نحو فهم أكثر عمقاً لاضطراب التوحد

إعداد

أ.د/ إيمان فؤاد كاشف

أستاذ الصحة النفسية والتربية الخاصة

كلية التربية – جامعة الزقازيق

مقدمة:

هناك حقيقة ثابتة لا يمكن إغفالها فى دراسة أى فئة من فئات المجتمع وهى الفردية. إن التفرد هو السمة المميزة لكل شخص. فالإنسان مخلوق فريد من قوى الطبيعة ومن المستحيل أن نجد شخصين متشابهين تمام التشابه حتى التوائم المتماثلة، والناس فى تفردهم أشبه ببصمات الأصابع، فمن المستحيل أن نجد بصمتين متشابهتين لشخصين مختلفين وليس الأصابع فقط بل أيضاً الصوت والعين والأذن.

وعلى هذا فلا يمكن للمعرفة السيكولوجية أن تغفل دراسة الفردية طالما أن كل سلوك هو سلوكاً فردياً بالذات، وأن كانت مشكلة كيفية قياس هذه الفروق بين الأفراد فى الصفات الجسمانية كما هو الحال فى الظواهر الطبيعية ممكنا، أما بالنسبة للظواهر النفسية فلا يوجد مقاييس يتم فيها القياس بشكل مباشر بل يتم القياس من خلال ملاحظة سلوك الشخص حتى مقاييس الذكاء تتداخل فيها ذاتية الفاحص وخبرته فى القياس.

وعامة كل الأطفال الذين يعانون من أضطراب التوحد يواجهون مشكلات ومعوقات متشابهه ولكنها ليست متطابقة. ولذلك يمكن أن نقول أن اضطرابات التوحد هو اضطراب فردى نوعى خاص.

فكل حالة تُعد حالة فريدة متميزة، لديها قدراتها الخاصة وكذلك مشاكلها النوعية. وذلك يجعل المختصين والمعالجين والوالدين يقفون فى حيرة كبيرة عند إجراء التشخيص والتقييم التربوى، وأيضاً عند وضع الخطة الفردية لرعاية أو تعليم أو تأهيل الأشخاص ذوى اضطراب التوحد. واضطراب التوحد هو اضطراب نمائى حاد تزداد نسب انتشاره يوماً بعد يوم، وتتطور المحكات التشخيصية وتتنوع ما بين طبية وسلوكية وتربوية وذلك لتنوع النماذج المتفردة للأشخاص ذوى اضطراب التوحد. كما تتنوع وتتعدد المداخل العلاجية ما بين طبية وغذائية وتربوية وسلوكية.

إن اضطراب التوحد يمكن النظر إليه بأنه أكثر الأعاقات صعوبة وذلك للتفاوت الشديد بين مستويات المهارات المختلفة لدى أشخاص هذه الفئة. مما يجعل فهمهم والتدخل العلاجى معهم أمراً شديد الحساسية لما يتطلبه من الدقة المتناهية فى عمليات التشخيص والتقييم والملاحظة والخطط العلاجية المقدمة. وفى هذه الورقة البحثية نحاول إلقاء الضوء على بعض القضايا الهامة التى تتيح لنا الرؤية بصورة أفضل وادراكاً أدق لمعنى الاوتزم أو اضطراب التوحد فنتعرض إلى ماهية اضطراب التوحد وهل هو إعاقة نمائية منتشرة أم هى إعاقة عقلية؟ وهل لدى الأشخاص ذوى اضطراب التوحد إدراك للعقل؟ أو ما يعرف بنظرية العقل؟ وكيفية تفسير مشكلة التواصل عند طفل الاوتزم؟ ومشكلة التكامل الحسى لديهم.

أولاً: اضطراب التوحد إعاقة عقلية أم إعاقة اجتماعية؟

يعد اضطراب التوحد Autism اضطراب نمائى عام، كما يعد فىنظر الكثيرين شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية حيث يتأثر الأداء الوظيفى العقلى للطفل سلباً بسبب هذا الاضطراب. ووفقاً للأحصاءات التى نشرها الاتحاد القومى لدراسات وبحوث اضطراب التوحد بالولايات المتحدة الامريكية عام (٢٠٠٣) فإن نسبة انتشاره قد اختلفت تماما عن العقود السابقة. فقد ارتفعت معدلات الانتشار فى الألفية الجديدة لتصل إلى ١: ٢٥٠ حالة ولادة فى المتوسط. بعد أن كانت فى التسعنيات من القرن الماضى تصل إلى (٤-٥) حالة لكل عشرة آلاف حالة (عادل عبد الله:٢٠٠٢).

