف بها ما يرتديه من ملابس .

١٣- أن يصف ما يقوم به من أعمال :

التحدث : ماذا تفعل؟ إننى أتحدث .

الكتابة: ماذا تفعل؟ إننى أكتب إلخ .

١٤- أن يعدد الأشياء التي يميل إليها .

١٥- أن يعدد أشياء من وحي خياله .

- ١٦- أن يسمى الحيوانات ويتعرف عليها .
- ١٧- أن يسمى أفراد عائلته ويتعرف عليهم من خلال الصور.
- ١٨- أن يصف الأحداث من خلال الصور ، مثال: هذا الولد يجرى... إلخ.
- ١٩- يستخدم الصيغ المكانية: أمام ، بجوار ... إلخ .
- ٢٠- كتابة الأرقام .
- ٢١- أن يحصى عدداً من الحبات الصغيرة .
- ٢٢- أن يكون الجمل من ٢ إلى ٣ كلمات .

وقد أسفرت النتائج النهائية للدراسة عن نجاح تام بالنسبة لأربعة أطفال ولكن ليس بنفس المستوى وقد تم قبولهم في المدارس العادية، أما الطفل الخامس فلم يحقق النجاح. وكانت المشكلة الرئيسية بالنسبة للطفل الخامس هي أن والديه أرادا له أن يتخلص من اعتماده على المعالج ولكنهم لما يقدموا مساعدة أو جهد للطفل (Khalil, O., 1995) .

- وقد قام عادل محمد (عادل محمد ، ٢٠٠٢: ١٦٥: ٣١٦) بدراسات برامجية ثلاث بهدف زيادة بعض جوانب النمو لدى الأطفال التوحديين مستخدماً فعاليات العلاج السلوكي كأساس لبرامجه .

* الدراسة الأولى: فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين .

هدفت الدراسة لاستخدام العلاج السلوكي في تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين مما يؤدي إلى زيادة نضجهم الاجتماعي من خلال تعديل بعض سلوكياتهم مما يساعدهم على الانخراط مع أفراد المجتمع ويسهل تعاملهم مع الوالدين .

وقد استخدم الباحث فنيات الشرح والإيضاح، وتقديم المعلومات من خلال الصور الفوتوغرافية إلى جانب تقديمها لفظياً، والنمذجة من جانب الباحث (أى مشاهدة الباحث وهو يؤدي الفعل كنموذج ثم محاكاته)، والتعزيز اللفظى أو المادى، ولعب الأدوار من جانب الأطفال.

وتألفت العينة من ٢٠ طفلاً من الأطفال التوحديين الذين تم اختيارهم من بين الأطفال المعاقين عقلياً الملحقين بمدرسة التربية الفكرية بالزقازيق تراوحت أعمارهم ما بين ٦ - ١٥ سنة.

وقد أسفرت النتائج النهائية للدراسة عن أن البرنامج المستخدم قد ساهم إلى حد كبير فى تنمية مهارات التواصل لدى أطفال المجموعة التجريبية .

* الدراسة الثانية: فعالية برنامج تدريبي سلوكى للأنشطة الجماعية المتنوعة فى خفض السلوك العدوانى للأطفال التوحديين .

هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية البرنامج المستخدم فى خفض السلوك العدوانى لأطفال المجموعة التجريبية من التوحديين مما يسهل عليهم عملية انخراطهم فى المجتمع ومن ثم تعديل السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً التى يأتى بها هؤلاء الأطفال .

وتكونت عينة الدراسة من عشرة أطفال توحديين من مدرسة التربية الفكرية بمدينة ميت غمر - محافظة الدقهلية تراوحت أعمارهم ما بين ٧ - ١٣ سنة. وقد استخدم الباحث نفس الفنيات السلوكية التى استخدمها فى دراسته الأولى مضافاً إليها فنية الاقتصاد الرمزي وبموجبها يعطى الطفل نجمة كلما أدى العمل المطلوب منه بطريقة صحيحة، ويستطيع استبدال تلك النجوم فى

نهاية الأسبوع بقطع من الحلوى، وفي الوقت ذاته يخصم منه نجوم أعطيت له إذا ما أخطأ في الأداء .

وأسفرت النتائج النهائية للدراسة عن فعالية البرنامج المستخدم مع المجموعة التجريبية في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين .

* الدراسة الثالثة: فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية على مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين .

هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية البرنامج المستخدم في تكوين التفاعلات الاجتماعية لدى عينة الأطفال التوحديين أفراد المجموعة التجريبية واستخدام تلك التفاعلات مع أقرانهم مما يسهل من عملية انخراطهم في المجتمع . وقد استخدم الباحث نفس الفنيات السلوكية السابق استخدامها في دراستيه الأولى والثانية إلى جانب استخدام فنيتي التكرار والتدعيم .

وتألفت عينة الدراسة من عشرة أطفال توحديين من مدرسة التربية الفكرية بمدينة ميت غمر تتراوح أعمارهم بين ٨ - ١٢ سنة .

وقد أسفرت النتائج النهائية للدراسة عن زيادة مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى أطفال توحدهم المجموعة التجريبية .

- الاتجاهات الحديثة في علاج الطفل التوحدي:

* مقدمة:

من خلال المسح العريض للمؤلف لهذا الزخم الكبير من العلاجات الحديثة، والتدخلات التعليمية، والبرامج التدريبية يمكن أن يصيغ كل هذا الزخم في ثلاث اتجاهات رئيسية هي:

أولاً: العلاج السلوكى الحديث (تحليل السلوك التطبيقي)

وهو بتعبير أندرو بوندى، bondy. A, 1999 وجه جديد لعلاج قديم، يقوم على تحليل السلوك العياني للطفل التوحدي ثم القيام بإجراء عملي لتعديل هذا السلوك في اتجاه زيادة النمو أو كف معوقات النمو .

ثانياً: برامج التدخل العلاجي والتأهيلي

وتشمل البرامج العلاجية التعليمية المدرسية والمنزلية بقصد التعامل مع حالات التوحد فردياً وجماعياً من أجل تعليم الطفل وإعداده لمهنة مناسبة لقدراته ورعايته ذاتياً ومساندة أسرته وإشراكها في علاج الطفل .

ثالثاً: العلاجات الحديثة

والتي تقوم أساساً على ممارسة الطفل لبعض الأنشطة المميزة مثل اللعب والرسم والموسيقى ... إلخ، بهدف زيادة جوانب النمو المتضررة بسبب الإصابة بالتوحد .

ولا يعنى تحديد هذه الاتجاهات الثلاثة أنه قد تم حصر كافة الاتجاهات الحديثة من قبل المؤلف، فمثلا العلاج الطبى الدوائى يذخر الآن بكم هائل من البحوث الطبية التى تحاول أن تصل إلى عقار شاف للتوحد غير أنها لم تصل بعد لمثل هذا العقار. كما لا يعنى تحديد هذه الاتجاهات أن كل اتجاه قائم بذاته ومستقل عن الاتجاهين الآخرين، بل إن السمة الغالبة هى الامتزاج بين الاتجاهات الثلاثة فى واقع الممارسة العملية .

ويعرض المؤلف لهذه الاتجاهات الثلاثة الحديثة فى علاج الطفل التوحدي على النحو التالى :

أولاً: العلاج السلوكي الحديث (تحليل السلوك التطبيقي):

منذ ما يقرب من ثلاثين عاماً مضت ظهرت دراسات عديدة قامت على توظيف المفاهيم والمبادئ والفنيات السلوكية بطريقة عملية لعلاج الأطفال التوحديين وتعرف هذه الطريقة الآن باسم تحليل السلوك التطبيقي (Applied Behavior Analysis (ABA).

ويذكر «شوين، Schoen, A., 2003 أن هناك تأكيداً متزايداً بنجاح هذه الطريقة في التعامل مع الأطفال التوحديين، وأنها المعالجة الأكثر فعالية في تعديل سلوكيات هؤلاء الأطفال، ويمكن البرهنة على ذلك من خلال التجربة .

ويتصف هذا الأسلوب العلاجي (ABA) بتسجيل دقيق للدافع والاستجابات المرتبطة بسلوك ما ثم عمل تغذية راجعة مباشرة، وجدول مكثف للتعزيز، وتجميع البيانات، ثم إجراء محاولات منظمة لبناء السلوك المرغوب وصولاً إلى صيغة عالية البناء التنظيمي تتلاءم مع الاحتياجات الفردية للأطفال التوحديين .

ويعرض المؤلف وعلى سبيل المثال، لاثنتين من الدراسات الحديثة من أجل توضيح هذا الأسلوب العلاجي (ABA) وذلك على النحو التالي:

– الدراسة الأولى هي للباحثة «ساندرا هاريس»، Harris, L. S., 2002 بعنوان: تحليل السلوك التطبيقي: استخدامه في علاج التوحد والاضطرابات المرتبطة به لدى الأطفال الصغار .

وتذكر الباحثة أن فنيات تحليل السلوك التطبيقي تستخدم بفعالية في تعديل التطور النمائي عند بعض الأطفال الصغار الذين يعانون من التوحد. كما أن العلاج المبكر والمكثف القائم على هذه الفنيات يجعل

عدد كبير من هؤلاء الأطفال قادرين على دخول المسار التعليمي والوصول إلى مستوى طبيعي للوظائف العقلية. وقد طبق هذا العلاج في المنزل والمركز التخصصي والمدرسة.

وتسعى الباحثة إلى بيان أهمية تحليل السلوك التطبيقي في تعليم الأطفال التوحديين وتعرض الابتكارات الحديثة لهذا النوع من العلاج، ففي الدراسات الأكثر حداثة تم استخدام طرق تدريبية للأطفال التوحديين تقوم على تطبيق فنيات تحليل السلوك التطبيقي، ومن أكثر هذه الطرق فعالية طريقة التعليم القائم على محاولات مستقلة Discrete Trial Instruction (DTI) والتي تشمل بدورها: التعليم الأساسي الذي يهدف إلى تحقيق المتطلبات الأساسية، واستخدام بيئة ثرية تشتمل على العديد من الأنشطة التي تجذب انتباه الطفل، والتركيز على تدريب الطفل لزيادة مهاراته في سلوك معين. وكلها أساليب صالحة لتدخلات علاجية تعليمية جيدة.

وتستعرض الباحثة من المنظور التاريخي تطور الطرق التعليمية القائمة على تحليل السلوك التطبيقي المستخدمة مع الأطفال التوحديين. ففي الفترة من الستينيات إلى الثمانينيات من القرن العشرين ظهرت عدة أبحاث في هذا المجال وتوصلت إلى أهمية إشراك الآباء في العملية التعليمية، والحاجة إلى خطة لتعميم الاستجابات، واختبار كفاءة هذه الأساليب في تعليم النطق واللغة، واكتساب مهارات الاعتماد على النفس والمهارات المهنية وبعض المهارات الاجتماعية.

وفي سنة ١٩٨٧ نشر لوفاس، Iovaas بحث أدى إلى تقدم ملحوظ في تعليم الأطفال التوحديين الصغار ممن هم دون سن دخول المدرسة، وقد اشتمل البحث على تطبيق العلاج السلوكي على عينة من (٣٨) طفل توحدي. وتم تقسيم هذه العينة إلى مجموعتين، المجموعة

الأولى (١٩) طفل خضعت لعلاج فردي مكثف بمعدل ٤٠ ساعة أسبوعياً لمدة تزيد على سنتين، والمجموعة الثانية (١٩) طفل تمثل مجموعة مقارنة خضعت لعلاج فردي مخفف بمعدل ١٠ ساعات أسبوعياً لمدة تزيد على سنتين. وقورنت هاتين المجموعتين بمجموعة ضابطة (٢١) طفل لم تتلقى أى معالجة سلوكية.

وكانت نتائج بحث لوفاس هي أن نسبة من أطفال المجموعة الأولى للعلاج الفردي المكثف تبلغ ٤٧٪ قد أظهروا أداءً طبيعياً من ناحية الوظائف العقلية وتمكنوا من دخول الفصول الدراسية العادية في سن ٦ إلى ٧ سنين، بينما تمكن طفل واحد في مجموعة العلاج الفردي المخفف من تحقيق نفس المستوى من الأداء الطبيعي للوظائف العقلية والتطور الدراسي. ولم يتمكن أى طفل من تحقيق ذلك في المجموعة الضابطة التي لم تخضع لأى برنامج علاجي .

وبعد دراسة لوفاس، فإن عدد من الباحثين قاموا بدراسات لاختبار كفاءة تحليل السلوك التطبيقي في تعديل المسار النمائي للأطفال التوحديين الصغار (مرحلة ما قبل الدراسة). وبالرغم من تفاوت دقة هذه الدراسات إلا أنها توصلت إلى نتائج مشابهة لنتائج دراسة لوفاس.

ومن هؤلاء الباحثين «بارنبرور» و«ليش» Birnbraur & Leach، 1993، و«أندرسون» Anderson، 1994 و«سميس» Smith، 2001 التي كانت نتائج دراسته الأقرب لنتائج دراسة لوفاس .

ومجمل القول أن هذه الدراسات توضح أن العلاج السلوكي المبكر والمكثف لبعض الأطفال التوحديين يمكن أن يعدل مسار التطور النمائي. وتشير أفضل نتائج الدراسات في هذا المجال إلى أن نصف عدد الأطفال التوحديين تقريباً ممن خضعوا للعلاج الفردي المكثف القائم على تحليل السلوك التطبيقي قد تمكنوا من دخول فصول الدراسة

العادية، حتى وإن احتاج بعضهم إلى بعض المساعدات الإضافية وخاصة الاجتماعية والعاطفية منها. ومع كل هذا النجاح تبقى عدة تساؤلات محيرة تتعلق بدرجات متفاوتة للاستفادة من التدخلات العلاجية والتعليمية السلوكية، طبقاً للتفاوت بين هذه التدخلات من حيث معدل الفترة الزمنية الأسبوعية، والاختلاف في شخصيات الأطفال، وعوامل هامة أخرى. ومن المفارقات أن العلاج المكثف (٤٠ ساعة أسبوعياً) يؤدي إلى أفضل النتائج إلا أنه هو الأكثر تكلفة مما يرهق أسرة الطفل اقتصادياً .

وهناك نموذجان أساسيان لاستخدام العلاج القائم على تحليل السلوك التطبيقي مع الأطفال التوحديين وأسرهما وهما :

١- النموذج المنزلي: وهو النموذج الذي استخدمه «لوفاس» في دراسته، وفي هذا النموذج يقوم المعالج بزيارة منزل الطفل، حيث يقوم بالجلوس مع الطفل للعلاج ثم يقوم بتعليم أعضاء الأسرة مهارات تحليل السلوك التطبيقي التي يحتاجونها لكي يقوموا بدورهم في البرنامج التعليمي. وهذا النموذج شاع استخدامه لتعليم الأطفال التوحديين الصغار دون سن دخول المدارس .

٢- نموذج المركز التخصصي أو المدرسة: حيث يشارك طفل أو أكثر في برنامج خاص للتعامل مع الأطفال التوحديين، أو يشملهم فصل دراسي واحد. وقد استخدم هذا النموذج في كل من دراسات اندرسون Anderson, 1999 ودراسة «هاريس»، و«هاندليمان»، hares, S. L, & Handleman, J. S., 2001 وكل من النموذجين السابقين له مزاياه وعيوبه .

ثم تعرض الباحثة لطرق استخدام تحليل السلوك التطبيقي على النحو التالي:

١ - طريقة التعليم القائم على محاولات مستقلة: DTI

وهي طريقة شائعة الاستخدام في علاج الأطفال التوحديين في كافة المراحل العمرية، إلا أنها أكثر فعالية واستخداماً في علاج الأطفال التوحديين الصغار الذين يتلقوا علاج مكثف .

وهذه الطريقة قامت على افتراض مؤداه أن السلوك (التصرف) يمكن تعليمه (والتدريب عليه)، وأن قوانين نظرية التعلم من الممكن تطبيقها على الأطفال التوحديين الصغار. حيث أن هدف طريقة التعليم DTI هو توصيل المعلومات للطفل في صورة واضحة ومختصرة وبصفة مستمرة. وقد أفادت نتائج الدراسات أن الأطفال التوحديين يتقبلون المعلومات بصورة أحسن إذا قدمت لهم في صورة بنائية. وهذه الصيغة البنائية المتضمنة في طريقة التعليم DTI تساعد الطفل على تحديد العناصر الأساسية في كل موقف تعليمي، وهي كذلك تشمل تنظيم دقيق ومدرّس لتقديم المثير قبل وبعد السلوك المطلوب تعلمه، وتحديد المثير السابق للسلوك والمثير اللاحق للسلوك .

أما المثير الأول فيعرف بأنه المثير الموجه أو إشارة البدء للطفل، فعلى سبيل المثال: إذا طلب المدرس من الطفل شيئاً فقال: «اللق إلى الكرة». فإن هذا الطلب هو مثير موجه للطفل. بعد هذا يجيء تصرف الطفل وهو ما يفعله الطفل استجابة للطلب، بأن «يلقى الكرة في اتجاه المدرس». وبعد هذا يجيء رد فعل المدرس، بأن يقول «تصرف حسن أو جيد». وهذا التسلسل من مثير موجه، واستجابة الطفل، ورد فعل المدرس يشكل طريقة (DTI).

وما يتبع سلوك الطفل من مثيرات (رد فعل المدرس) يمكن تصنيفها إلى إما تدعيم أو معاقبة. ويؤدي التدعيم إلى زيادة احتمال تكرار السلوك، وفي المثال السابق إذا امتدح المدرس الطفل (فإن ذلك

يعتبر تدعيم) وسيجعل ذلك الطفل يميل إلى تكرار الفعل (إلقاء الكرة مرة أخرى نحو المدرس). ويكون رد فعل المدرس معاقبة إذا أدى إلى نقص احتمال تكرار السلوك .

وفي هذه الطريقة فإن ردود الفعل على استجابة صحيحة من الطفل تشمل : المدح - الابتسام - الإطراء - الترييت - إعطاء الطفل بعض الدمى المفضلة لديه .

بينما يجب معالجة الاستجابات غير الصحيحة من الطفل بتصحيحها، مع إظهار التصرف اللائق. ويجب ألا يشمل رد الفعل على التصرفات غير الصحيحة من الطفل أى معاملة عنيفة أو مؤلمة للطفل، فعلامة الرفض ،لا، أو التجاهل الوقتى تكفى كنموذج للمعاقبة. وفي هذه الطريقة (DTI) يمكن استخدام بعض المساعدات وهى مثيرات أخرى تعرض للطفل مع المثير الموجه، والغرض منها مساعدة الطفل على التصرف السليم. وعند تعليم مهارات جديدة يمكن استخدام بعض المساعدات التى تسحب تدريجياً عندما يبدأ الطفل فى الاستجابة الصحيحة بدون مساعدة. كذلك يمكن استخدام المساعدات فى حالة الاستجابة غير الصحيحة من الطفل لمساعدته على الاستجابة الصحيحة فى المرة التالية .

وتشمل المساعدات : المساعدة اليدوية - الإرشاد - التواجد مع الطفل - العلامات المكتوبة أو المصورة - الإرشادات اللفظية - الإيماءات - ترتيب الأشياء .

وتتميز طريقة (DTI) بجمع المعلومات وتسجيلها . حيث يتم تسجيل استجابات الطفل فى كل محاولة وتلخيصها وإدخالها فى مسار شاشة العرض monitor حيث تتخذالقرارات البرمجية بناء على هذه المعلومات المدونة . وفى بداية تعليم الطفل تحدد السلوكيات المرغوبة

ويُقاس تقدم الطفل بأدائه لهذه السلوكيات، وبالمثل يتم تحديد المثيرات والاستجابات العارضة لضمان صحة الإجراءات وتجميع المعلومات .

٢ - طريقة التدريب على الطلب: Mand Training

قامت بعض الدراسات باستخدام مبادئ «سكنر» Skinner التي ضمنها كتابة السلوك اللفظي Verbal Behaviour والتي تتعلق بمفاهيم الطلب والمهارة. والطلب هو السلوك الذي يتحدد من خلال التعزيزات التالية التي تؤدي إلى الحصول عليه، أما المهارة فهي العمل الذي يؤديه الفرد ليقيم اتصالاً مع جانب من جوانب البيئة وهو لا يتطلب الحصول على شيء ولكنه يهدف إلى الإشارة أو التعريف بشيء معين.

وقد استعمل كل من «صاند برج، م. ل.»، و«بارتنجتون، ج. و.». Sundberg, ML. & partington, JW., 1998 مبادئ سكنر المتعلقة بتعليم السلوك اللفظي في تطوير طريقتهم في تدريس اللغة للأطفال التوحديين. وفي هذا النموذج فإن تعليم اللغة يستند إلى استخدام مفاهيم السلوك اللفظي، حيث يتعلم الأطفال السلوك المرغوب بطريقة نظامية. ففي الخطوة الأولى من هذه الطريقة يتم تدريب الطفل على الطلب لكي يزداد الطلب ومداه، وهذه نقطة حرجية في التعليم المبكر للأطفال التوحديين صغار السن بسبب تركيز الاهتمام على زيادة التواصل بشقية التلقائي والوظيفي. ويشمل التدريب على الطلب تعريض الطفل لبيئة ثرية بالمثيرات المفضلة لديه والتي تمده كذلك بتعزيزات متتابعة لسلوكه التواصلية. عندئذ يحدث تشكيل لطلباته (أسئلة عن أشياء معينة). بدءاً بالسلوكيات المعتادة للطفل، ثم بعد ذلك الحفز والنمذجة من جانب المعالج لزيادة عدد الطلبات وتنوعها. وبحسب التقدم الذي يحرزه الطفل بتسجيل معدل تكرار الطلبات وتلقائيتها في فترات زمنية معينة. وعندما يتم بناء مدى قوى من الطلبات التي تستخدم بانتظام،

يمكن أن يتجه التعليم بعد ذلك إلى التركيز على وظائف أخرى للغة مثل اكتساب المهارات اللغوية .

٣- طريقة التدريب في بيئة طبيعية - Natural Environmental Training (NET)

التدريب في بيئة طبيعية يشمل المكونات والظروف المحيطة في بيئة معينة والتي من خلالها يتم اكتساب السلوك المهاري واللغوي المطلوب .

وبدلاً من مفاهيم البيئة الطبيعية يركز كل من «صاند برج» و«بارتينجتون» Sundberg & Partington 1998 على مفهوم المحيط الطبيعي للغة (Natural Language Paradigm (NLP ، وكل منهما يركز على الظروف المحيطة التي يتم من خلالها التدريب. وفي هذه التدخلات، فإن المثيرات يتم اختيارها مبدئياً بواسطة الطفل بحيث تكون متنوعة ومرتبطة بتفاعلات البرنامج. وفي هذه الطريقة فإن البدائل التعليمية تتم من خلال تفاعلات طبيعية للطفل وتستغل اهتمام الطفل ودوافعه اللحظية .

وقد برهنت بعض الأبحاث على أن الأطفال التوحيديين يمكن أن يكتسبوا مهارات لغوية وتواصلية باستخدام هذا النموذج، كما أن استخدام بيئة الطفل الطبيعية تقلل من تشتته .

٤- الطلاقة: Fluency

طلاقة التصرف هو مفهوم مشتق من مبادئ التعلم والتشريط. وقد عرف «بندر» Binder الطلاقة بأنها مزيج من الدقة والسرعة التي تعين الأفراد الأكفاء على العمل بفعالية واقتدار في بيئاتهم الطبيعية. وكمقدمة منطقية للتعلم القائم على الطلاقة هو أن المهارة التي تصل إلى

حد الاحتراف عندما يتم تعلمها بدقة وتلقائية، فإنه يمكن أدائها في ظروف مختلفة ومواقف عديدة، وحتى في وجود عوامل تشتيت وبعد فترات طويلة من الزمن. بمعنى أن المهارة التي توصف بالطلاقة أو أنها مهارة طليقة هي التي تبقى لمدة طويلة صالحة للتطبيق. ويعتبر تكرار سلوك معين في وقت معين هو الأساس في تعليم الطلاقة، فإذا قام تلميذ ما بوصف (١٠) صور وصفاً صحيحاً في (٢٠) ثانية، وقام زميل له بنفس الوصف في خلال (٦٠) ثانية، فإن التلميذ الأول يعبر عن نموذج واضح للتصرف بطلاقة.

وتأخذ برامج الطلاقة في الاعتبار تسجيل المعلومات الخاصة بالدقة والسرعة، وتمثل هذه المعلومات بيانياً في تسارع قياسى يمثله رسم بيانى للعلاقة بين معدل تكرار السلوك ونسبة الدقة.

ويتجمع المعلومات عن فئة عمرية معينة من الأطفال يمكن تحديد معدلات سلوك معين يتسم بطلاقة في التصرف، ومن ثم يمكن إعداد برنامج تدريس يوائم طالب ما ليساعده على بلوغ هدف محدد. وعندما يتم تسجيل المعدلات التي بدأ بها الطالب والمعدل المرجو بلوغه، وتوصيل هذه المعدلات على بيان التسارع يمكن تحديد مسار تطور الطالب. ويمكن بعد ذلك تعديل برامج التدريب إذا لم يكن معدل تطور الطالب متوافق مع مسار التطور المطلوب.

- أما الدراسة الثانية هي للباحثة شريمان Schreibman, L. (2001) بعنوان: التركيز على التكامل: مستقبل المعالجة السلوكية للأوتيزم.

وكان السؤال الذى طرحته الباحثة: ما هو مستقبل المعالجة السلوكية للتوحد؟ وتجيب الباحثة على سؤالها بافتراض مؤداه أن التكامل أمر حيوى لمعالجة ناجحة للتوحد فى المستقبل وقد اقترحت الباحثة

خمسة مستويات أساسية لهذا التكامل وهي :

أولاً: التكامل بين فروع المعرفة المختلفة (ويعنى مزج تحليل السلوك التطبيقي ABA مع التعليم، وعلم نفس النمو، وعلم الأعصاب) :
لقد تدعمت المعالجة السلوكية لاضطراب التوحد بالمعرفة المتنامية والقيمة عن الخصائص المميزة للاضطراب ، فعلى سبيل المثال:

توصلت البحوث الحديثة في علم الأعصاب خلال العشر سنوات الأخيرة إلى حقيقة هامة فيما يتعلق بمعالجة التوحد، وهي ضرورة التدخل العلاجي المبكر قبل بلوغ الطفل المصاب الرابعة من عمره حيث يتميز الطفل الصغير بمرونة المخ وبالتالي إمكانية التأثير على مناطق معينة في المخ لزيادة نموها من جديد (Chugani, ph. & Mazziotta, 1993)*

وفي مجال علم نفس النمو، فقد توصل الباحثون إلى أن الانتباه المتواصل Joint Attention متضمن في نمو اللغة التعبيرية والاستقبالية. (Harris; Kasari & sigman, 1996) ، والسلوك الاجتماعي (Bates, 1979) ، ويؤكد هؤلاء الباحثون من خلال دراساتهم على أن الانتباه المتواصل يلعب دوراً حاسماً في النمو اللغوي والاجتماعي ولما كان الأطفال التوحديين يعانون من عدم قدرتهم على وصل الانتباه (Sigman & Kasari, 1990) ، وأن هذه المعاناة قد ثبتت أن لها علاقة بالقصور في النمو اللغوي لدى هؤلاء الأطفال (Sigman & Kasari, 1994) . فإن هذه المعلومات قد أفادت الباحثين في

* راجع التدخل العلاجي المبكر : ص ص ٦٤ - ٦٦ .

دراسة كيفية التدريب على الانتباه المتواصل كواحد من الخطط العلاجية
(Whalen, 2001).

ثانياً: تكامل المعالجات المختلفة للتوحد (ويعنى العلاج السلوكي المنظم والطبيعي، وعلاج النطق، والعلاج الطبي): إن عملية التقييم المستمرة لهذه المعالجات تصل بنا إلى التأكيد على أنه طالما كانت حاجات الطفل متغيرة، والعوامل الأسرية هي أيضاً متغيرة... إلخ، فإن المعالجة يمكن أن تتغير من طفل إلى آخر. إذن المسألة ليست: ما هي أفضل صيغة للعلاج السلوكي؟ ولكن بالأحرى، ما هي الصيغة الأفضل للعلاج بالنسبة لطفل ما في موقف ما؟ نحن نتبأ بأن المعالجة السلوكية سوف تتكامل مع أنواع أخرى من المعالجات لتجيب على ما هو منتظر من متغيرات مختلفة. وكمثال لهذا التكامل فإن العلاج السلوكي التقليدي يستند إلى برامج علاج النطق التي تمده بالمعلومات المنهجية الهادفة.

ثالثاً: التكامل لجوانب السلوك (ويعنى اللغة، واللعب، والانتباه).

إن التدريب السلوكي المتكامل يعد ضرورياً في التعامل مع أطفال التوحد بسبب ما تتسم به جوانب السلوك من علاقات ذات تأثيرات متبادلة (Tomsasello & Farrar, 1986)، وهذا يعني أن كل جانب من جوانب السلوك يُسهل التقدم في الجوانب الأخرى. وعلى سبيل المثال، فإن القدرة على ممارسة الانتباه المتواصل (كما يحدث أثناء المشاهدة) شيء هام للعب الاجتماعي المبكر، كما أن ممارسة اللعب الاجتماعي يسهل نمو المستوى الأعلى من مهارة الانتباه المتواصل (مثل الانتباه المتواصل المنظم)، بالإضافة إلى ذلك فإن بعض المهارات على المتصل التسلسلي (continuum) للنمو تنمو قبل غيرها من المهارات على نفس المتصل ومن المحتمل أن تكون الأساس لمهارات ذات مستوى أعلى.

رابعاً: تكامل البرامج العلاجية (ويعنى العلاج السلوكى مع برنامج المدرسة، والعلاج المهني):

لقد تحقق على أرض الواقع تكاملاً بين بعض البرامج العلاجية، إلا أن هذا التكامل لا يزال يشوبه بعض النقص (Kohler, 1999). ولاعطاء دفعة لتطوير إجراءات المعالجة الفردية لأطفال التوحد، فإن خدمات التنسيق والتكامل بين البرامج العلاجية ستكون أساسية من أجل معالجة واعية وفعالة لهؤلاء الأطفال.

خامساً: التكامل بين القائمين على العلاج (المعالجون، المدرسون، والأخصائيين مع الوالدين، والأقرباء، والأقران):

تجاوز العلاج السلوكى المفهوم الأساسى للقائم بالعلاج ليشمل المدرس فى حجرة الدراسة، ومعالج النطق، والمعالج المهني، كذلك الوالدين والأقرباء، وباقى أعضاء الأسرة، وأقران الطفل. وتعتبر التكنولوجيا السلوكية نموذجية من أجل تدريب غير المتخصصين مثل أعضاء الأسرة والأقران ذلك أن مبادئ العلاج السلوكى منطقية ومن السهل تعلمها نسبياً. ويؤدى تكامل تدريب القائمين بالعلاج السلوكى فى الأسرة، والأقران والآخرين فى بيئة الطفل إلى تحسين التأثيرات العمومية للمعالجة السلوكية. ويشمل مفهوم التكامل لفريق القائمين بالعلاج الطفل نفسه، ذلك أن تكنولوجيا تصريف شئون الذات قد استخدمت بنجاح مع أطفال التوحد (Schreibman & Koegel, 1996).

إن بعض الأطفال يمكن أن يتعلموا أن يكونوا معالجين لأنفسهم ويطبقوا استراتيجيات تصريف شئون الذات، وبذلك تكون الأهداف السلوكية المنشودة مجرد تعبير عن هوية الذات فيقوم الأطفال بالتقييم الذاتى لسلوكهم، ويكونوا مرشدى أنفسهم، ومعزى أنفسهم واكتساب

الطفل لهذه المهارة يُمكنه من أن يطبق العلاج في كل البيئات التي يتواجد فيها، وأن يعمل على نحو من الاستقلالية.

وتنتهى الباحثة إلى أن التكامل على النحو الذى قدمته فى دراستها هو بمثابة معالجة متقدمة لاضطراب التوحد فى المستقبل.

تعقيب المؤلف:

من مجمل الآراء السابقة لكل من سشوين (٢٠٠٣) ، وساندرا هاريس (٢٠٠٢) ، وسشربيمان (٢٠٠١) ، وكذلك من المعلومات التى توافرت لدى المؤلف من خلال بحثه فى تشخيص وعلاج التوحد يتضح أن العلاج السلوكى الحديث قد أثبت جدواه فى الممارسة العلاجية للتوحد من خلال مجالين أساسين هما :

١- امتزاجه مع مفاهيم ومبادئ علم النفس التعليمى والمعرفة الحديثة للعلوم الأخرى، وتوظيف كل ذلك من أجل تعديل مسار نمو الأطفال التوحديين من خلال برامج التدخل العلاجى والتأهيلى، ولعل أكثر هذه البرامج انتشاراً وشهرة برنامج لوفاس السابق الإشارة إليه.

٢- استخدامه فى كثير من العلاجات الحديثة كأسلوب منهجى يقوم على توظيف نشاط مميز يمارسه الطفل التوحدى كاللعب أو الرسم أو الموسيقى بقصد تنمية بعض جوانب النمو لدى الطفل أو اكتسابه لمهارات معينة أو خفض سلوكياته غير الملائمة.

وقد أقر كثير من الباحثين بنجاح العلاج السلوكى الحديث فى المجالين، وذلك بسبب قيامه على أسس منطقية مقبولة وما أحرزه من نتائج عملية وتطبيقية أفادت فى تحسين مسار النمو لدى الكثير من الأطفال التوحديين وخاصة صغار السن أو على الأقل اكتسابهم لبعض

المهارات السلوكية وخفض بعض السلوكيات غير الملائمة .

- ثانياً: برامج التدخل العلاجي والتأهيلي :

في العقود الثلاثة الأخيرة تعددت برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد، وكل منها يدعى أصحابه ومؤيديه ومحبيه أنه الأكثر أهمية . ومن أكثر هذه البرامج تداولاً وشهرة:

١ - برنامج «لوفاس» للطفل التوحدي الصغير*:

وهذا البرنامج من إعداد الخبير التربوي النفسي لوفاس, Lovaas, 1987 بجامعة لوس أنجلوس، وهو برنامج قائم على نظرية التحليل السلوكي والاستجابة الشرطية. وهو برنامج تعليمي لتعديل سلوكيات الطفل التوحدي في مرحلة ما قبل المدرسة، ويستهدف تنمية قدرات الطفل التوحدي وتعديل سلوكياته واكتسابه كافة المهارات الأخرى للمنهج الدراسي بما في ذلك مهارات اللعب، واكتساب الخبرات والمهارات المختلفة. بعد ذلك يمكن غرس مهارات أكثر تعقيداً مثل المطابقة مع نموذج معين Matching وتقليد نطق أو كتابة الكلمات والجمل والأرقام وهي مهارات بدورها أساسية لاكتساب واستخدام المهارات الاجتماعية والتواصل في المواقف الاجتماعية الطبيعية .

ويدعو «لوفاس» في منهجه التعليمي إلى أهمية التطبيق العلمي للأنشطة التعليمية في المواقف الطبيعية في المدرسة وفي مواقع الأحداث والأنشطة المدرسية خارج المنهج وفي المجتمع .

وقد حقق هذا البرنامج نجاحاً في تعديل سلوكيات أطفال التوحد وخاصة أطفال ما قبل المدرسة (تحت ٤ سنوات) من خلال برنامج فردي مكثف يستغرق (٤٠) ساعة أسبوعياً للطفل الواحد، ويركز على

* راجع تفاصيل أكثر عن أهمية هذا البرنامج في الصفحات السابقة ص ٨٥-٨٧.

معالجة نواحي القصور في نمو قدرات الطفل وبصفة خاصة تنمية القدرات اللغوية والاجتماعية .

ويستهدف البرنامج إكساب مئات المهارات اللازمة لتحقيق التكيف بين الطفل وبيئته، والذي يسوء بسبب إعاقة التوحد .

ولما كانت كل مهارة تتطلب اكتساب مهارات أخرى سابقة وتؤثر في اكتساب مهارات أخرى لاحقة ، فإن البرنامج يضع تسلسلاً خاصاً وترتيباً عملياً يسير على هداية المدرس في عمله مع الطفل بدءاً من العام الثاني أو على الأكثر الثالث من عمره حتى ينتقل إلى المدرسة الابتدائية وعلى أساس برنامج تعليمي فردي يتمشى ترتيب مهاراته مع مراحل النمو الطبيعي للطفل ومع التطبيق العملي لكل ما اكتسبه من مهارات .

ويتطلب البرنامج من المدرس أو الأب أو الأم الحسم المستمر في التعامل مع الطفل لكي ينفذ جميع التعليمات الموجهة له، ويصر المربي على تنفيذ ذلك طالما كان في إطار قدرة الطفل بدءاً من ضرورة الاستجابة لنداء اسمه ، تعالي هنا ، واجلس على الكرسي أمامي، وضع هذا المكعب في الصندوق ، وضع مكعبين أيضاً، وهكذا تتدرج التعليمات التي يجب أن ينفذها الطفل لينتقل من مجرد القيام بالمهارات الحركية إلى القيام بأنشطة اجتماعية بدءاً بتبادل النظر مع عين المدرس ثم نطق بعض الجمل البسيطة مثل ، صباح الخير ، كيف حالك؟ ، أنت مبسوط.. إلخ (عثمان فراج، ديسمبر - ٢٠٠٢ : ٢ - ٤) .

هذا وتقوم العديد من مراكز أطفال التوحد باتباع أجزاء من هذه الطريقة نظراً لارتفاع تكلفتها خاصة مع هذا العدد الكبير من الساعات (٤٠ ساعة أسبوعياً) المخصصة للعلاج. كما أن كثير من الأطفال الذين يؤديون بشكل جيد في العيادة قد لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية (محمود أبو العزائم، ٢٠٠٣) .

٢- برنامج معالجة وتعليم أطفال التوحد:

Treatment and Education of Autistic and related
Communication Handicapped Children (TEACCH)

وهو من إعداد إريك شوبلر، 1961 SCHOPLER, E., الأستاذ
بجامعة نورث كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية. ويعتمد البرنامج
في صياغة أهدافه ومحتواه على المبادئ التالية :

١- الغرض الأساسي من التدخل العلاجي هو تحقيق توافق الطفل عن
طريق تحسين مهاراته الشخصية ومعالجة نواحي القصور التي
تفرضها عليه إعاقة التوحد .

٢- إجراء عمليات التقييم الرسمي وغير الرسمي (الذي يتطلبه إعداد
برنامج تعليمي فردي) لقدرات ومهارات الطفل عن طريق
استخدام أداة قياس توحد الطفولة Child Autism Rating Scale
(CARS) والبروفيل النفسي المعدل Psycho Educational Pro-
file - Revised (PEP-R) .

٣- يعطى البرنامج للعلاج المعرفي والسلوكي أولوية كبيرة .

٤- يركز البرنامج على تقبل نواحي القصور والعمل على معالجتها عن
طريق تنمية المهارات الأساسية، ولا يتعامل البرنامج مع جانب
واحد كاللغة أو التواصل الاجتماعي ولكنه يقدم تأهيلاً متكاملاً
للطفل .

٥- استخدام الوسائل البصرية لدعم أنشطة التدريس لزيادة فاعليتها
ومعالجة القصور في إدراك وتفاعل طفل التوحد مع المثيرات
السمعية .

٦- الاستفادة القصوى من الاستشاريين من متعددي الخبرات والخلفيات
العلمية .

ويعطى البرنامج TEACCH اهتماماً كبيراً للبناء التنظيمي للعملية التعليمية والاجتماعية عن طريق استخدام أكثر فعالية للقدرات العالية للتعامل مع المثيرات البصرية التي يتميز بها الطفل التوحدي .

ويعتمد هذا البرنامج على التنظيم لبيئة الطفل سواء كان في المنزل أو المدرسة، ومن مزايا هذا البرنامج أنه ينظر إلى الأطفال التوحديين كل على انفراد ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية والعقلية والحركية واللغوية، وذلك باستعمال اختبارات موضوعية (عثمان فراج، ديسمبر ٢٠٠٢: ٤ - ٧) .

ويذكر ماوك Mauk, J., 1991 أن هذا البرنامج يؤكد على زيادة التواصل عن طريق التشكيل السلوكي للاستجابات الملائمة ثم تعميمها إلى المواقف الطبيعية (في: Kratochwill, T. R. et al., 1991) .

٣- برنامج استخدام الصور لتحقيق التواصل:

Picture Exchange communication system "Bondy, frost 1994" (PECS)

يقدم هذا البرنامج مساعدة للأطفال التوحديين تعينهم على التواصل على الرغم مما يعانونه من قصور وسائل التواصل اللفظي وغير اللفظي، وذلك باستخدام صور ورسومات ورموز لتنمية القدرة على التواصل . وقد نشأت فكرة البرنامج في مركز ديلاور Delaware للتوحد .

ويستخدم البرنامج (٦) عناصر تقدم خطوة خطوة للتدريب على التواصل لأطفال ما قبل المدرسة أو الأكبر سناً . ويقوم البرنامج على مبادئ المدرسة السلوكية مثل التشكيل Shaping والتعزيز Reinforce-ment والتلقين Prompting والتسلسل العكسي Backward chaining والانطفاء Fading .