وقد مر تشخيص اضطراب التوحد بالعديد من المراحل منذ أشار إليه ليو كانر Leo Kanner عام (١٩٤٣) وملاحظاته عن الفروق بين الأطفال ذوى الأعاقة الفكرية وأطفال اضطراب التوحد، ثم نظر إليه البعض على أنه نمط من أنماط فصام الطفولة، ثم اكتشف الطبيب النمساوى هانز اسبرجر Hans Asprger عام (١٩٤٤) متلازمة أعراض مرضية تمثل نمط من أنماط اضطراب التوحد وهى التشابه فى القصور فى الجانب الاجتماعى للطفل مع بعض القصور اللغوى مع ارتفاع معدل الذكاء.

ثم ظهر أول إشارة لاضطراب التوحد فى الدليل التصنيفى التشخيصى والاحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية خلال الطبعة الثالثة ثم الرابعة حيث تم النظر إليه كاضطراب سلوكى. ومع التقدم فى الدراسات والبحوث تم التعديل فى النسخة الرابعة المعدلة من الدليل واعتباره اضطراب نمائى عام أو منتشر Pervasive developmental disorder والذى تنعكس مشاكله على كل جوانب النمو العقلى المعرفى والحركى والاجتماعى واللغوى.

ولكن هل يمكن التسليم بأن اضطراب التوحد هو إعاقة عقلية؟

يشير عادل عبد الله (٢٠٠٤) إلى أن اضطراب التوحد كاضطراب نمائى عام يؤثر بشكل سلبى على العديد من جوانب النمو الآخرى لدى الطفل وعلى رأسها الجانب العقلى المعرفى وأنه هناك قصور ملحوظ فى الانتباه، الأدراك، الذاكرة، التفكير، التجهيز المعرفى للمعلومات، وانخفاض نسب الذكاء إلى حدود التخلف العقلى.

بينما يرى بومنجر، كاسارى Bauminger & Kasari (١٩٩٩) أن العديد من الدراسات الحديثة تشير إلى أن ٧٥٪ تقريباً من أطفال اضطراب التوحد لديهم نسب ذكاء فى حدود التخلف العقلى البسيط أو المتوسط، والنسبة الباقية وهى ٢٥٪ لديهم مستوى ذكاء متوسط وقد نشر الاتحاد القومى الأمريكى لاضطراب التوحد (٢٠٠٣) NAAR عدداً من الحقائق وهى:

- أن نسبة حوالى ٩٠٪ على الأقل من الأطفال ذوى اضطرابات التوحد يقع مستوى ذكائهم فىحدود التخلف العقلى البسيط أو المتوسط.

- أنه نادراً ما نجد أطفالاً من ذوى اضطرابات التوحد يقل معدل ذكائهم عن مثل هذا المستوى
- أن نسبة ٥-١٠٪ تقل مستويات ذكائهم عن تلك الحدود. وهم من ذوى اضطرابات التوحد الشديد.
- أن بعض من النسبة السابقة يتميزون بمستويات ذكاء مرتفعة. أو قد يكون بعضهم موهوباً حيث يمثلون متلازمة اسبرجر.

وقد ينظر البعض إلى اضطراب التوحد كإعاقة إجتماعية حيث السمة الأساسية والأكثر ظهوراً للكافة وجود قصور إجتماعى شديد لديهم سواء فى القدرة على تنمية علاقات اجتماعية أو تنمية مهارات اجتماعية سواء لفظية أو غير لفظية مما يؤثر على قدرتهم على المشاركة أو التفاعل الاجتماعى فى المواقف الاجتماعية المختلفة.

ويشير جيلسون Gillson (٢٠٠٠) **إلى ثلاثة اختلالات اجتماعية رئيسية وهى**:

١- عدم القدرة على فهم الآخرين مشاعرهم وأفكارهم.

٢- عدم القدرة على التنبؤ بالسلوك فى المواقف الاجتماعية المتشابهة.

٣- القصور فى تنمية لغة اجتماعية.