وهو مناسب لطفل التوحد الذى يعانى من عجز لغوى حيث يسمح له ببدء التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه الطفل مع المدرس أو الأب الذى عليه أن يتجاوب مع الطفل ويساعده على تنفيذ رغباته .

مثال: إذا كان الطفل يريد أن يشرب فإنه يأخذ بطاقة مكتوب عليها «أنا أريد» ويثبتها على اللوحة الوبرية، ثم يأخذ صورة لطفل يشرب ويضعها بجوار «أنا أريد» على اللوحة الوبرية. ثم يساعده المدرس قبل أن يعطيه كوب الماء على أن ينطق الكلمات المكتوبة «أنا أريد أن أشرب» فإذا نطقها بعد عدة محاولات يعطيه كوب الماء .

ولا تقتصر فائدة البرنامج PECS على تسهيل وتدريب التواصل بل أنه يكون عنصراً من عناصر الأنشطة التعليمية فى الفصل الدراسى حيث يمكن استخدام هذه الصور أيضاً فى الفصل لدعم مفهوم الإدراك الحسى البصرى والسمعى، وتدعيم الوعى بعناصر البيئة والتفاعل بين الطفل وبينها (عثمان فراج، ديسمبر ٢٠٠٢: ٨ - ٩) .

ومن الجدير بالذكر أن هذا البرنامج يتفق إلى حد كبير مع جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وهى أحدث الاستراتيجيات المستخدمة فى تحقيق التواصل باستخدام الصور كما يرى عادل محمد (عادل محمد، ٢٠٠٢ (٢): ٥٨ - ٥٩) .

وكل جدول من جداول النشاط المصورة يأخذ شكل كتيب صغير يتضمن خمس أو ست صفحات تحتوى كلا منها على صورة تعكس نشاطاً معيناً يتم تدريب الطفل على أدائه. ويهدف استخدام هذه الجداول لتعليم الطفل السلوك الاستقلالى، وإتاحة مدى أوسع من الاختيار أمامه، وتدريبه على التفاعلات الاجتماعية، وتعليمه مهارات معينة تعد ضرورية للقيام بأنشطة محددة، وإكسابه بعض السلوكيات المرغوبة،

إلى جانب الحد من بعض السلوكيات غير المرغوبة اجتماعياً، وكل ذلك يساعد الطفل التوحدي على الاندماج مع الآخرين .

وإلى جانب البرامج الثلاثة سالفه الذكر يوجد برامج عديدة يكتفى المؤلف بالإشارة إلى أسماء بعضها منها على النحو التالي (*):

٤- برنامج لأطفال التوحد لمرحلة ما قبل المدرسة (LEAP) .

٥- برنامج دنيفر للعلوم الصحية (DHSCP) .

٦- برنامج الاستجابة المحورية (RR) .

٧- برنامج مدرسة هيجاشي (HSP) .

٨- برنامج عدن (EP) .

ويرى عثمان فراج، (عثمان فراج، ديسمبر ٢٠٠٢: ١٠ - ١١) أنه بغض النظر عن فعالية هذا البرنامج أو ذاك ، فإنها برامج معدة في مجتمعات غير مجتمعاتنا وثقافة غير ثقافتنا . ومن المهم الاستفادة من الخبرات الهائلة التي بنيت عليها مراحل إعداد تلك البرامج من أجل التخطيط لبرنامج عربي يستخدم كأساس لبرنامج تعليمي فردي لطفل التوحد لمرحلة ما قبل المدرسة حيث هي السن المناسبة لبدء برنامج تدخل علاجي لنواحي القصور أو التوقف في نمو المهارات الأساسية لطفل التوحد، يستمد منه المدرس أسس تخطيط نشاطه اليومي، كما يكون معيناً للآباء والأمهات للمشاركة في تعليم وعلاج طفلهم وزيادة نموه .

(* لمزيد من المعلومات عن هذه البرامج يمكن الرجوع إلي (عثمان فراج، ديسمبر ٢٠٠٢: ٢ - ١٣) .

- علاج التوحد في مصر والعالم العربي:

يرى المؤلف أن فئة الأطفال التوحيين لم تنل حظها من الاهتمام والرعاية في مصر والعالم العربي مقارنة بفئات الإعاقات الأخرى، ويرجع ذلك للأسباب الآتية:

١- بسبب صعوبة تشخيص حالات التوحد من جهة، ولمعاناة ٧٠٪ على الأقل من أطفال التوحد من تخلف عقلي كذلك. فإن كثيراً من أطفال التوحد يتم تشخيصهم من جانب الأطباء أو المختصين في مراكز الإعاقة الذهنية على أن هؤلاء الأطفال من المتخلفين عقلياً. وفي أحسن الأحوال يتم تأهيلهم في مدارس التربية الفكرية .

٢- يوجد في المنطقة العربية عموماً نقص شديد في الكوادر الطبية والتربوية والنفسية المؤهلة والمدربة للتعامل مع هذه الفئة من الأطفال .

٣- نقص الوعي العام بأعراض إعاقة التوحد، خاصة من جانب الأمهات والآباء والتفسير الخاطئ لهذه الأعراض، ويترتب على ذلك عدم اكتشاف اضطراب التوحد منذ البداية، وبالتالي عدم التدخل العلاجي والتأهيلي المبكر مما يعنى مزيد من تدهور النمو بسبب الآثار السلبية الناجمة عن تفاقم الإعاقة .

٤- لا يوجد حتى الآن مراكز متخصصة في استقبال حالات التوحد وتقديم الرعاية الشاملة لها من حيث التشخيص والتعليم والتدريب والتأهيل ، سواء في مصر والعالم العربي .

٥- توجد بعض مراكز الإعاقة التي تقدم عوناً لأطفال التوحد ولكن دون وجود برنامج تعليمي فردي خاص لكل طفل توحدي يساعده على نمو قدراته المعطلة بالكشف عن مشكلاته واحتياجاته من

خلال عمليات القياس والتقييم القائمة على أسس علمية موضوعية .

٦- إذا استطاعت أسرة لديها طفل توحدي أن تأخذه إلى إحدى العيادات الخاصة أو المراكز الطبية الخاصة فإنها لن تستطيع مهما كان دخلها (وخاصة في مصر ودول عربية أخرى) أن تواصل علاج طفلها بسبب ارتفاع نفقات هذا العلاج منذ اللحظة الأولى، مما يزيد من إحباط الأسرة واستسلامها للأمر الواقع دون تقديم أى إعداد أو تأهيل للطفل المصاب .

ويأمل المؤلف أن تتكاتف نوايا وجهود الهيئات والمنظمات الحكومية والأهلية في مصر والعالم العربى بكل ما ينتمى إليها من أطباء وخبراء وتربويين ونفسيين وأولياء أمور وغيرهم، من أجل إنشاء مراكز متخصصة لرعاية وإعداد وتأهيل الأطفال التوحديين .

وتقترح سميرة عبد اللطيف (سميرة عبد اللطيف، ١٩٩٨: ١٨٥-٢٠٤) برنامج يمكن تطبيقه في الوطن العربى . وتنصح بالإسراع فى وضع هذا البرنامج حيث تأخر وجوده كثيراً فى المنطقة العربية . وعند وضع هذا البرنامج فلا بد من مراعاة أن مجال إعاقه التوحد شديد التنوع، ولذا فلا بد للبرنامج أن يشمل تنمية مهارات الفهم والتركيز والذاكرة وحل المشكلات واللغة والتقليد واللعب الرمزى والدافعية والتتابع والمعرفة الاجتماعية .

ويتوقف مدى نجاح أى برنامج على :

أ - الطفل ومستواه الفعلى: فلا بد من التشخيص الجيد للطفل وبذل المزيد من الجهد للتعرف على مستواه وما هو المتوقع منه أن يصل إليه .

ب- المعلم ذو الشخصية المرنة: فالمعلم يحتاج إلى مهارات الاكتشاف بالتجريب المستمر للوصول للنجاح والإبداع والابتكار فى تحويل

النشاطات التعليمية من المبادئ الجامدة إلى ما يجذب الطفل وينمي قدراته، كما لابد أن يكون لديه القدرة على استغلال الموارد البيئية بأقل تكلفة وتحويلها إلى مواد تدريسية .

ج- البرنامج ذو التخطيط الجيد: لابد من وضع برنامج متكامل وأن يخطط له جيداً حيث لا يتعارض مع ما يتدرب عليه الطفل في ساعة مع ما يتدرب عليه في ساعة أخرى.

د - الأسرة ومدى تعاونها: على الأسرة دور كبير في تدريب الطفل في المنزل ، وبذلك عليها حضور الدورات التدريبية التي يقدمها البرنامج، كما لابد من التعرف على المهارات والمعارف المطلوب إكسابها للطفل من وجه نظر والديه مثل التدريب على تناول الطعام بصورة مناسبة، والتدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة له مع الآخرين لفظية كانت أو غير لفظية .

ثالثاً: العلاجات الحديثة

هي محاولات علاجية بديلة للعلاجات التقليدية من أجل تحسين أعراض التوحد ومساعدة الطفل التوحدي على اكتساب السلوكيات الملائمة وخفض السلوكيات غير الملائمة، واكتساب المهارات الأساسية مثل الانتباه والتفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين مما يعد أساساً لاستفادة الطفل التوحدي من البرامج التعليمية والتأهيلية .

وتستند هذه العلاجات إلى أسس نظرية مستمدة من المعرفة الإنسانية الحديثة وبخاصة المعرفة المستمدة من علم نفس النمو وعلم الأعصاب وعلم اللغة وغيرها. كما أنها من الناحية التطبيقية تستفيد من المفاهيم والمبادئ والأسس السلوكية في وضع الخطط العلاجية، وتستخدم أدوات ووسائل دقيقة ومنضبطة في ملاحظة وتسجيل وتقييم

ومتابعة سلوكيات الأطفال التوحديين في جميع مراحل العلاج بهدف تقييم فعالية العلاج نفسه في إحراز تقدم مع هؤلاء الأطفال .

وتركز هذه العلاجات أثناء التجربة على ممارسة الأطفال التوحديين أنشطة مميزة مثل الفن والموسيقى واللعب ... إلخ. ذلك أن الدراسات الحديثة قد برهنت على فعالية هذه الأنشطة في تحسين أعراض التوحد .

ويعرض المؤلف في إيجاز لأهم هذه العلاجات على النحو التالي (*):

١ - العلاج بالفن : Art Therapy

تحت عنوان: العلاج بالفن للأطفال المصابين بالتوحد وعائلاتهم .

يعرض الكاتب «روبين جابريلز، Gabriels, R. L. 2003 دور العلاج بالفن في مساعدة الأطفال التوحديين الصغار على النمو والتطور، واكتساب وتعميم المهارات الأساسية التي يحتاجونها لمرحلة ما قبل المدرسة وأهمها مهارات الرسم، اللعب، والتواصل الاجتماعي .

وينبثق هذا الدور من الطبيعة الحسية لأدوات التربية الفنية التي تجذب انتباه الأطفال التوحديين وتحفزهم على المشاركة مع الآخرين .

وتقوم خطة العلاج بالفن على استغلال هذه الميزة للفن في تنمية المهارات الأساسية للطفل التوحدي، ثم استخدام الأنشطة الفنية لتحسين وتقوية تفاعلات اجتماعية ذات هدف واضح للأطفال التوحديين مع أقرانهم وأفراد أسرهم .

(*) سوف يراعي المؤلف عند تسلسل عرض هذه العلاجات البدء بالدراسات الأكثر ارتباطاً ببعضها البعض والأكثر انتشاراً وليس ترتيبها وفقاً لتسلسلها التاريخي.

كما أن الأنشطة الجماعية للعلاج بالفن توفر مجالاً للمناقشة بين الوالدين والأقارب من جهة والطفل التوحدي من جهة أخرى لدعم كل منهم الآخر للوصول إلى أفضل صيغة للتعامل مع الطفل التوحدي.

ويتناول جابريلز بالتفصيل دور العلاج بالفن في تنمية كل مهارة من المهارات الأساسية التي يحتاجها أطفال توحدها ما قبل المدرسة مما لا يتسع المجال لذكره هنا، ويمكن إيجاز ذلك على النحو التالي:

يفتقد الأطفال التوحديون المهارات الأساسية المطلوبة في مجالات التركيز، واللعب، والتواصل، والمعرفة، والمحاكاة، والتعميم، والتوافق الحركي. تلك المهارات اللازمة لفهم العالم المحيط بهم والتفاعل معه.

وتبرز أهمية العلاج بالفن في استغلال الأدوات والوسائل والأنشطة الفنية لجذب انتباه أطفال التوحده اعتماداً على إمكانياتهم البصرية - المكانية التي هي بكل تأكيد أعلى من إمكانياتهم الكلامية من أجل تنمية المهارات الأساسية الأكاديمية والفنية والاجتماعية ومهارات اللعب .

وبعد أن يكون الطفل التوحدي قد نمت هذه المهارات الأساسية يمكن للمعالج بالفن أن يمدّه بمجموعة متنوعة من الخبرات الفنية الاجتماعية التي تساعد على اكتساب مهارة التعميم ومهارة النمو الاجتماعي. وعندئذ يصبح المعالج بالفن أحد فريق المعالجين المؤثرين في العديد من المواقف (الفصول الدراسية أو العلاج الفردي) من أجل تلبية احتياجات الأطفال التوحديين والتي توصف بأنها احتياجات متشابهة .

- حساسية الأطفال التوحديين والعلاج بالفن:

يعانى كثير من الأطفال والمراهقين التوحديين من شذوذ فى التعامل مع المثيرات الحسية تتنوع بين القابلية إلى التفاعل الزائد أو الناقص مع هذه المثيرات .

وهذه المشكلة التى يمكن وصفها بالحساسية تؤدى إلى مشكلات سلوكية وتعليمية لدى التوحديين وهنا يساعد المعالج بالفن فى توفير خبرات حسية ذات معنى عندما يكون على دراية بالمثيرات الحسية الفعالة (البصرية - السمعية - اللمسية - الشمية) وفعاليتها مع النظام الحسى للطفل التوحدى وبذلك يمكن تجنب المشكلات السلوكية التى تنتج عندما يتم تقديم مادة معينة لا يتحملها الطفل بسبب حساسيته نحوها . كما يمكن وضع خطة منظمة لإزالة حساسية الطفل نحو المواد المنفرة له . وعلى سبيل المثال قد يستمتع طفل توحدى بمشاهدة لعبه يسيل ببطئ على هيئة قطرات فوق سطح رأسى وفى هذه الحالة فإن المعالج بالفن عليه أن يفهم سلوك الطفل بالرجوع إلى الطبيعة الحسية البصرية الفعالة المتضمنة فى هذا السلوك، وعند ذلك يمكن أن يساعد الطفل على أن يستبدل هذا السلوك بنشاط أكثر ملائمة بتوفير الوسط المناسب مثل قيام الطفل برسم صورة زيتية مستخدماً الفرشاة التى تتساقط منها قطرات اللون . إن معرفة المعالج بالفن بالاحتياجات الحسية الخصوصية لطفل توحدى تساعده على اختيار المواد والأنشطة الفنية التى تغير الأنشطة الحسية غير المناسبة إلى أنشطة حسية اجتماعية تنمى التفاعل الاجتماعى لدى الطفل التوحدى وتمكنه من ممارسة التوافق الحركى ومهارة المحاكاة من خلال أنشطة متنوعة مثل القص واللزق والرسم بالقلم أو بالفرشاة .

ومن المهم أن يتمكن الطفل أولاً من اكتساب المهارات الأساسية

أثناء التعليم الفردي قبل أن ننتظر منه أن يشترك في نشاط فني متعدد المراحل أو نشاط فني جماعي .

وعند تعليم الطفل المهارات الحركية الأساسية يجب مراعاة إعداد المواد التي يتعامل معها بشكل يسهل عليه الوصول إلى الهدف المطلوب من خلال مهمات بسيطة، فمثلاً: يمكن تحديد علامات بصرية واضحة تساعد الطفل على أداء المهمة (مثل رسم خط على الورقة يحدد المكان الذي يقص منه أو علامة واضحة على الجزء من الشكل المراد تظليله... وهكذا) .

وهذا الإعداد يجنب الطفل القيام بتصرفات عكسية عندما يواجه مهمات غير مفهومة وغير متوقعة بالنسبة له .

وحتى بعد أن يتقن الطفل بعض المهارات الحركية الدقيقة فإنه قد يقاوم تكرارها ربما لصعوبتها. ولمواجهة هذه المشكلة يجب على المعالج أن يركز على الأنشطة الحركية الفنية المحفزة لانتباه الطفل أو التي تلقى تفضيلاً لديه فبعض الأطفال يفضل رسم الشخصيات الكرتونية والبعض الآخر ينجذب إلى الأدوات الكهربائية المتحركة مثل المكينة الكهربائية فإذا ما شاهد الطفل رسماً به أجزاء ناقصة من المكينة التي أمامه فربما يحفزه ذلك على التقاط الأجزاء الناقصة ووضعها في أماكنها ليكتمل الرسم .

وقد استغل أحد المعالجين بالفن تفضيلات طفل توحدي في الرابعة والنصف من عمره ليحفزه على القيام بعدة أنشطة توافقية حركية تؤدي إلى بناء منزل لشخصيات كرتونية تحتفل بعيد الميلاد، تلك الشخصيات المفضلة عنده. وتمثلت هذه الأنشطة في قص ولزق الورق لتلوين المنزل وشجرة الميلاد، ووضع الصمغ على شجرة عيد الميلاد ثم نثر الحبات البراقة لتزيينها... وهكذا .

المهارات المعرفية: كقاعدة ثابتة، فإن الأنشطة الفنية والمهام التعليمية الفنية يجب أن يتم تقديمها للأطفال التوحيديين من خلال علامات بصرية واضحة لتعريفهم بأهداف المهام المتضمنة في كل نشاط فنى. وحينما يتقن الطفل التوحى هذه المهام فى إطار النشاط الفنى فإنه يمكن أن يؤدى نفس المهام فى نشاط معرفى بأن يقوم بترتيب حروف الهجاء الورقية الملونة أو الأرقام وقيما بعد يقوم بترتيب نوعيات من الصور الأكثر تعقيداً .

ومن المهم عند تطبيق هذا النوع من الترتيب أو المضاهاة أو المقارنة مراعاة تقديم نوع واحد من المهام لتقليل احتمالات الخطأ أو الارتباك عند الطفل، ثم الانتقال به تدريجياً إلى مهام أكثر دقة مثل مقارنته لعدة أشكال مرسومة ليكون من بينها شكلاً للحيوان المفضل لديه أو الشخصية أو شىء معين. ويلى ذلك البحث عن اسم هذا الحيوان أو تلك الشخصية أو ذلك الشىء لتحقيق التكامل بين المهارة الفنية الحركية والمهارة المعرفية بكتابة الحروف والكلمات . وهكذا يمكن تعليم الطفل تتابع الأرقام والحروف بإكماله لرسومات بسيطة عن طريق توصيل النقاط لتكوين شكل أو شخصية محببة عنده .

المهارات الاجتماعية (مهارات التواصل): تعتبر مهارات التواصل غير اللفظية مثل الاتصال البصرى والإيماءات أساساً لنمو مهارات التواصل اللفظى. وعلى ذلك فإن نطق الطفل التوحى بالكلمات يجب أن يكون مصاحباً لقيامه بالتواصل غير اللفظى .

ويسهم العلاج بالفن من خلال المواد والمهام الفنية ذات الطبيعة البصرية فى فهم الكلمات التى ينطق بها الأطفال التوحيديون لتعريف الأشكال المرسومة والمفضلة لديهم، ويكون هذا مدخلاً لتنمية التفاعل الاجتماعى مع الآخرين. وعلى سبيل المثال، فقد تم إشراك طفل

توحدى ذو مهارات كلامية محدودة فى مهمة فنية هى وضع رسومات لأجزاء جسم الإنسان معدة سابقاً فى أماكنها فى شكل تخطيطى لجسم الإنسان. وفى هذه المهمة كانت المعالجة تقوم بمساعدة الطفل على نطق اسم كل جزء، فتعطى الطفل الجزء من الرسم الذى يمثل الأذن وتقول له: ضع الأذن فى مكانها ثم ضع الأنف فى مكانه ... وهكذا إلى أن يكتمل الشكل. وقد كانت هذه المهمة مثيرة للطفل واستطاع وضع كل أجزاء الجسم فى أماكنها الصحيحة بالشكل، وبتكرار المهمة تحسن نطق الطفل ومعرفته بأسماء أجزاء جسم الإنسان. ومن الجدير بالذكر أن الطفل قبل قيامه بهذه المهمة الفنية كان قد رفض التعرف على أسماء أجزاء جسم الإنسان عندما تلقى إرشارات من معالج آخر مثل أشر إلى أنفك، اشر إلى أذنك ... إلخ .