وهذا ما يجعل الطفل التوحدى قاصراً عن الاندماج مع البيئة المحيطة به. أنه لا يستطيع أن يعبر عن رغباته او احتياجاته بلغة اجتماعية مقبولة، ولا يستطيع أن يتضمن الآخرين مع ذاته. فهو يدرك ذاته فقط، ولا يستطيع أن يفهم أن هناك أنا، وهو، وأنت إنه لا يستطيع أن يدرك الضمائر. ولغته قاصرة عن تكوين الجمل الاجتماعية.

كما يفتقد إلى القدرة على التقليد والتعميم للمواقف الاجتماعية المتشابهة وبالتالى فإن كل موقف اجتماعى هو موقف جديد بالنسبة له يحتاج إلى تعلم وممارسة. كما أنه يستخدم الكلمات دون هدف محدد. فقد يستطيع أن يتلفظ بعض الكلمات ويكررها ولكنه لا يستطيع توظيفها توظيفاً اجتماعياً صحيحاً. ولا يستطيع استخدام الكلمات ومعانياها كى تساعده على استرجاع المعلومات، كما لا يمكن أن يعيد ترتيب تلك المعلومات التى يستقبلها وهذا ما يطلق عليه الترديد المرضى للكلام.

وبالتالى يمكن النظر إلى اضطراب التوحد على أنه اضطراب يتضمن الجانب العقلى والاجتماعى معاً. فهو يختلف عن الإعاقة العقلية فى العديد من المظاهر مثل:

- أن غالبية أطفال اضطراب التوحد لا تظهر عليهم علامات الاضطراب الإ خلال السنة الثانية أو الثالثة.
- أن بعض الأطفال يولد طبيعياً ويظل كذلك خلال السنة الأولى والثانية ثم يبدأ تدهور القدرات التى تم اكتسابها.
- أن الطفل المعاق عقلياً لدية إدراك للآخرين من أول يوم فهو يبتسم لهم، ويفهم تعبيرات الوجه والأصوات الغاضبة، بعكس الطفل التوحدى.
- أن الطفل المعاق عقلياً لديه جميع القدرات العقلية مثل الانتباه، التذكر، الأدراك ولكنها تكون ضعيفة أو قاصرة. بعكس طفل اضطراب التوحد الذى يمتلك هذه القدرات بصورة جيدة ولكنه لا يستطيع توظيفها.
- أن طفل الإعاقة العقلية يستطيع فى بعض الأحيان تطوير اللغة لديه بما يتناسب مع سياقها الاجتماعى ولديه إدراك للأصوات المختلفة بعكس الطفل التوحدى.
- أن طفل الإعاقة العقلية يستطيع اكتساب السلوكيات الاجتماعية بعد التدريب عليها والاحتفاظ بها لأنه يمتلك القدرة على التقليد وأن كانت ضعيفة.
- بينما طفل اضطراب التوحد يفتقر إلى التقليد وبالتالى لا تصلح معه البرامج التدريبيه الجماعية ويحتاج إلى التدريب الفردى المكثف.
- أن الطفل التوحدى يفشل فى فهم معانى اللغة أو الإيماءات كوسيلة من وسائل التواصل ويحتاج إلى تدريب. وقد لا يستطيع البعض منهم تطوير أى لغة على الإطلاق.

وعلى ذلك يمكن القول أن هناك فروقاً كثيرة واضحة بين ذوى الإعاقة العقلية واضطرابات التوحد تؤكد لنا أننا أمام اضطراب خاص بفئة محددة لديها زملة من الأعراض المتباينة والتى تظهر لدى كل فرد من أفراد هذه الفئة بنسبة معينة وقدرة محددة تختلف عن باقى أفراد الفئة.

ثانيا: اضطراب التوحد وإدراك العقل

وإذا كنا قد ذكرنا من قبل إن هؤلاء الأشخاص ليس لديهم القدرة على فهم مشاعر وانفعالات الآخرين فإن هذا يقودنا إلى نظرية حديثة بدأت فى الانتشار فى السنوات الاخيرة لتفسير مشكلة الاشخاص التوحديين فى تطوير اللغة وهنا نحاول الأجابة على التساؤل الثانى وهو هل لديهم إدراك للعقل؟ فإذا كانت اللغة هى الأساس ليشكل الإنسان معارفه الاجتماعية والنفسية والثقافية. فإن الأطفال عند اكتسابهم للغة يواجهون صعوبة فى اكتساب اساسيات النظام اللغوى مثل (الفونولوجى، المورفولوجى، والتراكيب اللغوبة) والتى يكتسبها الطفل خلال الخمس سنوات الأولى من عمره.

كما يحتاج الطفل إلى معرفة كيفية استخدام اللغة لتنمية عملية التواصل ولنجاح التواصل فإن الطفل يحتاج إلى تنمية وتطوير مهارات الاستخدام الاجتماعى للغة.

وهناك بعض المهارات الاجتماعية اللازم اكتسابها للاستخدام الملائم للغة مثل: متى تتكلم، وما الذى تتكلمه؟ ولمن تتكلم؟ وكيف؟ وهذا يتطلب اكتساب مهارات الحوار والكلام والتى يكتسبها الطفل ويتعلمها من خلال ملاحظة التفاعلات الاجتماعية وقواعد السلوك الاجتماعى لأى مجتمع أو جماعة. كما يحتاج نجاح التواصل كذلك إلى القدرة على فهم الاستنتاجات والاستدلالات عن الآخرين وعن المعنى الذى يقصدونه فى كلامهم أو سلوكهم.

وتؤكد دراسات (كولومبينو Colombino، ٢٠٠٤، لودر وآخرون Leudar et al،، ٢٠٠٤، شانكر Shanker،٢٠٠٤، ويليامز Williams ٢٠٠٤، لودر، كوستال Leudar & Costall،٢٠٠٤) على أن القدرة على قراءة وفهم مشاعر وأفكار الآخرين تختلف لدى الأطفال ذوى اضطراب الاوتزم عن الطفل العادى وأنها قد تكون مسئولة عن قصور التواصل لديهم وأول من تكلم عن نظرية العقل هو بيرماك وود رووف (١٩٧٨) وتشير إلى القدرة على نمو الحالة الذهنية أو العقلية المستقلة للذات أو للآخرين من أجل التنبؤ وتفسير السلوك (تواصلى أم لا؟) ثم قام ويلمان Wellman (١٩٩٠) بتفسير دور نظرية العقل فى التنبؤ بالسلوك لدى الأطفال.

وبالرغم من أن نظرية العقل ضرورية لتفسير القدرة على تشكيل الحالة الأنفعالية من الإشارات الطبيعية مثل تعبيرات الوجة، حملقة العين، والتلميحات الوجدانية غير اللفظية الأخرى مثل وضع الجسم، والإيماءات ونغمة الصوت فإن دورها الاجتماعى هو الترابط مع الآخرين (وارتون Wharton ٢٠٠٣).

وتختلف تفسيرات الباحثين لنظرية العقل فالبعض نظر إليها من خلال تشكيل الحالات العقلية أو الذهنية. حيث تناولها جيلمان Gelaman (٢٠٠٣) كضرورة للعمليات المعرفية مثل تحقيق ترابط الانتباه وحل المشكلات التعاونى والتعرف على المقاصد والرغبات والمعتقدات وأفكار الآخرين والذات بغرض التواصل.

بينما يحللها البعض على أنها حالة من التأمل والوعى وجزء من الهدف العام للقدرات الاستدلالية والقدرات الخاصة بالتفكير وهى عملية أساسية للأحساس. ليلارد Lillard (١٩٩٨) بينما يصنفها سبيربر، ويلسون Sperber & Wilson(٢٠٠٢) بإنها الامتلاك المحتمل للمثيرات الخارجية مثل الكلام والسلوكيات والعمليات الداخلية مثل الأفكار والذكريات والتى تقدم وتوفر مدخلات للعمليات المعرفية.

وهناك بعض الأعراض التى تدعم فكرة افتقاد نظرية العقل أو الافتقار إلى القدرة على القراءة الذهنية لدى أطفال اضطراب التوحد بمستويات مختلفة. (بارون كوهين Barn – Cohen، ١٩٩٥). وهناك عدد من الإعزاءات التى يمكن اختيارها لعرض وتقديم المستويات المختلفة لدى الأشخاص ذوى اضطراب التوحد.