وحيثما يتقن الطفل التوحدى مثل هذه المهمات ويكتسب المهارات الفنية الأساسية يمكن إشراكه مع أقرانه العاديين ومع أفراد أسرته فى أنشطة فنية جماعية مختارة بعناية تساعد على التعاون والتفاعل مع الآخرين مما يكون له أكبر الأثر فى تحسن نموه الاجتماعى.

٢ - العلاج بالموسيقى : Music Therapy

فى دراسة قام بها كل من «داون ومبورى» و«سوزان ناش»، Wimpory, D C. and Nash, S., 1999 بعنوان : العلاج بالتفاعل الموسيقى - اللعب العلاجى من أجل أطفال التوحد.

يعرض الباحثان لإطارهما النظرى قبل تقديمهما دراسة حالة طفلة توحدية (هيثر Heather)

ويمكن إيجاز الإطار النظرى على النحو التالى :

يعانى أطفال التوحد من قصور فى جوانب النمو ومن بينهما الفشل فى الارتباط بالآخرين، ويرجع ذلك بصفة أساسية إلى عدم إدراكهم للتوقيت الزمنى الذى بدأ عنده التفاعل الاجتماعى .

وتعتبر الموسيقى أداة تواصلية رائعة تسهل بدء التفاعل الاجتماعى بين الطفل التوحدى والآخرين .

فعلى الرغم مما يعانىه هؤلاء الأطفال من مشكلات عديدة فى التواصل اللفظى وغير اللفظى مع الآخرين، إلا أنهم يظهرون حبا للموسيقى ويتجاوبون مع نغماتها. ولذا يمكن استخدام الموسيقى كوسيلة لحفز الطفل التوحدى لكي يتغلب على قصوره الأساسى فى إدراك بداية التفاعل الاجتماعى مع الآخرين .

وحيثما يتغلب الطفل التوحدى على هذا القصور ينمو لديه انتباهاً تشاركياً لازم للتواصل بين الفرد والآخر .

ويلعب العلاج بالموسيقى دوراً هاماً فى إيجاد أرضية مشتركة لتواصل الطفل التوحدى مع الآخر حتى بدون استخدام الألفاظ .

وبالنسبة للطفل العادى فإن نمو علاقاته الاجتماعية وتواصله مع الآخر قبل أن يكون قادراً على النطق بالألفاظ يعتمد على قدرته على التواصل غير اللفظى مع الآخرين من خلال تعبيرات الوجه وإيماءات الرأس وحركات الجسد، ولما كان الطفل التوحدى غير قادر على كل ذلك . هنا تكون الموسيقى هى اللغة البديلة لهذا الطفل والتي تمكنه من بدء الحوار مع الآخر سواء استخدمت فيه الألفاظ أو لم تستخدم .

وعلى ذلك، فإن هدف العلاج بالموسيقى هو تحسين إدراك الطفل وانتباهه ويساعد هذا فى نمو إحساسه بوجود الآخر ومن ثم نمو علاقاته الاجتماعية من خلال لغة (حوار) موسيقية مشتركة (Jordan and Libby, 1997) .

ولما كان اللعب بين الطفل العادى ووالديه يؤدى إلى نمو اللغة لدى الطفل، فإن الطفل التوحدى لا يستطيع التواصل مع والديه وبالتالي يفقد ميزة أن يكون لعبه وسيلة لنمو اللغة لديه .

ومرة أخرى فإن الموسيقى تعمل على تواصل ما انقطع بأن تجعل اللعب المشترك بين الطفل ووالديه أمراً ممكناً .

إن العلاج بالتفاعل الموسيقى هو منهج علاجى لأطفال التوحد يقوم على تحويل اللعب النمطى للطفل إلى لعب نشيط وتفاعلى ، وعندئذ يوصف اللعب بأنه لعب علاجى لأنه يحقق مكاسب علاجية عديدة فى وقت واحد. إنه ينبه الطفل إلى بداية التفاعل الاجتماعى ويهيئه لتوقع التواجد مع الآخر، وعندئذ يتحقق التواصل وينمو التفاعل الاجتماعى فتنمو اللغة .

ويهتم العلاج بالتفاعل الموسيقى بثلاث موضوعات فى أى نشاط يؤديه الطفل التوحدى وهى:

١- دعم الشخص القائم برعاية الطفل فى المنزل لكى يحقق تواصلأ مستمراً مع الطفل .

٢- تقديم الدعم من جانب المعالج بالتفاعل الموسيقى لكل من الطفل والقائم برعايته أثناء المواقف التشاركية بينهما .

٣- التقليل من هذا الدعم عندما يصبح الطفل والقائم بالرعاية قادرين على استخدام الموسيقى فى تحقيق التواصل المستمر بينهما .

ويعتمد هذا الأسلوب العلاجى على مصاحبة الموسيقى لأى نشاط يقوم به الطفل التوحدى .

ومن المعروف أن الغناء أسلوب شائع بين الآباء والأطفال

العاديين، ويؤدي إلى اكتساب خبرات ومعاني تنمي التفاعل الاجتماعي بين الطفل والآخرين.

ومن الممكن أيضاً أن تكون الموسيقى والغناء هي إطار للعمل مع الطفل التوحدي، فالإيقاع والصوت والتوقف وكلمات الأغنية يمكن أن تكون مثيرات ملائمة للحصول على استجابات مطلوبة من الطفل .

وعلى سبيل المثال، فإن الطفل يمكن أن يحاكي الشخص القائم برعايته أثناء الغناء، فينطق بعض كلمات الأغنية التي يشدو بها. كما أن توقف الموسيقى يمكن أن يكون وسيلة لمنع الطفل من القيام بسلوك غير مرغوب، وذلك أفضل من التهديد بالألفاظ .

كما أن الكثير من الأغاني البسيطة يمكن أن تكون نشاطاً مميزاً يسمح بالتقليد والتعليق من جانب الطفل والشخص القائم برعايته والمشارك للطفل في اللعب. وعلى سبيل المثال، عندما يقفز الطفل عند سماعه للأغنية ويقفز معه والده على أنغام الموسيقى فإن هذا التشارك بينهما هو نوع من التواصل، فإذا حدث وتوقفت الموسيقى فإن الطفل ربما يتوقف عن القفز ويتوقف معه الوالد، ويكون الطفل في حالة ترقب للحركات التالية، فإذا بدأت الموسيقى من جديد بنغمة حالمة فإن الوالد ربما يتمايل مع هذه النغمة، وعندما يحاكي الطفل أباه فإن هذه الاستجابة من جانبه تحقق أكثر من مكسب، الأول هو إدراك الطفل لبداية التفاعل مع الآخرين وبالتالي التواصل مع الآخر وهذا مكسب ثان، أما المكسب الثالث فيتحقق إذا نطق الوالد بكلمة أثناء تمايله مع الموسيقى فقام الطفل بمحاكاته وكرر نطقها. وهذا يعني أن التفاعل الاجتماعي بين الطفل ووالده قد مهد لنمو اللغة عند الطفل .

وقد استخدم العلاج بالتفاعل الموسيقي مع الطفلة (هيثر) وتم تصويرها مع أمها أثناء اللعب لمدة أربعة أشهر دون تدخل علاجي، ثم

صورت مع أمها أثناء اللعب خلال جلسات العلاج التي امتدت نحو
عشرون شهراً، وصورت كذلك مع أمها أثناء اللعب دون تدخل علاجي
لمدة أربعة أشهر للمتابعة. وقد تم تقييم سلوكيات الطفلة خلال المراحل
الثلاثة من جانب أخصائي العلاج بالتفاعل الموسيقي .

والمثال التالي يوضح كيفية استخدام الأم للعب العلاجي
المصاحب بالموسيقى والمدعوم من قبل المعالج لتعديل سلوك الطفلة:
كانت الطفلة تكرر سلوكاً نمطياً بأن تنزع الخيط من فراش السرير
وتضعه في فمها. وأثناء جلسات العلاج عن طريق التفاعل الموسيقي
جذبت الأم يدها إلى أعلى بعيداً عن الفراش وصاحب حركة الأم نغمة
موسيقية صاخبة، فما كان من الطفلة إلا أن ضحكت بصوت عالي،
وكلما كررت هذا السلوك تكررت حركة الأم مصحوبة بالنغمة الصاخبة
فتضحك الطفلة. وبعد عدة مرات من تكرار السلوك وحركة الأم والنغمة
الصاخبة وضحك الطفلة، فإن الطفلة توقفت عن نزع الخيط من الفراش
وكل ما فعلته أنها كانت تمد يدها فقط نحو فراش السرير كما لو كانت
ستنزع الخيط من جديد من أجل تكرار الضحك، وعندما سمعت النغمة
المصاحبة قالت لأمها: هيا .. إلى أعلى. وتقصد أن ترفع أمها يدها
بعيداً عن الفراش لتضحك. وبذلك تحقق التفاعل الاجتماعي المصاحب
باللغة.

وينتهي الباحثان إلى أن العلاج بالتفاعل الموسيقي قد أثمر عن
تحسن في نمو العلاقة بين الطفلة وأمها واكتساب الطفلة لكلمات جديدة.

٣- العلاج باللعب : Play Therapy

اهتم الكثير من الباحثين على اختلاف أطرهم النظرية تحليل
نفسى أو سلوكية باللعب، باعتباره نشاطاً مميزاً يمكن أن يكون مفيداً في
الدخول إلى عالم الطفل التوحدي.

وللتعرف على هذا النوع من العلاج، يعرض المؤلف لدراسة قامت بها «وينى متيلد ورف، وآخرون 2001، Mittledorf, w. et al.» بعنوان العلاج باللعب للأطفال التوحديين .

وفي هذه الدراسة قامت الباحثة وزملاؤها بتجربة العلاج باللعب مع طفل توحدي، وكمقدمة لهذه التجربة تناولت الباحثة الإطار النظري للعلاج باللعب الذي يمكن إيجازه فيما يلي:

ينخرط الأطفال التوحديون من تلقاء أنفسهم في اللعب، فمن خلاله يعبرون عن أنفسهم ويتواصلون مع عالمهم . وعلى الرغم من أن كثير من لعب الأطفال التوحديين طقوسي حيث يتسم بحركات متكررة بدون معنى وربما تركز لعبهم على موضوع ما لساعات طويلة، إلا أنه مع ذلك هو وسيلتهم في التعبير عن أنفسهم .

فاللعب هو لغة هؤلاء الأطفال وحينما يستعملون الدمى أو أدوات اللعب الأخرى، فإن كل مفردة من مفردات اللعب تصبح مصدراً لكلمات الطفل التوحدي التي لا يستطيع أن يلفظ بها، إنها تحمل رسائل غير لفظية متعددة .

وتصبح الدمى وعناصر اللعب الأخرى مفيدة في الكشف عن عالم هؤلاء الأطفال عندما يختارون هذه العناصر من تلقاء أنفسهم دون تدخل الآخرين، وعندئذ يستطيع المعالج الكشف عن مكنون استعمال الطفل للدمية باعتبارها وسيلة للتعبير عن أهدافه الذاتية الداخلية .

وعلى المعالج أن يفهم العلاقة بين ارتباط الطفل التوحدي بعنصر ما من عناصر اللعب والإيقاع الداخلي لهذا الطفل، ذلك أن نشاط الطفل أثناء اللعب يعبر عن الإيقاع الداخلي لهذا الطفل، أي أن نشاط الأطفال أثناء اللعب يعبر عن الإيقاع الداخلي لحياتهم العاطفية .

ويذكر «بلاك»، وآخرون Black, et al., 1975 أن أهمية اللعب بالنسبة للطفل لا ترجع فقط إلى أنه وسيلة للكشف عن عالم الطفل، ولكنه ما لم يكتسب الطفل مهارات اللعب من خلال تفاعله مع البيئة المحيطة به بأشخاصها وأشياءها فإن نموه الاجتماعي يسوء بشدة، وتقوى نماذج السلوك غير الملائمة .

وتؤكد الدراسات الحديثة على أن القدرة على اللعب لدى الأطفال التوحديين ليست معدومة ولكنها كامنة ويمكن بمزيد من الصبر والتدريب تنميتها شيئاً فشيئاً، وبناء على دراسة «لبي»، وآخرين Libby et al., 1977 اتضح أن الأطفال التوحديين لديهم بعض المهارات الخاصة باللعب الادعائي Pretend Play أى ادعاء وجود صفات لعنصر اللعب غير موجودة به أصلاً، وكذلك لديهم بعض المهارات الخاصة باللعب الرمزي (التخيلي) أى ادعاء وجود شيء غير موجود وإصباغ صفات خيالية عليه .

ولقد أكد «جارولد»، وآخرون Jarrold et al., 1993 أن الأطفال التوحديين قادرين على اللعب الرمزي، ولكن فقط إذا تلقوا تدريباً أولياً يساعدهم على استخدام هذا النوع من اللعب . ويرون ضرورة هذا التدريب في العلاج باللعب، وذلك أن اللعب الرمزي هو الوعاء المحتوى لمشاعر وعواطف الطفل .

وقد أوصى «وولفبرج»، «وسشولر»، Wolfberg and Schuler, 1993 باستخدام العلاج من خلال اللعب الجماعي Group Play Therapy مع أطفال التوحد، وأكدوا على أهمية التنافس بين مجموعات من الأطفال أثناء لعبهم مما يزيد من اكتسابهم لمهارات اللعب الرمزي والتفاعل الاجتماعي واللغة .

وقد توصل «وينر»، وروتينبرج Wenar and Ruttenger, 1976

إلى أن العلاج باللعب أكثر فعالية مع الأطفال الصغار (٣ - ٦ سنوات) عما هو عليه للأطفال الأكبر سناً (٧ - ٩ سنوات) .

كما توصل «روجرز» Rogers, 1996 إلى أن العلاج باللعب يكون أكثر فعالية إذا تم بشكل فردي (مع طفل واحد) أو في مجموعة صغيرة من الأطفال ، حيث يتمكن المعالج من حفز الطفل للانتباه المتواصل والتفاعل المستمر مع عناصر اللعب .

وأخيراً، فإن هناك اتفاق بين كثير من الباحثين على أنه من المهم عند تطبيق العلاج باللعب مع الأطفال التوحيديين أن يتعلم المعالج اللغة الأساسية للطفل التوحيدي والتي يعبر عنها أثناء اللعب، وأن يكون صبوراً، وأن يتجنب اعتبار عزلة الطفل عنه بمثابة رفض لشخصه فيحاول دفع الطفل للاتصال به . وإنما عليه أن ينتظر اللحظة المناسبة التي يبدي فيها الطفل استعداداً لكي يشارك المعالج اللعب .

ثم تعرض الباحثة وينى ميتلدروف لاستخدامها العلاج باللعب مع الطفل التوحيدي «براد» Brad .

وتصف المعالجة استقبالها للطفل بصحبة أمه ثم دخولها معه إلى حجرة اللعب والجلوس معه على أرضية الحجرة حيث توجد دمية وعناصر لعب متنوعة ومتعددة، علاوة على وجود عناصر أخرى على الأرفف، كما يوجد لوحات زيتية لصور جميلة معلقة على الحوائط .

وتسرد المعالجة مساعيها الاقتراب من الطفل والدخول إلى عالمه وفهمه من خلال اللعب، فقد شاركته الغناء حينما كان يلعب بآلة موسيقية، كما حاولت بحذر ليمسه على ظهره . وفي البداية كان الطفل يترك اللعبة التي بين يديه فجأة ويتجول في الحجرة وهو يبطأ بقدميه الدمي وعناصر اللعب التي على الأرض غير واع بها . وقد استمرت

المعالجة فى مشاركة الطفل كل ما يقوم به من نشاط ، فكانت تغنى معه وتعلق على ما يقرأه ، بل وتردد كلماته غير المفهومة .

وكان رد فعل الطفل على مشاركة المعالجة لألعابه وحركاته ورغباته وحتى سلوكياته النمطية، أن بدأ يقترب منها ويبدى نحوها عاطفة وألفة. ثم اتجه نشاط براد بعد ذلك للرسم فقد أبدى اهتماماته بالرسومات واللوحات المعلقة على الجدران ولكن لم يكن لديه خبرة بالرسم، ولذا أخذت المعالجة بيده ليمسك بالفرشاة ورسمت معه، ثم دربته بعد ذلك ليرسم بنفسه .

وبعد (١٨) شهراً من العلاج باللعب تعلم براد أنه ليس بلازم أن يتخلى عن كل سلوكياته المميزة (ومنها بعض الأصوات عديمة المعنى)، ولكن عليه ألا يستخدمها مع كل الأشخاص ولا فى كل المواقف وإنما مع الأشخاص الحميمين فقط، وفى الأماكن الأكثر ألفة فى المنزل مثلاً، كما تعلم كيف يستمتع بأدائه لسلوكيات جديدة والتحكم فى سلوكيات قديمة. وقد تعلم أخيراً أن ينمى إحساسه عندما يقول «أنا أكون، I am» .

وقد حقق براد بعض النجاح الأكاديمى ، والاجتماعى فى الارتباط بأقرانه فى حجرة الدراسة قبل أن ينتقل مع أسرته إلى مدينة أخرى بعد مضى (١٨) شهراً من العلاج غير أنه كان لا يزال فى حاجة إلى مزيد من العلاج باللعب لمزيد من التحسن .

٤ - العلاج التدليكى : Massage Therapy

فى دراسة قامت بها «إيسكالونا، أ.»، وآخرون Escalona, A. et al., 2001 بعنوان : التحسينات التى تطرأ على سلوك أطفال التوحد عقب علاج تدليكى .

تم إخضاع (٢٠) طفلاً توحيدياً تتراوح أعمارهم بين (٣ - ٦) سنوات للعلاج بالتدليك في مقابل مجموعة مقارنة تم إخضاعها لقراءة القصص عليها قبل النوم بهدف تحسين الانتباه عند هؤلاء الأطفال .

وقد انطلقت الدراسة من افتراض مؤداه أن قراءة القصص للأطفال قبل النوم أو تدليك مناطق معينة من الجسم ربما يزيد من الاسترخاء والنوم الجيد لهؤلاء الأطفال، مما يؤدي إلى تحسينات في بعض خصائص وسلوكيات الأطفال التوحيديين الذين تشملهم عينة الدراسة. ومن بين هذه التحسينات هو زيادة الانتباه لدى الأطفال .

ومن ثم كان هدف الدراسة هو استخدام العلاج التدليكي والعلاج بقراءة القصص المسلية قبل النوم لتحسين بعض الخصائص والسلوكيات ومن بينها الانتباه، فإذا ما تحقق هذا فإنه يكون قد تم التغلب على مشكلتين تعوقان أداء أطفال التوحد داخل حجرة الدراسة وهما مشكلة السلوك غير الهادف (البعيد عن مهام حجرة الدراسة) ومشكلة النوم غير المستقر .

وقد شملت إجراءات الدراسة: تدريب الوالدين من قبل معالجين بالتدليك ليقوموا بتدليك أطفالهم لمدة (١٥) دقيقة قبل موعد نومهم كل ليلة لمدة شهر، وقد شمل التدليك مناطق معينة في جسم الطفل بالترتيب التالي: الذراعان، واليدين، والأرجل، والصدر، والظهر .

وبالنسبة لمجموعة الأطفال التوحيديين ممن خضعوا لطريقة القراءة، فقد طلب من الوالدين قراءة قصص دكتور «سيوس» Seuss لأطفالهم لمدة خمس عشر دقيقة قبل موعد نومهم كل ليلة لمدة شهر. ولقد تم تعريف الوالدين في كل من المجموعتين بأن قراءة القصص والتدليك ربما يزيد من الاسترخاء والنوم لدى الأطفال .

ولقد طبق الباحثون أدوات ووسائل لتقييم نوم الأطفال وسلوكياتهم في بداية العلاج ونهايته شملت ما يلي :

أ - مقاييس كونرز المعدلة 1997 - Revised Conners Scales .

وذلك لتقييم المعلم والوالدين للسلوك الهادف للطفل التوحدي من خلال اشتراكه في أعمال ومهام في المنزل وفي حجرة الدراسة .

ب- ملاحظة سلوك الطفل في حجرة الدراسة وفي فناء المدرسة Class room and Playground Behavior observations وذلك بتسجيل الملاحظين لسلوكيات الأطفال في حجرة الدراسة وفي فناء المدرسة لفترة زمنية ١٠ ثوان ثلاث مرات يومياً لمدة شهر (فترة زمنية إجمالية ١٥ دقيقة) وتركزت هذه الملاحظات في تسجيل استجابة الطفل الملائمة للمس ، وأدائه للسلوك الهادف، وأدائه للسلوك النمطي، وإظهاره للترابط الاجتماعي تجاه المعلم .

ج- مذكرات النوم Sleep Diaries

قام الوالدان بتسجيل سلوك أطفالهم أثناء النوم في مذكرات من أول ليلة في العلاج وحتى آخر ليلة . وقد شملت هذه المذكرات كمية القلق، وعدم الارتياح، والبكاء، وسلوك إثارة الذات، وعدد مرات ترك الطفل للسرير .

وقد أسفرت النتائج النهائية للدراسة عن تحسن أكبر في سلوكيات أطفال التوحد بمجموعة التدليك مقارنة بسلوكيات أطفال التوحد بمجموعة القراءة، وذلك في السلوكيات الآتية: الانتباه - السلوك الهادف- الترابط الاجتماعي تجاه المعلم .

كما تميز أطفال التوحد بمجموعة التدليك على أطفال التوحد

بمجموعة القراءة في انخفاض أكبر للسلوك النمطي وكذا تحسن سلوك النوم من حيث انخفاض كمية القلق، وعدم الارتياح، والبكاء، وسلوك إثارة الذات، وعدد مرات ترك السرير .

٥- العلاج التلامسى : Touch Therapy

يستند هذا العلاج إلى أفكار أساسية استمدت من المشاهدات العملية لسلوكيات الاتصال لدى الأطفال التوحديين . ومن هذه الأفكار أن هؤلاء الأطفال ليس لديهم أى رغبة فى التلامس مع أى شخص آخر، فهم لا يشعرون بالراحة فى أحضان والديهم ولا يستجيبون للقبلة أو العناق أو المصافحة . وتؤثر ردود الأفعال هذه على الوالدين، وينشأ عن ذلك أن عملية الاتصال والارتباط بين الأطفال التوحديين ووالديهم من الممكن أن تغيب أو على الأقل تكون سيئة، فيشعر الوالدان بالإحباط لعدم قدرتهم على القيام بواجباتهم فى أداء الجوانب الطبيعية الغريزية لدور الوالدين نحو أبنائهم . كما أن مشكلات اللغة التى يعانى منها هؤلاء الأطفال تجعل من الصعب على الآباء المبادرة والاستمرار فى الاتصال بأطفالهم .

ويعرض المؤلف لواحدة من الدراسات التى تناولت موضوع التلامس وأثره فى تحسين الاتصال بين الوالدين وأبنائهم التوحديين . فقد قام كل من «ليزلى كولين» ، و«جولى بارلو» -Cullen, L. & Barlow, J., 2002 بدراسة بعنوان: القبلة، العناق، المصافحة: خبرات ومعنى التلامس لدى آباء الأطفال المصابين بالتوحد من خلال التحاقهم ببرنامج للعلاج القائم على التلامس .

وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن خبرات ومعنى التلامس بين الآباء وأبنائهم من المصابين بالتوحد من خلال التحاقهم ببرنامج للعلاج التلامسى .

وقد افترضت الدراسة أن خبرة اللمس لها تأثير على تنمية الإحساس والعاطفة والصحة العامة للفرد، وبالتالي فإن تحسين خبرة ومعنى التلامس يمكن أن يكون وسيلة للتفاهم والتواصل بين أطفال التوحد ووالديهم وقد تألفت عينة الدراسة من (١٢) من الآباء (أب واحد و١١ أم) لأطفال توحيديين (طفلة واحدة و١١ طفل).

وقد قام معالجو التلامس بتدريب الوالدين على كيفية التدخل في الوقت المناسب للتلامس مع الطفل، فقد كانت التعليمات الصادرة للوالدين أن الأطفال التوحيديين هم الذين يتحكمون في خبرة التلامس وينشأ عن هذا شعور الوالدين بالأذى بسبب المشاعر الجافة لأطفالهم التي لا تستجيب للغريزة الطبيعية للوالدين حينما يقومون بالعناق التلقائي للطفل .

ومن ثم فإن حركات العلاج التلامسي اتسمت بالتنوع والخصوصية اللذين يتلاءمان مع كل طفل (أو طفلة) من الأطفال التوحيديين الذين شملتهم عينة الدراسة. وبالتالي فإن مرونة هذا العلاج تقضى بأن يعمل المعالجون وأولياء الأمور وفقاً لاحتياجات الطفل للتلامس في كل جلسة .

وقد زود الوالدان في بداية البرنامج بحقيبة تدريبية تتضمن تعليمات ومقترحات تفيد الوالدين في كيفية التدخل في الوقت المناسب للتلامس مع الطفل .

وتألف البرنامج من ثماني جلسات، كانت الأولى جلسة تمهيدية للمناقشة بين المعالجين وأولياء الأمور لمزيد من الفهم للعلاج التلامسي. أما الجلسات السبعة فقد تراوح زمن كل منها ما بين (٣٥)، (٦٠) دقيقة، وتدور حول وجود الوالدين بالقرب من الطفل ومشاركته سكونه أو نشاطه أو ألعابه. على أن يتحین الوالدين أي فرصة يبدى فيها الطفل

رغبته في التلامس (وخاصة حينما يكون منزعجا من أمر ما) للتجاوب معه بالتقبيل أو العناق أو المصافحة. ومن خلال الاتصال التليفونى المباشر بين أولياء الأمور والمعالجين يتم نقل ردود أفعال الطفل للتلامس مع الوالدين حرفياً أثناء الجلسة، ويتلقى الوالدان التعليمات بزيادة التلامس أو تقليله بحسب رغبة الطفل واحتياجاته وطبيعة الموقف .

وقد أبدى الأطفال التوحديون فى نهاية البرنامج قدراً أكبر من التسامح تجاه التلامس وأصبحوا أكثر استرخاء . كما عبر الآباء عن شعورهم بالألفة مع أطفالهم وأفادوا بأن العلاج التلامسى قد أوجد قناة للتواصل مع أنفسهم ومع أطفالهم .

٦ - العلاج الحركى : Movement Therapy

قامت كرسيتين هارتشون، وآخرون، Hartshorn, K. et al., 2001 بدراسة بعنوان: العلاج الحركى الابتكارى يفيد الأطفال المصابين بالتوحد .

بهدف إكساب بعض المهارات لدى عينة من الأطفال التوحديين تتراوح أعمارهم ما بين (٣ - ٧) سنوات، مثل السلوك المرتبط بأداء مهمة، والمشاهدة، والارتباط الاجتماعى . وكذلك تخفيض بعض السلوكيات الشاذة مثل سلوكيات التوتر، والنفور من الملامسة، ومقاومة مدرس الفصل .

وقد قامت الدراسة على افتراض مؤداه أن العلاج الحركى يحدث تأثيرات مشابهة لتلك التى يحدثها العلاج التدليكى الذى يقوم على الضغط المحفز لأعضاء الحس مما يزيد من نشاط الجهاز العصبى الباراسمبتاوى مما يقلل من الإحساس بالتوتر والقلق وينعكس هذا فى مكاسب علاجية هى خفض المشكلات أثناء النوم، وسلوكيات إثارة الذات، وزيادة الانتباه .

وبالمثل فإن العلاج الحركي يتوقع أن يُخفض من سلوكيات التوتر والنفور من الملامسة وإبداء المقاومة لمدرس الفصل .

وقد تم اختيار عينة من الأطفال التوحديين قوامها (٨٣) طفل توحدي تم تقسيمها إلى مجموعتين هما مجموعة الحركة ومجموعة المشاهدة، والمجموعة الأولى تقوم بأداء أنشطة حركية معينة بينما تقوم الثانية بالمشاهدة دون الاشتراك في هذه الأنشطة وقد عقدت جلسات الحركة لأطفال المجموعة التجريبية مرتين كل أسبوع لمدة شهرين، واستغرقت الجلسة الواحدة ثلاثون دقيقة وقد تم ملاحظة سلوكيات كل طفل من المؤدين للحركة ومن المشاهدين لهم في بداية كل جلسة ونهايتها من قبل المعالجين .

وكانت السلوكيات التي شملتها الملاحظة المقننة هي: السلوك النمطي، التجوال داخل صالة الألعاب، النفور من التلامس، السلوك الإيجابي المرتبط بأداء المهمة، السلوك السلبي المرتبط بأداء المهمة، النظر إلى العين، الارتباط الاجتماعي الموجه نحو المدرس المتواجد في صالة الألعاب مع المعالجين، أو مقاومة المدرس .

ويذكر الباحثون أن اختيار هذه السلوكيات تم بناء على اختيار سابق لها من قبل معالجي التديك، حيث أثبت العلاج التديكي فعاليته في التعامل مع هذه السلوكيات (Field, et al., 1997) وقد تراوح عدد الأنشطة الحركية في كل جلسة ما بين ثلاثة وخمسة أنشطة تبدأ بنشاط إحماء وتنتهي بنشاط استرخاء . أما الإحماء فيتضمن قيام المعالج بنطق اسم كل طفل من المشاركين في الحركة يعقب ذلك تصفيق زملائه له كنوع من الترحيب. أما الاسترخاء فيكون بأداء مجموعة الحركة لأغنية يصاحبها نمط مميز من الحركات التي لا تتغير .

أما الأنشطة الأخرى المتضمنة في الجلسات فهي: وضع أجزاء

من جسم الطفل يده أو ذراعه أو قدمه داخل طوق من البلاستيك وكذلك المرور من الطوق قفزاً ، وأداء حركات بسيطة على الجمباز. وفي كل هذه الأنشطة يقوم المعالج الحركي بأداء النشاط أمام الأطفال قبل أن يقوموا به .

وقد تم تحديد مربعات على الأرض في جوانب صالة الألعاب، بحيث يقف كل طفل من أطفال مجموعة المشاهدة في المربع المكتوب باسمه .

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن جلسات العلاج الحركي قد أدت إلى زيادة سلوك اليقظة وخفضت من سلوك التوتر لدى أطفال مجموعة الحركة مقارنة بأطفال مجموعة المشاهدة. أما السلوك الإيجابي المرتبط بأداء المهمة فلم يتغير لدى أطفال مجموعة الحركة أو مجموعة المشاهدة. أما السلوك السلبي المرتبط بأداء المهمة فقد زاد لدى أطفال مجموعة المشاهدة مقارنة بأطفال مجموعة الحركة .

ويفسر الباحثون نتائج السلوك الإيجابي والسلبي لأطفال مجموعة الحركة والمشاهدة بأن الأنشطة الحركية التي شملتها الدراسة ربما كانت غير ذات أثر في تغيير السلوك الإيجابي المرتبط بأداء المهمة، بينما كان عدم اشتراك أطفال المشاهدة في الأنشطة الحركية ذا أثر في زيادة السلوك السلبي المرتبط بأداء مهمة .

٧- العلاج اللغوي: Language Therapy

يذكر «ماوك» Mauk, Joyce, 1991 أن هذا العلاج يتناول عدم القدرة على التواصل ، والتأخر في اكتساب اللغة، أو ضعف النطق اللفظي، ونقص القدرة على المشاركة في الحديث... إلخ. ويقوم هذا العلاج على استخدام التدخلات التعليمية والسلوكية لتعليم الطفل

التوحدى طرق الاستعمال الصحيحة للغة للتعبير عن معنى معين فى مواقف معينة من أجل تحقيق التواصل مع الآخرين، أى استخدام اللغة لتحقيق أهداف اجتماعية وعملية. ويقوم بتصميم هذه الطرق القائمون على عملية التعليم والأخصائيون فى أمراض التخاطب وعلماء النفس وغيرهم .

وتضم هذه التقنيات الحديثة اللغة المنطوقة، ولغة الإشارة، وأدوات التواصل التى تشمل بطاقات تحتوى على صور بسيطة وصور معالجة بالكمبيوتر والتى تنتج معلومات مكتوبة ومنطوقة وبموجب هذه التقنية يستطيع الطفل التوحدى استخدام لوحة المفاتيح بالكمبيوتر بمساعدة شخص آخر يمسك بيده ومن خلال اكتساب الطفل لهذه المهارات تدريجياً فإنه يستطيع أن ينتج لغة مطبوعة غير متوقعة (فى: Kratochwill, T. R et al., 1991).

وعلى الرغم من أهمية العلاج اللغوى بالنسبة للتعامل مع مشكلات اللغة فإنه لم يخضع للفحص العلمى كعلاج فعال فى تنمية اللغة والتواصل لدى أطفال التوحد.

ويعرض المؤلف لدراستين على سبيل المثال، وقد حاول الباحثون القائمون بهما معالجة بعض مشكلات اللغة وذلك على النحو التالى :

- قامت «كاثرين مانسينا، وآخرون Mancina, K. et al., 2000 .

بدراسة بعنوان: تقليل الأخطاء اللغوية للطفل المصاب بالتوحد عن طريق استخدام برنامج قائم على التحكم الذاتى .

كان الهدف من إجراء هذه الدراسة هو اختبار فعالية برنامج التحكم الذاتى فى تقليل الأخطاء اللغوية لدى الطفلة التوحديّة (كبرى) وعمرها (١٢) عاماً .

ولقد تم التعرف على سلوكياتها غير الملائمة من ثلاثة جوانب:
الأخطاء اللغوية، وتعبيرات الوجه، وحركات الجسد .

ولما كان تقليل الأخطاء اللغوية يستغرق وقتاً أطول في العلاج
حسبما أشارت دراسات سابقة (Kogegel, 1990) فإن الباحثين صمموا
برنامجاً لتقليل الأخطاء اللغوية لدى الطفلة مع ملاحظة تأثيرات البرنامج
بالنسبة للجوانب الإضافية التالية :

(أ) التغيير في السلوك الهادف .

(ب) التغيير في السلوكيات المصاحبة للأخطاء اللغوية .

(ج) القيام بالمهام .

(د) دقة التلميذة في التسجيل الذاتي .

(هـ) الوقت المطلوب من جانب التلميذة لإنهاء كل خطوة من خطوات
البرنامج .

وقد انطلقت هذه الدراسة من افتراض مؤداه أن تدريب أطفال
التوحد على إجراءات تصريف شئون الذات والتي تشمل التقييم الذاتي،
والتسجيل الذاتي، والتعزيز الذاتي يمكن أن يؤدي إلى خفض السلوكيات
النمطية (المتكررة) لدى الأطفال المصابين بالتوحد من خلال مواقف
علاجية برامجية . وعلى ذلك تم إعداد برنامج قائم على تدريب
التلميذة على تصريف شئون الذات من أجل خفض المعدلات العالية من
الأخطاء اللغوية مثل الطنطة (*)، وانعقاد اللسان ، ولزمات الكلام،
والمصاداة (ترديد ما يقوله الآخرون) واستخدام الضمائر بشكل خاطئ .
وقد استندت الدراسة في افتراضها هذا إلى نجاحات سابقة تحققت

(*) الطنطة: كثرة الكلام والدندنة - المعجم الوجيز .

باستخدام برنامج التحكم الذاتى فى معالجة بعض أعراض التوحد على يد باحثين آخرين ومنهم جاردينر، Gardner, 1983 ، وكوجل، Kogel R. L., 1992 وكوجل Kogel, R. L., 1993 .

وقد اشتملت خطوات برنامج التحكم الذاتى على ثلاث خطوات أساسية هي :

١- تحديد الطفلة السلوك الهادف الذى تقوم به بالاختيار من بين الأنشطة اللغوية أو الأنشطة الترفيهية فى وقت الراحة .

٢- تقييم الطفلة لأدائها السلوك الهادف، بأن تضع علامة على خط يمثل المهام التى تقوم بها كلما قامت بسلوك لغوى ملائم .

٣- التعزيز الذاتى بأن تضع علامة أمام المكافأة التى تستحقها فى جدول المكافآت ، فلكل سلوك هادف مكافأة مخصصة له بالجدول، وعلى المعالج أن يقدم للطفلة المكافأة بمجرد وضعها علامة تدل على إنجاز السلوك الهادف. ويلاحظ أن المكافآت تزداد قيمتها بالنسبة للطفلة كلما كان السلوك الهادف أكثر صعوبة. وقد تم تدريب الطفلة كبرى فى المرحلة الأولى من البرنامج على القيام بالخطوات السابقة بالاعتماد على نفسها. وفى المرحلة الثانية من البرنامج تم تدريب معلم الحجرة الدراسية فى المدرسة بأن يقوم مقام المعالج فى تدعيم وممارسة الطفلة لخطوات التحكم الذاتى .

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن التحكم الذاتى له دور إيجابى كبير فى تقليل الأخطاء اللغوية، وقد كان التحسن فى المرحلة الثانية من البرنامج أكبر وأسرع من المرحلة الأولى. وبالنسبة لتعبيرات الوجه وحركات الجسد غير الملائمة فقد تحسنت فى نهاية البرنامج ولكن بمعدل أقل من التحسن فى الأخطاء اللغوية .

ويوصى الباحثون بضرورة إجراء دراسات أخرى يخصص فيها وقت أطول لبرنامج التحكم الذاتي ليشمل أخطاء اللغة وجوانب سلوكية أخرى.

- أما الدراسة الثانية فقد قامت بها «ريتا إنجنمي، بالاشتراك مع «رون هوتين» (Ingenmey, R. & Houten, v, 1991 بعنوان: استخدام معالجة تقوم على إعطاء مهلة في الوقت لتحسين النطق التلقائي لدى طفل توحدى .

كان الهدف من هذه الدراسة هو تحسين النطق التلقائي لدى الطفل التوحدى «توم» البالغ من العمر (١٠) سنوات ونادراً ما يتحدث بتلقائية، وهي إحدى النقائص متكررة الحدوث في الأطفال التوحديين فليس في مقدورهم أن يقوموا بالنطق التلقائي المصاحب للنشاط الذي يؤديه .

وقد حدد الباحثان نشاطين يؤديهما الطفل خلال التجربة وهما:

النشاط الأول: اللعب: يعلب الطفل توم بدمية على شكل سيارة ويحركها نحو الباحث الجالس معه على الأرض ، أو يركن السيارة بالجراج أو يمولها بالوقود .

النشاط الثاني: الرسم: يرسم الطفل الشمس أو عصفور أو كرة أو زهرة . ويشجع الباحث الطفل على القيام بالنشاط المطلوب بأن يقول له: حرك السيارة نحوي! ، أو ارسم الشمس! .

وقد تضمنت الطريقة المتبعة في التجربة تعليم الطفل نوعين من الاستجابات: استجابة حركية أن يحرك السيارة أو يرسم شكلاً لها واستجابة منطوقة، ويتم تعلم الطفل لهاتين الاستجابتين من خلال إرشاد متدرج من جانب الباحث إلى أن يتعلم الطفل الاستجابة الحركية تماماً.

وبعد ذلك يسأل الباحث الطفل: ماذا تفعل؟ ماذا ترسم؟ لماذا تملأ السيارة بالوقود؟

وتكون الاستجابة المنطوقة في الرسم هي: أنا ارسم .. شمس، عصفور ... إلخ . بينما تكون الاستجابة المنطوقة في اللعب هي : السيارة تحتاج إلى وقود ، أو سأقوم بتغيير إطار عجلة السيارة .

ويتم تحفيز الطفل على الاستجابة المنطوقة من خلال نطق الباحث لهذه الاستجابة ليحاكيها الطفل ، وكذلك مدحه وتشجيعه في حالة أدائه لها، وأيضاً تعزيز الاستجابة بالمأكولات أو الحلوى .

ويقوم الباحث بحساب زمن الاستجابة المنطوقة بمجرد انتهاء الطفل من الاستجابة الحركية، وهذه الفترة الزمنية بين انتهاء الاستجابة الحركية وبداية الاستجابة المنطوقة هي مهلة الوقت التي يعطيها الباحث للطفل ليقوم بالنطق التلقائي . ومن خلال محاولات متكررة لجلسات عديدة يتم اختصار هذه المهلة من (١٠) ثوان إلى (٨) ثانية ثم (٦) ثانية ثم (٤) ثانية ثم ثانيتان من خلال تشجيع الطفل وإثابته . فإذا قام الطفل بالنطق تلقائياً قبل الانتهاء من الاستجابة الحركية فإن زمن الاستجابة المنطوقة هنا هو صفر / ثانية وهو السلوك المنشود في هذه التجربة .

وقد أسفرت نتائج التجربة عن تحقيق الهدف من إجراءاتها إذ ازداد معدل النطق التلقائي باستخدام طريقة المهلة الوقتية، ولكن هذا المعدل اختلف في النشاطين اللذين قام بهما الطفل، فقد استمر النطق التلقائي على مستوى عال أثناء اللعب بالسيارة لمدة أربع شهور بعد التجربة، بينما كان المعدل أقل بالنسبة للنطق التلقائي أثناء الرسم فقد انخفض النطق التلقائي عن مستواه العالي قبل انقضاء أربعة أشهر من نهاية التجربة .

ويقرر الباحثان أن نتائج هذه التجربة لا يمكن الانطلاق منها بتعميم ينطبق على باقى الأطفال التوحديين، ويوصيان بإجراء دراسات أخرى تتناول العديد من هؤلاء الأطفال حتى يمكن الوصول إلى تعميم هذه النتائج .

٨- العلاج البيئي : Environmental Therapy

قام «جون هاريسون، 1991، J. R. Harrisson» بدراسة بعنوان: تأثيرات العلاج المقيد للإثارة البيئية على سلوك الأطفال التوحديين .

وقد عرض الباحث للإطار النظرى لدراسته والمستمد من تراث التوحد ومن الخبرات الإكلينيكية فى التعامل مع الأطفال التوحديين، كما استفاد الباحث من البحوث الرائدة لـ «سودفيلد، بالاشتراك مع آخرين والتي تمخضت عن تقديم سودفيلد و«سكيشتر، Suedfeld and Schechter, 1991 لصيغة نظرية تطبيقية للعلاج القائم على تحديد الإثارة البيئية Restricted Environmental Stimulation Therapy (REST) .

والفكرة الأساسية لهذا العلاج تنبثق عما هو معروف عن الطفل التوحدى من رد فعل غير طبيعى عند تعرضه لمستويات عادية من الإثارة البيئية . وهذا يعنى وجود خلل وظيفى لدى الطفل التوحدى يؤدى إلى تفاعل غير طبيعى مع مثيرات البيئة ينتج عنه عدم قدرة الطفل على التلاؤم مع مستويات مناسبة من المثيرات (Lucci & Snyder, 1985) .

كما أوضح كل من «بارتاك، وآخرون 1975، Bartak, et al» أن الأشخاص التوحديين يتسمون بتفاعلات محدودة مع بيئاتهم . ومن ثم فإن تعرض هؤلاء الأشخاص لمستويات معتدلة من

الإثارة البيئية يؤدي إلى تعطل العمليات المعرفية واستجابة غير طبيعية للبيئة (Shah & Wing, 1986) .

ويتوقع الباحث بناء على ما سبق أن خفض كمية المثبرات التي يتعرض لها الأفراد التوحديون يمكن أن يؤدي إلى خفض أعراض التوحد. وهذا التوقع ينسجم مع التوجه النظري للعلاج المقيد للإثارة البيئية .

وتفترض الدراسة أن علاج (REST) يؤثر على نحو دال في الجوانب التالية :

- أ - يزيد من معدل تعلم الطفل التوحدي القيام بالمهام .
- ب- يزيد من الأداء المعرفي .
- ج- يقلل من تكرار أعراض التوحد .
- د - يخفض من قصور التفاعل الاجتماعي .
- هـ- يزيد من معدل التعبيرات اللفظية .
- و - يخفض من صعوبات النطق .

وقد اشتملت عينة الدراسة على ٦ من الذكور و٦ من الإناث تتراوح أعمارهم ما بين شهور سنوات و شهور و سنة من الأفراد التوحديين .

٢٠ ٥ ٦ ٦

وقد تم تقسيم هذه العينة إلى مجموعتين ، مجموعة العلاج باستخدام (REST) ، ومجموعة المقارنة التي لم يطبق معها هذا العلاج . وقد تم جانسة العينتين الفرعيتين .

وشملت إجراءات الدراسة تسجيل أعراض التوحد لجميع أفراد عينة الدراسة في بداية التجربة ونهايتها. وقد قام بتسجيل سلوك هؤلاء

الأفراد أخصائي العلاج (REST) ، ومساعدى العلاج والآباء .

وقد تواجد أفراد عينة الدراسة خلال فترة العلاج (٣٤ ساعة) فى مدرسة تقدم برنامج تعليمى خاص بالأفراد التوحديين، وقد اختيرت هذه المدرسة بعناية بحيث توفر فيها شرط هام للتجربة هو أن تكون مثيراتها محدودة .

وقد تم تخصيص حجرتين لإقامة أفراد عينة الدراسة طوال فترة التجربة، الحجرة الأولى خاصة بمجموعة العلاج وقد توافر فيها كل شروط الإثارة البيئية المقيدة من حيث الإضاءة وصوت مكيف الهواء ودرجة الحرارة والدمى ، وكانت كل هذه المثيرات وغيرها دون المتوسط من حيث الشدة، وعلى العكس من ذلك كانت حجرة مجموعة المقارنة فقد كانت كل مثيراتها متوسطة من حيث الشدة، علاوة على تنوع هذه المثيرات .

وقد روعى خلال فترة التجربة (٣٤ ساعة) أن يمارس أفراد مجموعة العلاج نشاطهم اليومى العادى دون التعرض لأية مثيرات متوسطة أو عالية الشدة وأن يكون تفاعلهم مع الآخرين محدوداً . أما أفراد مجموعة المقارنة فقد تم تعريضهم لمثيرات متوسطة الشدة كما سمح لهم بالاتصال الاجتماعى مع أحد الأفراد المعروفين لهم .

وقد أسفرت النتائج النهائية للدراسة عن خفض بعض أعراض التوحد فى مجموعة العلاج (REST) بالنسبة للحالات الأكبر سناً والتي تعاني من أعراض توحديّة أقل شدة . أما مجموعة المقارنة فقد تميز أفرادها على مجموعة العلاج بانخفاض السلوكيات التى تنم عن التوتر .

٩- العلاج بالانشغال : Occupational Therapy

للتعرف على هذا النوع من العلاج يعرض المؤلف دراسة قام بها الباحثان «جان سميث» و«تريزا برايان»، Smith, J. C & Bryan, T., 1991 بعنوان: تأثيرات العلاج بالانشغال مع التركيز على التكامل الحسى على الأطفال التوحديين فى سن ما قبل المدرسة .

ويعرض الباحثان الإطار النظرى للدراسة على النحو التالى :

يعانى الأطفال التوحديون صغار السن من مشكلات عمومية فى الارتباط بالآخرين أو انشغالهم بهم . وتؤثر هذه المشكلات فى قدرتهم على التواصل مع الراشدين والأقران وعلى ممارستهم للعب المهارى الذى يؤديه أطفال الحضانه العاديين والذى ينمو بشكل طبيعى .

ويبقى كثير من هؤلاء الأطفال غير مرتبطين نسبياً بالآخرين، ويتفاعلون معهم بأساليب تتسم بالجمود والآلية والحساسية (Green-span, wieder, 1997) ويرى بعض الباحثين أن جزء كبير من مشكلات الارتباط بالآخرين ترجع إلى صعوبة إدراك الأطفال التوحديين للإيماءات والتعبيرات الصادرة من الآخرين، ومن ثم فإنهم يفشلون فى استقبال هذه الإيماءات والتعبيرات . وعلى ذلك يفترض الباحثون أن مشكلة الارتباط بالآخرين المعروفة عن الأطفال التوحديين هى فى الأساس اضطراب معرفى (Baron & Cohen, 1991) .

وقد وصف «أوسترلينج» و«داوسن»، (Osterling and Dawson, 1994) الخلل الوظيفى فى التواصل مع الآخرين باعتباره فشل فى التوجه نحو مثير اجتماعى، وضعف الاتصال بالآخرين بالتقاء النظر، والقصور فى مشاركة الآخرين انتباههم والمحاكاة التلقائية لما يصدر عنهم من إشارات .

وقد افترض أورنتيز (Ornitz, 1974) أن الاختلالات في الأنظمة الحسية هو عرض أساسي في اضطراب التوحد، وبالتالي تؤدي هذه الاختلالات إلى صعوبات في استقبال المثيرات الحسية، وبالتالي حدوث خلل في الارتباط الاجتماعي، والتواصل مع الآخرين، واللغة.

وكمحاولة من جانب الأطفال التوحديين لتنظيم هذه الأنظمة الحسية فإنهم ينشغلون بأداء حركات نمطية ومثابرة Baranek; Foster & Perkson, 1997 فهم يرتبون دمي السيارات والحيوانات البلاستيكية في صفوف، ويحركون الدمى على الطاولة بشكل متكرر إلى الأمام والخلف، أو يعدون بطول الغرفة ذهاباً وإياباً غير واعين بالأشياء الموجودة على أرضية الغرفة .

ويظهر كثير من الأطفال التوحديين سلوكيات تتسم بالإثارة الذاتية مثل الهزهزة، ورفرفة الأيدي واللف. ويرى بعض الباحثين أن المشكلات الحسية لدى هؤلاء الأطفال تكمن وراء سلوكيات انشغالهم الذاتي (Greenspan & Wieder, 1997) .

ويخلص الباحثان من عرض إطارهما النظري إلى أن الأطفال التوحديين يتجنبون الارتباط بالآخرين ونادراً ما يقومون بالتواصل المتوقع منهم، مع أن القدرة على الانشغال بواحد من أنشطة اللعب والتفاعل مع الآخرين هي أساس نمو العلاقات الاجتماعية. وتعتبر هذه المهارات الأساسية حجر الزاوية في تحقيق التواصل والتعليم .

وقد اهتم المعالجون بالانشغال بعملية التكامل الحسي، فقد وصف «وليامسون، وانزالون، Williamson & Anzalone, 1997 طريقة للتكامل الحسي للتعامل مع الأطفال التوحديين وحددوا ثلاث عناصر لهذه الطريقة على النحو التالي:

١- مساعدة الآباء لفهم سلوك أطفالهم وتسريع اكتسابهم للعلاقات مع الآخرين .

٢- مساعدة الآباء والمدرسين لتعديل البيئة لكي تجيب على الاحتياجات الحسية للطفل .

٣- مساعدة الأطفال على تنظيم استجاباتهم الحسية ليشملها تكامل حسي .

وفى العلاج بالانشغال ، تنسجم الأنشطة التي يقوم بها الطفل مع مستقبلاته ومخرجاته الحسية ضمن التكامل الحسي مما يؤثر على حفزه وانتباهه .

وبناء على ذلك، يعتبر التكامل الحسي أساس لقدرة الطفل على الانشغال باللعب والتفاعل مع البيئة، لأن التكامل الحسي يؤدي إلى توافر مستويات مناسبة من الحفز والانتباه .

وقد استخدم الباحثان خطة التعامل الفردي مع كل طفل على حدة لتحقيق التكامل الحسي من خلال اندماج الطفل فى اللعب بمساعدة معالج الانشغال الذى يسعى إلى استمرار انشغال الطفل بلعبة ما حتى يتمها أى يكتسب ميزة اللعب المهارى وعندئذ يتحقق التكامل الحسي من خلال العلاج بالانشغال .

وقد تم قياس وقت اللعبة، واستمرارية الانشغال، ومستوى اللعب المهارى، والتفاعل مع الأشياء ومع الآخرين سواء فى بداية التجربة أو خلال مراحل العلاج .

ومن خلال مقارنة المعلومات الواردة فى بداية التجربة والواردة من المراحل العلاجية يمكن الإجابة على تساؤلات الدراسة التالية:

١- هل تمكن الأطفال التوحديون الذين خضعوا للعلاج من زيادة معدل اللعب المهارى؟

٢- هل تمكن هؤلاء الأطفال من خفض معدل سلوكيات عدم الارتباط مع الآخرين؟

٣- هل تمكن الأطفال المشاركون فى العلاج من زيادة معدل تفاعلهم مع الراشدين والأقران؟

وقد تألفت عينة الدراسة من خمسة أطفال توحديين تراوحت أعمارهم ما بين (٤ - ٥) سنوات. وقد تم تطبيق العلاج بالانشغال عليهم أثناء تواجدهم فى الفترة النهارية بإحدى دور الحضانة الخاصة بالأطفال التوحديين.

تم تصميم الدراسة على أن تكون بداية تنفيذ العلاج عند عودة التلاميذ من إجازة الشتاء إلى الحضانة .

وتم تقسيم فترة العلاج (عشرة أسابيع) إلى مرحلتين:

(١) فترة الراحة: بدأ البرنامج العلاجى بفترة راحة زمانها ثلاثة أسابيع يمارس فيها الأطفال برنامج الدراسة المعتاد وألعابهم أثناء وقت الفراغ دون أى تدخل علاجى من جانب أخصائى العلاج بالانشغال.

(٢) فترة العلاج: وقد استمرت سبعة أسابيع فى حجرة مجاورة لحجرة الدراسة تم تجهيزها بشروط قياسية من حيث الإثارة البيئية المحدودة، ومجموعة صغيرة من الدمى واللعب حيث يختار الطفل واحدة من بينها بشكل تلقائى. ويساعد المعالج كل طفل فى التعامل مع لعبته بشكل صحيح مع إثابته كلما أدى حركة صحيحة فى التعامل مع اللعبة، مشجعاً الطفل على الاستمرار فى التعامل

الصحيح مع اللعبة حتى يتقنها (اللعبة المهارى) وقد تم تصوير كل طفل بالفيديو كليب أثناء راحته وأثناء لعبه المهارى، كما تم تسجيل سلوكياته مع المدرس والأقران من أجل تقييم الجوانب التالية:

(أ) سلوك الانشغال بأداء اللعبة .

(ب) التفاعل مع الراشدين .

(ج) التفاعل مع الأقران .

(د) السلوكيات غير الهادفة (غير المرتبطة بشيء ما أو شخص ما) ، مثل التجوال والبهلقة (النظر لمدة طويلة لشيء ما) .

وبمقارنة أداء الأطفال فى الجوانب السابقة فى فترة الراحة بأدائهم فى فترة اللعب فقد توصل الباحثان إلى النتائج النهائية التالية:

١- حقق الأطفال التوحديون الخمسة تقدماً فى اللعب المهارى والارتباط مع الآخرين بدرجات متفاوتة .

٢- أظهر هؤلاء الأطفال تحسناً قليلاً فى معدل التفاعل مع الآخرين .

٣- على الرغم من المصدقية المحدودة للدراسة إلا أن نتائجها دعمت نتائج الدراسات الأخرى من حيث التأكيد على فعالية العلاج بالانشغال مع التركيز على التكامل الحسى فى حدوث تغييرات موجبة فى سلوكيات أطفال التوحد .

١٠- العلاج التبادلى - النمائى : Exchange and Development Therapy

قام جان لويس أدريان، وآخرون 1992 Adrien, J. L. et al. بدراسة بعنوان: التطور النفسى للأطفال التوحديين بأسلوب العلاج التبادلى - النمائى .

وقد تألفت الدراسة من شقين، الأول يصف مبادئ وأهداف هذا النوع من العلاج والذي يقوم على نتائج الدراسات الحديثة في مجال علم نفس النمو وعلم فسيولوجيا الأعصاب وما تم التوصل إليه من ملاحظات وتقييمات سلوكية ونمائية مرتبطة بتحسين الوظائف المضطربة وتنمية القدرات الاجتماعية والمعرفية للأطفال التوحديين . والشق الثاني يعرض لدراسة استطلاعية للتطور النفسي لعينة قوامها (٢٤) من الأطفال التوحديين الذين تم إخضاعهم لهذا الأسلوب العلاجي في مركز للرعاية اليومية لأطفال التوحد الذين يتلقون جلسات يومية .

ويعرض المؤلف في إيجاز لهذا النوع من العلاج على النحو التالي: يستند هذا العلاج إلى المبادئ المستمدة من علم فسيولوجيا الأعصاب ومنها أن أعراض التوحد تنتج بشكل أساسي عن وجود خلل في الجهاز العصبي المركزي وبالتالي عجز يكاد يكون تام في وظائف المخ يظهر في اضطراب الأنشطة الحسية والإدراكية والمعرفية .

وبناء على ذلك يتألف العلاج التبادلي - النمائي من ثلاثة عوامل أساسية هي:

١- يوجد لدى الطفل التوحدي اضطرابات نوعية في دوافعه الحسية تمنعه من التعامل بصورة صحيحة مع البيئة الطبيعية والاجتماعية المحيطة به .

٢- يوجد لدى الطفل التوحدي القدرة والدافع للتعلم بشرط توافر البيئة الملائمة .

٣- يحدث اضطراب التوحد مبكراً ويستقر بسرعة، وهذا يعني ضرورة التدخل العلاجي المبكر لإعادة النمو للوظائف العضوية والنفسية مما يساعد على نمو نفسي متناغم وتوافق اجتماعي .

ويجرى العلاج التبادلي - النمائي وفقاً للخطوات التالية:

١- توفير بيئة آمنة هادئة: تخلو من الفوضى والصخب والعوامل المنفرة للطفل .

٢- تقدير حجم المشروع العلاجي: وذلك بتقدير شدة اضطراب التوحد لدى الطفل المصاب، وتقييم كل جوانب حياة الطفل بمشاركة الأسرة وكذلك تقدير الخدمات المقدمة من المستشفى أو مركز رعاية أطفال التوحد .

٣- عقد جلسات العلاج التبادلي - النمائي يومياً لمدة لا تقل عن سنتين كل جلسة مدتها (٢٠) إلى (٣٠) دقيقة وتتم الجلسات في قاعة العلاج وفي توقيت ملائم للطفل، ويؤدي مهام العلاج أخصائيان بالتبادل على أن يكون الأول بمثابة مرجع للطفل ويعرفه الطفل جيداً والثاني أقل مشاركة لحياة الطفل اليومية، وتكون جلسات العلاج منظمة بطريقة ما بحيث يعمل أحد الأخصائيين كمعالج أساسي ويعمل الآخر كملاحظ ثم يتبادلان الأدوار وهكذا .

وتحتوى كل جلسة على ممارسة الطفل لأنشطته المفضلة وفقاً لمستوى نموه واهتماماته وعلى المعالج أن يساعد الطفل على تحقيق أهداف نمائية بإنجازه لهذه الأنشطة فردياً وجماعياً مع أقرانه . كما يسعى إلى جعل الطفل هادئاً في نهاية الجلسة قبل أن يعود لعائلته .

ويشمل تقييم نمو الطفل الجوانب التالية: الحركة اليدوية واللغة والتفاعل الاجتماعي والإدراك والانفعال .

وقد تضمن الشق الثاني من الدراسة تجربة أجريت على عينة من الأطفال التوحديين قوامها أربعة وعشرون طفلاً توحدياً (١٧ من الذكور و٧ من الإناث) متوسط أعمارهم (٤٥) شهراً وفقاً للخطوات السابقة .

وتتلخص النتائج النهائية للدراسة في إحراز تقدم من جانب الأطفال التوحديين أفراد عينة الدراسة في الجوانب المعرفية والاجتماعية العاطفية من جهة، كما حققوا نمواً متفاوتاً في قدراتهم الأخرى من جهة أخرى .

ويقرر الباحثون بأن هؤلاء الأطفال لم يحققوا تقدماً في القدرات الإدراكية والحسية كما ينتقد الباحثون أنفسهم فيقررون بأن الأدوات التي استخدمت في ملاحظة وتقييم سلوك الأطفال لم تكن دقيقة وكافية(*) .

ومع ذلك فإن ميزة التدخل العلاجي المبكر مع هؤلاء الأطفال قد حققت نجاحاً ملحوظاً في التقدم الواضح للغة وتحسن في المهارات الاجتماعية وخفض أعراض التوحد .

١١ - العلاج بالحياة اليومية: Daily Life Therapy

ليبيان هذا النوع من العلاج يعرض المؤلف للدراستين التاليتين:

- قام «إسماعيل محمد بدر» (١٩٩٧) بدراسة بعنوان: مدى فعالية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد.

وتدور هذه الدراسة حول نوع من البرامج العلاجية التربوية التي تطبق في مدارس التربية الخاصة في اليابان وأمريكا وكندا وإندونيسيا على أطفال التوحد.

وقد عرض الباحث المبادئ الأساسية الخمسة التي يقوم عليها العلاج بالحياة اليومية وهي:

١ - التعليم الموجه للمجموعة .

(*) أجريت هذه الدراسة عام ١٩٩٢، ولم تكن الأدوات والوسائل المستخدمة في تقييم سلوكيات أطفال التوحد بالدقة والموضوعية التي هي عليها الآن.

٢- تعليم الأنشطة الروتينية .

٣- التعلم من خلال التقليد .

٤- تقليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريب الصارم .

٥- المنهج الذى يركز على الموسيقى والرسم والألعاب الرياضية (أو الحركة) .

وقد تكونت عينة الدراسة من (٤) أربعة أطفال ذكور ممن يعانون من مرض التوحد، تتراوح أعمارهم بين (٦, ٥) سنة إلى (٨, ٧) سنة. وكانت قائمة المظاهر السلوكية للأطفال ذوى التوحد هي أداة الدراسة الأساسية .

وقد اتضح من نتائج الدراسة أن هذا البرنامج العلاجى بمبادئه الخمسة يسهم فى تحسن حالات هؤلاء الأطفال، ويجعلهم قادرين على الاعتماد على أنفسهم .

ويرى إسماعيل بدر أن نجاح العلاج بالحياة اليومية مع الأطفال ذوى التوحد يرجع إلى أنه برنامج متكامل يتناول كافة الاضطرابات الخاصة بفئة الأطفال التوحديين فهو يركز على تعلم المهارات الأكاديمية والدراسية فى مدارس التربية الخاصة من خلال أساتذة متخصصين فى هذا المجال، ويركز أيضاً على تقديم برامج فى المدرسة العادية من خلال دمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم الأسوياء وذلك لخلق بيئة صالحة للنمو الاجتماعى والانفعالى .

- قامت كل من الباحثتين «أنى لاركن، «وسوزان جورى»، Lar-kin, A. S. & Gury, S, 1998 .

بدراسة بعنوان: تقرير عن تحسن ثلاثة أطفال توحديين باستخدام العلاج بالحياة اليومية .

وتعرض الباحثان لخطة الدراسة التي تقوم على ملاحظة ومتابعة سلوكيات ثلاثة أطفال توحيدين تتراوح أعمارهم بين (٦ - ١٥ سنة) بهدف تقييم سلوكياتهم قبل بداية العلاج ، ثم في نهاية العلاج بالحياة اليومية الذي طبق عليهم فترة زمنية تزيد على العامين .

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن تقدم ملموس في سلوك الأطفال وانتباههم داخل حجرة الدراسة، وكذلك تناقصت السلوكيات غير الملائمة، غير أن هؤلاء التلاميذ قد أظهروا نقصاً في تحسن أدائهم للسلوكيات الملائمة .

تعقيب المؤلف :

يرى المؤلف أن هذه العلاجات الحديثة هي محاولات علاجية بديلة للعلاجات التقليدية، وهي ذات نتائج محدودة من حيث اقتصار فائدتها على عدد محدود من الأطفال التوحيدين يمثلون حجم العينات التي شملتها دراسات الباحثين، وكذلك اقتصار فائدة كل منها على تنمية جانب أو أكثر من جوانب النمو، أو تحسين بعض أعراض التوحد .

والإقرار بالنتائج المحدودة لهذه العلاجات يأتي من قبل أصحابها أنفسهم إذ تقر كاثرين مانسينا وآخرون (٢٠٠٠) بأن نتائج تجربتهم في تقليل الأخطاء اللغوية عند عينة من الأطفال التوحيدين من خلال تدريبهم على التحكم الذاتي لا يمكن الانطلاق منها بتعميم ينطبق على باقى الأطفال التوحيدين ويوصى الباحثون القائمون بهذه التجربة بإجراء دراسات أخرى تتناول العديد من هؤلاء الأطفال حتى يمكن الوصول إلى تعميم هذه النتائج .

ولما كانت حدة أعراض التوحد تختلف من طفل توحدى إلى آخر وتعمق هذه الاختلافات بتغير العوامل البيئية المحيطة بالطفل فإن كل

طفل توحدي يعتبر حالة قائمة بذاتها لها مشكلاتها واحتياجاتها الخاصة. وبناء على ذلك فمن وجهة نظر المؤلف أن فائدة هذه العلاجات تصبح أعظم قدرأ إذا تم الانتقاء من بينها لعمل توليفة علاجية تمثل الصيغة الأفضل لعلاج طفل توحدي ما في موقف ما .

وهذا ما يمكن أن نستقرئه من واقع الممارسة العملية لهذه المحاولات العلاجية فعلى سبيل المثال، نجد أن المعالج باللعب يستخدم مع الطفل التوحدي اللمس والقراءة والموسيقى والرسم لتحسين أعراض التوحد (*) ويستخدم أخصائي العلاج اللغوي اللعب والرسم لتدريب الطفل التوحدي على النطق التلقائي (**)... وهكذا .

رؤية المؤلف في علاج الطفل التوحدي:

يتفق كثير من الباحثين مع رأى عثمان فراج (عثمان فراج، ديسمبر - ٢٠٠١ : ٥) من أن الإنسان لم يصل حتى الآن إلى علاج طبي شافٍ لإعاقة التوحد لأن العلم لم يصل بعد إلى تحديد العوامل المسببة لهذه الإعاقة .

وعلى الرغم من وجود عامل مرجح كسبب للتوحد وهو وجود خلل في الجهاز العصبي المركزي إلا أن هناك وجهات نظر متعارضة فيما يتعلق بالعلاقات السببية التي تربط هذا الخلل الوظيفي في المخ بالخصائص المميزة للاضطراب (Kabot, S et al., 2003).

ويرى عبد الرحمن سليمان (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١ : ٣٦) أن تشخيص إعاقة التوحد لا يزال من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال الطفولة وربما يرجع السبب في ذلك إلى

(*) راجع دراسة ويني ميتلورف وآخرون : (العلاج باللعب) ص ص : ١١٥-١١٩ .

(**) راجع دراسة إنجنمي ورون هوتين: العلاج اللغوي ص ص : ١٢٦-١٢٢ .

أن خصائص أو صفات الاضطراب غالباً ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى. ولذلك يتعين الحصول على معلومات دقيقة حتى يتم تشخيص الأعراض بدقة وبالتالي تمييز الأشخاص التوحديين عن غيرهم من الأفراد المصابين باضطرابات أخرى.

وهذا يستلزم تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائي التخاطب والتحليل الطبية وغيرهم .

ويرى المؤلف أنه بسبب تشابك وتعقد الصورة الإكلينيكية للتوحد نتيجة ارتباطه باضطرابات نمائية أخرى (اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة) ومصاحبته أحياناً لأمراض وإعاقات أخرى فإنه يلزم عند التعامل مع كل طفل توحدي إجراء كل من التشخيص السيكاتري وفقاً للمحكات التشخيصية الدولية ، والتشخيص الفارق ، والتشخيص الفردي ، وتشخيص التطور اللاحق . مما سبق وأن عرض له المؤلف .

ومن البديهي أن تشخيص التطور اللاحق يمهّد ويسرّ وضع خطة إنمائية علاجية تعليمية تأهيلية ناجحة بهدف استثمار القدرات المتبقية لدى طفل توحدي ما ، وكذلك استثمار ظروفه الأسرية والبيئية المواتية أفضل استثمار ممكن من أجل تحقيق أفضل نمو وتوافق نفسي لهذا الطفل مما يقترب به من نظيره الطفل العادي ، وإن لم يكن هذا ممكناً فربما استطاع الطفل التوحدي التفوق على نظيره الطفل العادي ولو في جانب واحد من جوانب النمو أو قدرة من القدرات أو مهارة من المهارات في مجالات الرياضيات أو فنون الرسم أو الموسيقى أو النشاط البدني بما يفوق قدرات الطفل السليم (عثمان فراج، ٢٠٠٢: ٥٣-٥٨) .

وهناك نقطة حاسمة في مدى التقدم الذي يمكن إحرازه في علاج طفل توحدي وهي الاكتشاف المبكر للحالة والبدء الفوري في تنفيذ برنامج التدخل العلاجي والتأهيلي المناسب للطفل، وتنفيذ البرنامج

بالتعاون الوثيق بين الأخصائيين وأ أسرة الطفل .

وقد أثبتت الدراسات والتجارب العلمية الحديثة أهمية التدخل المبكر فى علاج اضطراب التوحد .

ومن وجهة نظر المؤلف أنه لا يمكن إحراز تقدم فى علاج طفل توحدى دون التغلب على كل المشكلات التى تعوق الاكتشاف المبكر للحالة، والتشخيص الجيد بكل أنواعه، ثم التدخل العلاجى المبكر بتنفيذ برنامج علاجى تأهيلي للطفل بالتعاون بين جميع القائمين على رعايته .

ومن خلال البحث المصنئ فى التعرف على عالم التوحد ، تعثر المؤلف فى عشرات بل مئات البحوث والدراسات الحديثة فى جميع أنحاء العالم فى محاولات جادة لإيجاد علاج لهذه الإعاقة المعضلة والعناية بالأطفال المصابين بها .

وفى مقابل هذا الاهتمام العالمى بهذه الفئة من الأطفال التوحيديين نجد أن علاج التوحد فى مصر والوطن العربى سار سيراً بطيئاً بحيث لم تنل هذه الفئة حظها من الاهتمام والرعاية حتى بالمقارنة بفئات الإعاقات الأخرى ويرجع ذلك لأسباب متعددة سبق أن عرض لها المؤلف (*) .

وفى حدود ما أتيج للمؤلف من دراسات وبحوث حديثة محلية وعالمية فى مجال التوحد، فقد تضمنت وجهة نظره فى علاج التوحد ثلاثة اتجاهات رئيسية هى:

الاتجاه الأول : العلاج السلوكى الحديث (تحليل السلوك التطبيقى) .

(*) راجع علاج التوحد فى مصر والعالم العربى: ص ص ١٠٣-١٠٥ .

الاتجاه الثانى: برامج التدخل العلاجى والتأهيلى .

الاتجاه الثالث: العلاجات الحديثة .

ولا يعنى تحديد هذه الاتجاهات الثلاثة من جانب المؤلف أنه قد تم حصر كافة الاتجاهات الحديثة فى علاج التوحد، كما لا يعنى تحديد هذه الاتجاهات أن كلاً منها قائم بذاته ومستقل عن الاتجاهين الآخرين، بل إن السمة الغالبة هى التداخل والامتزاج بين الاتجاهات الثلاثة فى واقع الممارسة العملية، غير أنه من قبيل المعالجة النظرية لإعاقة التوحد كان التصنيف إلى هذه الاتجاهات .

وبالنسبة للعلاج السلوكى الحديث فإنه منهج علاجى يقوم على تسجيل دقيق لدوافع الطفل التوحدى والسلوكيات المرتبطة بها، ثم عمل تغذية راجعة مباشرة، ومكافأة السلوكيات الناجحة وفقاً لجدول مكثف للتعزيزات المعدة سابقاً، وتجميع للبيانات من أجل التقييم، ثم إجراء محاولات منظمة لبناء السلوك المرغوب وصولاً إلى صيغة عالية البناء التنظيمى تتلائم مع الاحتياجات الفردية لهذا الطفل .

وقد أقر كثير من الباحثين بنجاح هذا المنهج العلاجى فى التعامل مع الأطفال التوحديين لقيامه على أسس منطقية مقبولة وإحرازه لنتائج عملية أفادت فى تحسين مسار النمو لكثير من هؤلاء الأطفال وخاصة صغار السن منهم، ويستخدم هذا المنهج بشكل أساسى فى برامج التدخل العلاجى والتأهيلى، كما أنه مفيد فى التعامل الفردى مع الطفل التوحدى من خلال تطبيقه أثناء إجراء محاولات علاجية محدودة تهدف إلى اكتساب الطفل للمهارات الأساسية وأهمها الانتباه والتواصل واللغة، مما يعينه على الاستفادة من البرنامج التعليمى والتأهيلى .

وبالنسبة لبرامج التدخل العلاجى والتأهيلى للأطفال التوحديين

فإنه في خلال العقود الثلاثة الأخيرة، فقد تعددت هذه البرامج بدرجة كبيرة وكل برنامج منها يدعى أصحابه ومؤيديه أنه الأكثر أهمية، إلا أن كثير من الدراسات الحديثة قد أكدت أهمية برنامج لوفاس في تحسين مسار نمو ما يقرب من نصف عدد الأطفال الذين التحقوا بهذا البرنامج بحيث أمكنهم دخول المدرسة العادية مع أقرانهم العاديين ومواصلة دراستهم، ورجماً عن هذا النجاح فإن انتقادات كثيرة وجهت إلى برنامج لوفاس لأنه يقوم على خضوع الطفل التوحدي للتعليم والتدريب المكثف لمدة (٤٠) أربعين ساعة أسبوعياً لفترة زمنية لا تقل عن سنتين، ويحتاج هذا العمل الشاق إلى عدد من الأخصائيين بعدد الأطفال التوحيديين المتحقين بالبرنامج، كما يحتاج إلى تكلفة مالية عالية جداً لا يقدر عليها معظم آباء هؤلاء الأطفال .

وربما كان الحل لكثير من أسر الأطفال التوحيديين هو تطبيق أجزاء من هذا البرنامج مع تدخل بعض العلاجات الحديثة المنتقاة لتناسب حالة الطفل التوحدي وأسرته بقصد تطبيقها من جانب الوالدين في المنزل لمساعدتهم في اكتساب الطفل المهارات الأساسية والسلوكيات الهادفة من جهة، وتعديل سلوكياته غير الملائمة من جهة أخرى .

وبالنسبة للعلاجات الحديثة فإن المؤلف يراها بمثابة محاولات علاجية بديلة للعلاجات التقليدية، وعلى الرغم من أنها تقوم على أسس نظرية منطقية وإجراءات عملية منضبطة وتقنية حديثة إلا أن نتائجها محدودة الأثر في علاج التوحد، ذلك أن كثيراً منها أجرى على حالات فردية أو عينات صغيرة من الأطفال التوحيديين وبالتالي لا يمكن تعميم النتائج لفائدة مجتمع التوحد .

وتركز هذه العلاجات على تنمية جانب من النمو أو أكثر كما لو كانت هذه الجوانب مستقلة بعضها عن البعض الآخر، وهي كذلك تسعى

لإكساب الطفل مهارات بعينها دون الأخذ في الاعتبار تسلسل وترايط المهارات عند تعليمها (*).

كما أن نجاح تطبيقها على طفل توحدي ما يتوقف على عوامل عديدة ربما يكون واحداً منها أو أكثر غير مواتٍ سواء طبقت الطريقة العلاجية في المركز التخصصي أو في المنزل، فلكل مكان منهما مزايا وعيوب، فمثلاً حضور جلسات العلاج في المركز التخصصي مرتين على الأقل أسبوعياً لمدة سنتين أو أكثر لا شك أنه يفيد الطفل ولكنه مكلف ومرهق للأسرة، أما العلاج المنزلي فربما كان أقل إرهاقاً للأسرة وتكلفة ولكنه أقل فعالية ما لم يتقن الوالدين فهم وتطبيق الطريقة العلاجية المقترحة.

ويخلص المؤلف وجهة نظره في علاج الطفل التوحدي في أن البداية الصحيحة لهذا العلاج هي الاكتشاف المبكر للحالة من جانب الوالدين أساساً والمحيطين بالطفل منذ نعومة أظفاره، ويسهم في تحقيق ذلك عوامل عديدة أهمها وجود وعي عام لدى الآباء والأمهات بأعراض التوحد من خلال وسائل الإعلام وغيرها.

وتوفير المراكز المتخصصة لاستقبال الأطفال التوحديين التي تقوم بالتشخيص الدقيق بكل أنواعه (سيكاتري، وفارقي، وفردى، ومستقبلي).

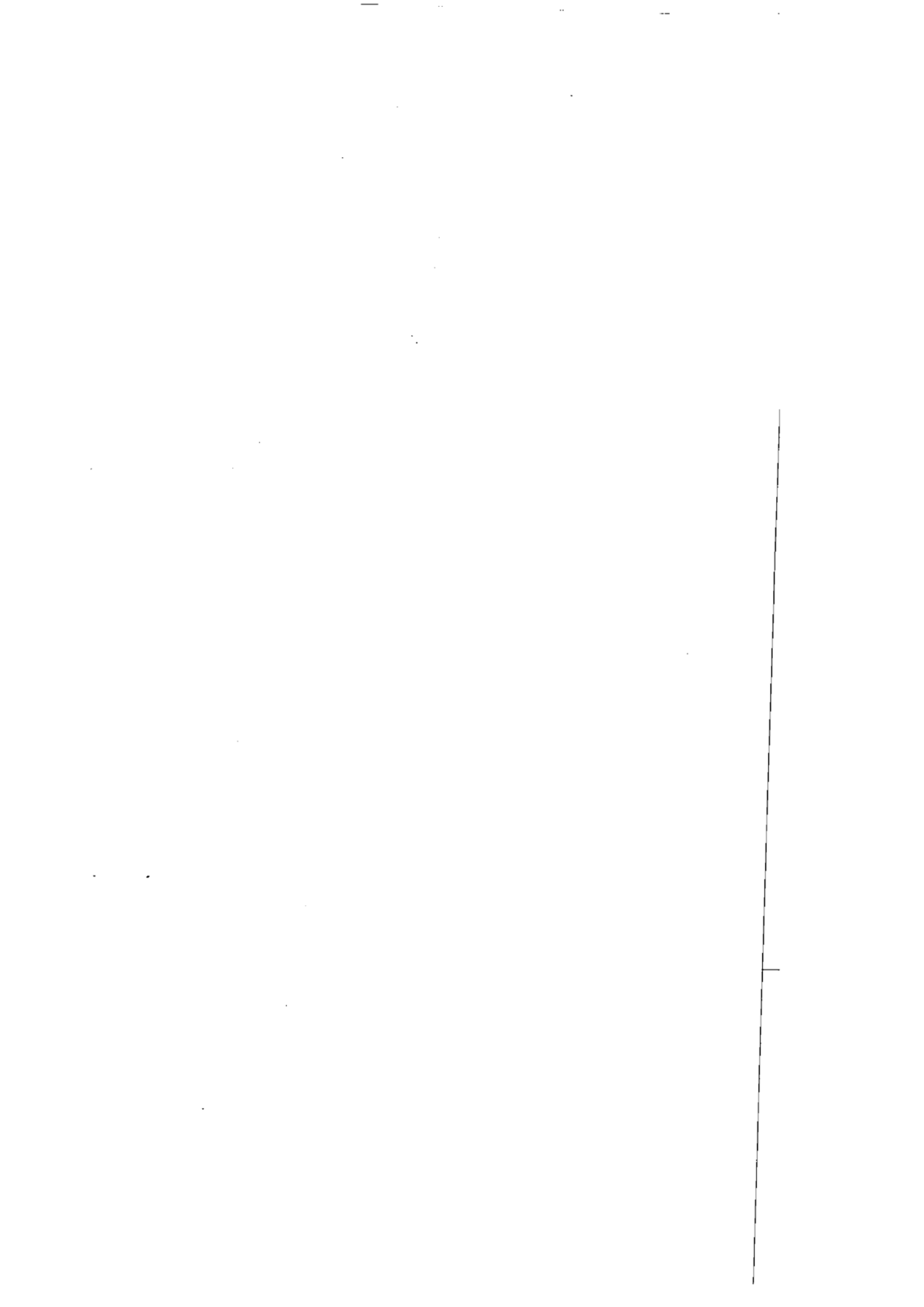
ويجري عمل بروفيل لطفل توحدي ما بعد تطبيق الاختبار الفردي من أجل تقديم صورة متكاملة لمستوى النمو والسلوكيات غير الملائمة لهذا الطفل تمكن الأخصائيون والأسرة من تحديد دقيق لمشكلات الطفل واحتياجاته وكذا قدراته الفعلية، وفي هذا الإطار من

(* راجع دراسة سيشريمان (٢٠٠١) ص ص : ٩٦-٩٢.

الوضوح يمكن وضع برنامج علاجي متكامل قد يشمل كل الاتجاهات الحديثة السابق تحديدها أو واحداً منها بحسب شدة الإصابة بالتوحد وظروف الطفل وأسرته .

وعند تنفيذ البرنامج العلاجي التعليمي للطفل يجب التعاون القلم بين الوالدين والأخصائيين والمدرسين من أجل تنفيذه بدقة من أجل الوصول إلى أكبر قدر من النجاح في تعليم الطفل وتدريبه ورعايته مما يحقق أعلى مستوى ممكن من النمو والتوافق النفسى .

وربما كانت وجهة النظر هذه مثالية إلى حد كبير، ولكن صعوبة الإعاقة وحق هؤلاء الأطفال فى الرعاية ربما يحفزنا للتقريب بين الواقع والمأمول فى علاج الطفل التوحدى .



المراجع

- ١- أحمد عكاشة (١٩٩٢): الطب النفسى المعاصر. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ٢- إسماعيل محمد بدر (١٩٩٧): مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية فى تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد (فى) المؤتمر الدولى الرابع لمركز الإرشاد النفسى والمجال التربوى: ٢ - ٤ ديسمبر / المجلد الثانى . كلية التربية: جامعة عين شمس. ص ص : ٧٢٧ - ٧٥٦.
- ٣- السيد عبد العزيز مصطفى (١٩٩٩): اضطرابات بعض الوظائف المعرفية وعلاقتها بمستوى التوافق لدى الأطفال الذاتويين. رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد دراسات الطفولة: جامعة عين شمس.
- ٤- جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفاوى (١٩٨٨): معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الأول. القاهرة: دار النهضة العربية.
- ٥- حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠١): موسوعة علم النفس العيادى. الاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة: الأسباب- التشخيص- العلاج. القاهرة: دار القاهرة .
- ٦- حسنى إحسان الحلوانى (١٩٩٦): المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى الأوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية . رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية: جامعة أم القرى بمكة المكرمة .
- ٧- خطوة (مجلة) العدد (١٤) ، ٢٠٠١. المجلس العربى للطفولة والتنمية .

- ٨- رشاد عبد العزيز موسى (٢٠٠٢): علم نفس الإعاقة. القاهرة: الأنجلو المصرية .
- ٩- رمضان محمد القذافي (١٩٨٨): سيكولوجية الإعاقة. القاهرة: الدار العربية للكتاب .
- ١٠- سميرة عبد اللطيف السعد (١٩٩٨): برنامج متكامل لخدمات إعاقة التوحد في الوطن العربي (في) بحوث ودراسات وتوصيات المؤتمر السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة في الوطن العربي، المجلد الثاني، ص ص ١٨٥ - ٢٠٤ .
- ١١- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) (١): الأطفال التوحيديون: دراسات تشخيصية وبرامجية . القاهرة: دار الرشاد .
- ١٢- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) (٢): جداول النشاط المصورة للأطفال التوحيديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً. القاهرة: دار الرشاد .
- ١٣- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١): إعاقة التوحد، ط ٢. القاهرة: زهراء الشرق .
- ١٤- عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (١٩٩٩): الطفل التوحيدي (الذاتوى- الاجترارى) : القياس والتشخيص الفارق. (في) المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسى: جامعة عين شمس .
- ١٥- عبد المنان ملا معمور (١٩٩٧) : فاعلية برنامج سلوكى تدريبي فى تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحيديين (في) المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسى (الإرشاد النفسى والمجال التربوى ٢-٤ ديسمبر) . المجلد الأول - كلية التربية : جامعة عين شمس . ص ص ٤٣٧ - ٤٦٠ .

- ١٦- عثمان لبيب فراج (ديسمبر-١٩٩٤): إعاقة التوحد أو الاجترار Autism خواصها وتشخيصها (١). النشرة الدورية (العدد ٤٠)، السنة الحادية عشر. القاهرة: اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ص ص: ٢ - ٨.
- ١٧- عثمان لبيب فراج (ديسمبر - ٢٠٠١): برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد (١). النشرة الدورية (العدد ٦٨)، السنة الثالثة عشر. القاهرة: اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين. ص ص: ٢ - ٢١.
- ١٨- عثمان لبيب فراج (مارس - ٢٠٠٢): برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد (٢). النشرة الدورية (العدد ٦٩)، السنة الرابعة عشر. القاهرة: اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ص ص ٢ - ١٤.
- ١٩- عثمان لبيب فراج (ديسمبر ٢٠٠٢): برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد (٥). النشرة الدورية (العدد ٧٢)، السنة الثامنة عشر. القاهرة: اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ص ص: ٢ - ١٣.
- ٢٠- عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢): الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة: تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها - أسبابها - التدخل العلاجي. القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية.
- ٢١- علاء الدين كفاقي (٢٠٠١): تشخيص الاضطراب الاجترارى. مجلة علم النفس، العدد (٥٩) السنة الخامسة عشر يوليو ٢٠٠١. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب. ص ص ٦ - ١٥.
- ٢٢- كارتياس - مصر، مركز سيتى للتدريب والدراسات فى الإعاقة

العقلية. الأوتيزم، وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم. مركز سيتي
بالقاهرة. ديسمبر ١٩٩٣.

٢٣- لويس كامل مليكة (١٩٩٨): الإعاقة العقلية والاضطرابات
الارتقائية. القاهرة: دار النهضة العربية.

٢٤- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩١): الطفولة والمراهقة:
المشكلات النفسية والعلاج. القاهرة: بدون ناشر.

٢٥- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨): الطفولة والمراهقة:
المشكلات النفسية والعلاج. القاهرة: بدون ناشر.

٢٦- محمد على كامل (١٩٩٨): من هم ذوى الأوتيزم وكيف نعددهم
للنضج؟ القاهرة: الأنجلو المصرية.

٢٧- هدى أمين عبد العزيز (١٩٩٩): الدلالات التشخيصية للأطفال
المصابين بالأوتيزم، الذاتية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية
الآداب: جامعة عين شمس.

٢٨- وليم الخولى (١٩٧٦): الموسوعة المختصرة فى علم النفس
والطب العقلى. القاهرة: دار المعارف.

29- Adrien, J. L.; et al. (1998) Psychological evolution of
autistic children treated with the exchange and devel-
opment therapy (French). Psychology Francaise, vol.,
43 n3 sep. 1998, pp: 239 - 247 Universite Paris 8,
France.

30- American psychiatric Association (1994); Diagnostic
and Stastical Manual for Mental Disorders. 4th Ed.,
DSM-IV, Washington D. C., Author.

- 31- **Baker, F. (2003).** Music therapy, sensory of integration and autistic child. *International Journal of Disability, Development & Education*. Vol. 50 n3 Sep 2003, 351 - 353. Taylor & Francis, United Kingdom.
- 32- **Bondy, A. (1999).** Total immersion therapy for autism. focus on autism and other developmental disabilities. Austin: Summer 1999, Vol. 14, ISS Z; pg. 116, 4 pgs.
- 33- **Clarkson, G. (1994).** Creative music therapy and facilitated Communication: New ways of reaching students with autism. *Preventing School Failure*, VOL. 38, pp: 31 - 33. win 1994.
- 34- **Cullen, L.; Barlow, J. (2002).** Kiss, Cuddle, Squeeze: The experiences and meaning of touch among parents of children with autism attending a touch therapy programme, *Journal of Child Health Care*, Vol. 6 n3 Sep. 2002, pp: 171 - 181. sage Publications, NS.
- 35- **Escalona, A. et al. (2001).** Brief report: Improvements in the behavior of children with autism following massage therapy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 31 n5, pp: 513 - 516 Oct. 2001.
- 36- **Gabriels, R. L. (2003).** Art therapy with children who have autism and their families MALOCHIDI, Cathy a. (ED). (2003). *Handbook of Art Therapy*. (pp. 193 -

206). New York, NY, US: Guilford Press, XVII, 64 pp.

- 37- **Harris, L. S. (2002).** Applied behavior analysis: Its application in the treatment of autism and related disorders in young children. *Infants and Young Children*, VOL. 14 n3, pp: 11 - 17 Jan. 2002.
- 38- **Harrison, J. R. (1991).** Effects of restricted environmental stimulation therapy on the behavior of children with autism. *Child Standy Journal*, Vol. 21 n3, pp: 153 - 166.
- 39- **Hartshon, K. et al. (2001)** Creative movement therapy benefits children with autism. *Early Child Development and Care*, 2001, pp: 1 - 5. Taylor & Francis, United Kingdom.
- 40- **Ingenmy, R.; Houten, V. (1991).** Using time delay to promote spontaneous speech in an autism child. *Journal of Applied Behavior Analysis*, Vol. 24 n3, pp: 591 - 596.
- 41- **Jensen, V. K., Sinclair, L. V. (2002).** Treatment of autism in young children. behavioral intervention and applied behavior analysis. *Infants and Young Children*, Vol. 14 n4, pp: 42 - 52 Apr 2002 .
- 42- **Jung, S.; Lee, Y. (2000).** A double blind study of dim-

ethylglycine TZU - CHI - Medical Journal. 2000, Vol. 12 n3: pp: 111 - 121.

43- **Kabot, S. et al. (2003)**. Advances in the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders, Professional Psychological Research and Practice, 2003 Feb., Vo 343 n1, pp: 26 - 33. US: American Psychological Assn.

44- **Khalil, O. (1995)**. Behavioral therapy for autistic children, pp: 261 - 275.

(في) بحوث ودراسات في التربية الخاصة. المجموعة الثالثة: بحوث ودراسات نفسية واجتماعية. المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة. أكتوبر ١٩٩٥. وزارة التربية والتعليم .

45- **Kratochwill, T. R. et al. (1991)**. The practice of child therapy 2nd ed. pergamon General Psychology Series, pp: 567 - 578. US.

46- **Larkin, A. S.; Gury, S. (1998)**. Progress reported in three children with autism using daily life therapy. Journal of Autism & Developmental Disorders. Vol. 28 n4 Aug 1998, pp: 339 - 342. Kluwer Academic / Plenum Publishers, US.

47- **Mancina, K. et al. (2000)**. Brief report: Reduction of inappropriate vocalization for a child with autism using a self - management treatment progress. Journal of

Autism and Development Disorders, Vol. 30 n6, pp: 599 - 606 Des. 2000.

- 48- **Mc Queen, J, Heck, A. (2002).** Secretin for the treatment of autism. *Annals of pharmacotherapy.* 2002, Vol. 36 n2: 305 - 311.
- 49- **Mittledrof, W. et al. (2001).** Play therapy with autistic children. Landreth, Gorryl. (ED). (2001). *Innovations in Play Therapy: Issues, Process, and Special Populations.* (pp: 257 - 269). XII, 369 pp.
- 50- **Mori, S. (2001).** The role of the self - object experience in the therapy of an autistic child: From Lying flat to launching a spaceship. *Journal of Child psychology* Vol. 27 n2 Aug. 2001, pp: 159 - 173. Taylor & Francis / Rout-ledge, England.
- 51- **Schoen, A. (2003).** What potential does the applied behavior analysis approach have for the treatment of children and youth with autism?. *Journal of Instructional psychology.* 2003 Jun, Vol. 30 n2: 125 - 130.
- 52- **Schreibmann, L. (2001).** Focus on Integration: The future of the behavior treatment of autism. *Behavior Therapy.* 2001 Feb, Vol. 32 n4, pp: 619 - 632, US.
- 53- **Smith, J. C.; Bryan, T. (1999).** The effects of Occupational therapy with sensory integration emphasis on

preschool age children with autism. *American Journal of Occupational therapy*, Vol. 53 n5 Sep- Oct. 1999, pp: 489 - 497.

- 54- **Spoheim, E. et al. (2002).** Multiple doses of Secretin in the treatment of autism: A controlled study. *Acta Paediatrics*, 202. Vol. 91 n5: 540 - 545.
- 55- **Towbin, K. (2003).** Strategies for pharmacologic treatment of high functioning autism and Asperger syndrome. *Childhood Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 12 n1. pp: 23 - 45.
- 56- **Watling, R. et al. (1991).** Current practice of occupational therapy for children with autism. *American Journal of occupational Therapy*, Vol. 53 n5 Sep - Oct 1999, 498 - 505. American Occupational Therapy Assn, US.
- 57- **Weiskop, S. et al. (2001).** The treatment of sleep problems in a 5 - years - old boy with autism using behavior principles autism: *The International Journal of Research and practice*, Vol. 5 n2, p 259 - 21 Jun. 2001.
- 58- **Wimpory, D. C.; Nash, S. (1999).** Musical interaction therapy: Therapeutic play for children with autism. *Child Language Teaching & Therapy*, Vol. 15 n1 Feb. 1999, pp: 17 - 28. Edward Arnold, England.

59- World Health Organization 1992; the ICD - 10 Classification of Mental and Behavior Diagnostic Guidelines Genva, Author.

مراجع أخرى على الإنترنت:

٦٠- الجزيرة. الحمية الغذائية الخالية من الكازيين والجلوتين تساعد الأطفال التوحديين. العدد (٤٥)، ٢٠٠٢.

<http://www.al-gazira.com.Sa/magazine/050822003/atalfal8.htm>.

٦١- راية إبراهيم حكيم. التوحد Autism

WWW. AUTISM. COM

٦٢- سلامتک . ساعدهم ليتعرفوا إلى العالم. العدد ١٣٧، ٢٠٠٣.

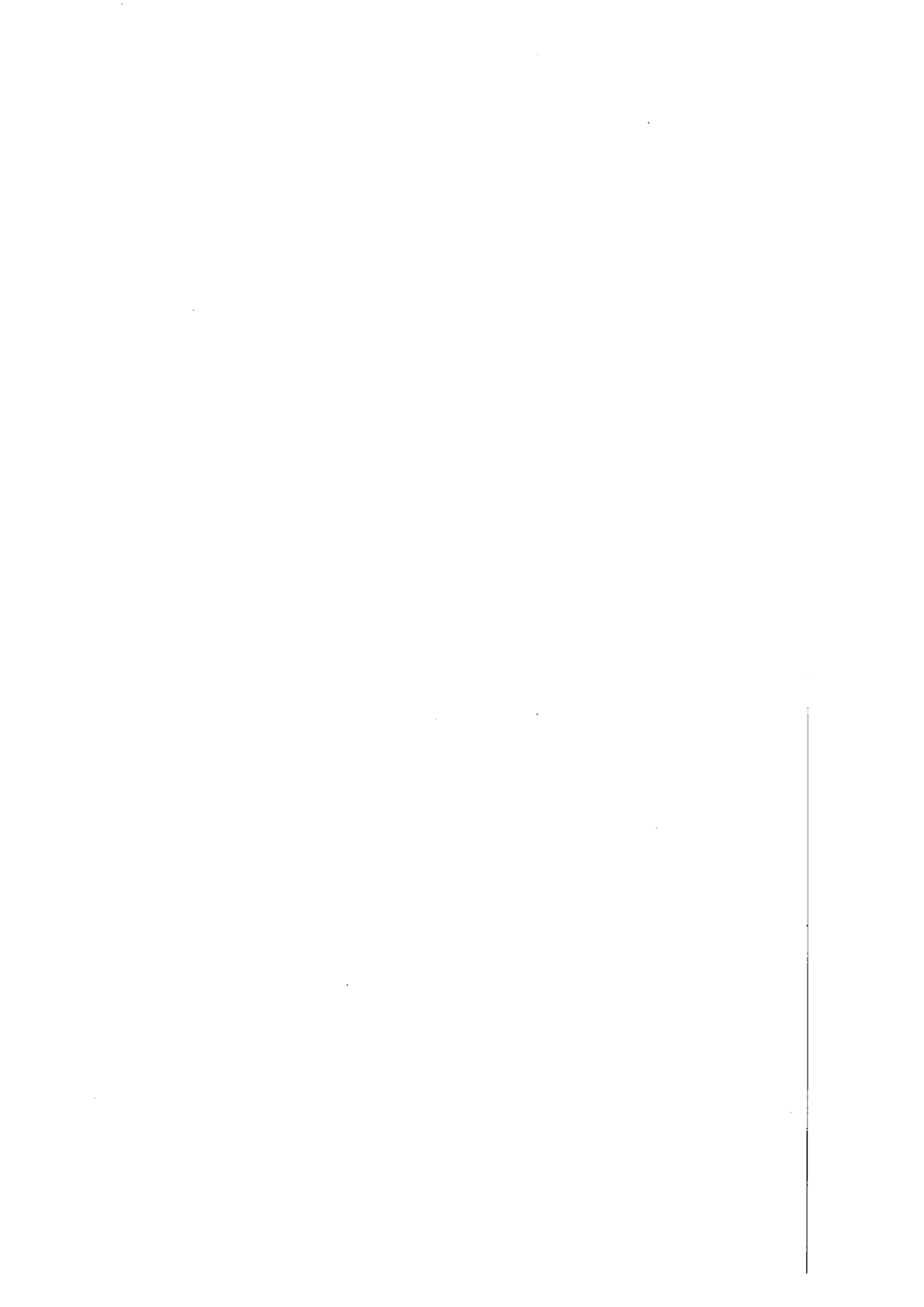
[Http // www.annaharonline.com/htd/salemtak.HTM](http://www.annaharonline.com/htd/salemtak.HTM)

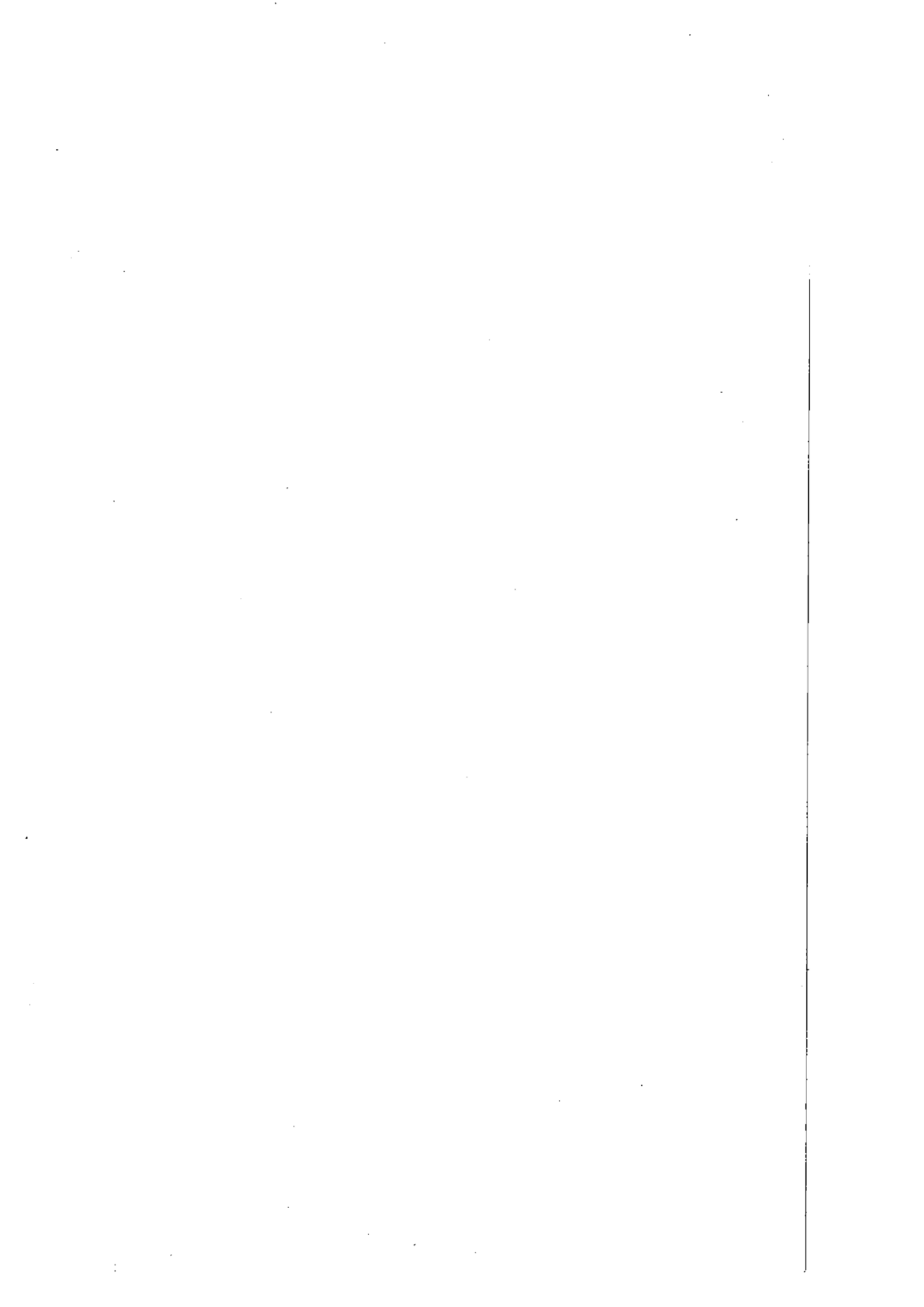
٦٣- شبكة الحكماء. أهمية التدخل المبكر في علاج التوحد، ٢٠٠٣.

[Http // www.alhokma.net/modules/new66/viewtopic.php?topicid=27&forum=6](http://www.alhokma.net/modules/new66/viewtopic.php?topicid=27&forum=6).

٦٤- محمود جمال أبو العزائم - اضطراب الذاتوية (التوحد)، ٢٠٠٣.

WWW. AUTISM. COM.







هذا الكتاب

هو محاولة جديدة للإبحار فى محيط التوحد العميق الملى بالغموض والأسرار . إن إعاقة التوحد لاتزال واحدة من أشد وأعقد الإعاقات التى تصيب الأطفال فيتعثرونموهم فى جميع جوانبه وتبقى آثار الإعاقة معهم حتى مرحلة الرشد والشيخوخة ، ولايزال العلم عاجزاً عن فك شفرة هذه الإعاقة المستعصية ، إلا أن العلم لا يعرف لغة المستحيل ، فعلى الرغم من أن الإنسان لم يصل حتى الآن إلى علاج طبي شافى للتوحد ، إلا أن العلماء والباحثين والأطباء يبذلون جهوداً مضمينة مثابرة للكشف عن أسرار هذه الإعاقة وإيجاد علاج ناجع لها ، فمع كل إشراقة شمس يأتى بحث جديد بأمل جديد .

ومؤلف هذا الكتاب الدكتور إبراهيم محمود بدر أستاذ الصحة النفسية المساعد بكلية التربية النوعية - جامعة القاهرة .

هو أحد الباحثين الجادين التى تشرف مكتبة الأنجلو المصرية بنشر كتابه " الطفل التوحدي " ، والذي يعرض فيه بأسلوبه الموجز والواضح لأهم وأحدث البحوث والدراسات والآراء التى تناولت الطفل التوحدي بالتعريف والتشخيص والعلاج .

والله نسأل أن يكون عملنا هذا خالصاً لوجهه الكريم ، ونافعاً للقراء من الآباء والأمهات والباحثين والمختصين والمسئولين وعلى الله قصد السبيل .

قرش جني
١٥

الناشر