ومن خلال دراسات وبحوث مجلس الأبحاث الطبية للاوتزم CMRC (٢٠٠١) يظهر أن الأطفال الأوتيزم لا يمكنهم تحقيق الانتباه المشترك، ولا يمكنهم اللعب التخيلى، ويبدون حذريين يفتقرون إلى الضحك والابتسام أو الأستجابة للوجه الباسم، ولكنهم يضحكون بطريقة غريبة وفى مواقف لا يمكن تفسيرها. كما أنهم لا يمرحون أو يفرحون بما حولهم، ولا يمكنهم الاحتفاظ بالاسرار ولا لديهم الرغبة فى الاجتماعية حتى لو كانت حوارت

بسيطة ولا يحبون الضحك المشترك كما يفتقرون إلى التواصل الهادف وأحياناً ما يبدو عليهم أنهم كالصم أو ينتجون لغة نمطية متكررة وأصوات تبدو فى صورة قوالب ويواجهون صعوبة فى فهم بعض التعبيرات البيانية أو المجازية كما أنهم غير قادرون على فهم التهكم أو النكت.

وهذا كله يمكن تفسيره وتشخيصه فى إطار انخفاض قدرات قراءة العقل. حيث يكون العقل فيها موجهاً ومتمركزاً نحو ذاته (هابى Happe، ٢٠٠٣) وليس نحو التفاعل مع العالم الخارجى هذا ما يبدو أنه يحدث لدى بعض الأشخاص الذين تم تشخيصهم كحالات أوتزم ويرى فريث Frith (٢٠٠٣) أن أطفال الاوتزم ربما يفتقرون إلى الرغبة الفطرية التى يمتلكها الأطفال العاديين للتواصل. كما أنهم لا يشاركون فى الأهداف العامة مع العالم الخارجى، وربما يفتقرون إلى الرغبة الدقيقة لتقديم والحصول على المعلومات والتأثير فى الآخرين والتأثر بهم بمعنى أنهم يفتقرون إلى الرغبة فى التفاعل مع العالم الخارجى.

وهنا يثار سؤال هام وهو ما إذا كان الاطفال الأوتزم لا يمكنهم أو لا يفضلون المشاركة فى التواصل؟

هناك عدد كبير من الدراسات التى تعزو أو ترجع أعراض الاوتزم إلى مشكلات فى التوافق الأنفعالى، وكذلك مشكلات فى التوافق الاجتماعى (كولومبينو Colombino ٢٠٠٤، شانكر Shanker ٢٠٠٤، ويليامز Williams ٢٠٠٤) حيث ارجعت سبب هذه المشكلات إلى عدم القدرة على تفسير تعبيرات الوجه الخاصة بالانفعالات وخاصة تلك التى يتم التعبير عنها من خلال العيون أو من خلال المشاعر الوجدانية غير اللفظية الآخرى (كأظهار الغيظ أو الغضب، أو تعبيرات الحب والحنان) والتى ربما ترجع إلى مشكلات حسية مبكرة مثل عدم القدرة على الانتقال بين المواقف البصرية أو السمعية أو المشاعر البصرية والسمعية. هذه المشكلات الحسية المبكرة تؤدى إلى القصور فى القدرة على المشاركة فى التفاعلات الاجتماعية المشتركة والمنظمة مما يخلق حلقة مفرغة وبالتالى فإن معظم مقدمى الرعاية الأكفاء قد يتوقفون عن التفاعل مع الطفل الذى لا يستجيب لهم بعد وهلة. وتلك المشكلات الحسية

المبكرة لدى الأطفال تجعلهم يفتقرون إلى النافذه الضرورية للحصول على فرص معايشة تلك الخبرات الخاصة بالتفاعل. تلك النافذة الحسية يعتقد أنها تغُلق فى نهاية عمر ٢٤ شهراً (شانكر٢٠٠٤ Shanker).

وفى محاولة للتعرف على مدى فهم أطفال الأوتزم للسلوكيات الكلامية المختلفة مثل الابتسام، المجاز والفكاهة والتهكم توصل بارا وآخرون Par et al, (٢٠٠٣) وبوسيرلى وأخرون Bucciarelli et al(٢٠٠٥) إلى هرم السلوكيات الكلامية وهو:

- سلوكيات الكلام المباشر والموجه.
- سلوكيات الكلام غير المباشر والبسيط
- الكلام غير المباشر المعقد
- الكذب البسيط
- الكذب والمخادعة المعقدة
- التهكم البسيط (مثل المزاح)
- التهكم المعقد.

وقد أظهرت نتائج الدراسات السابقة أن أطفال الاوتزم مرتفعى الأداء اللغوى (متلازمة أسبرجر) يمكنهم الوصول إلى المستوى الثانى أو الثالث. بينما لا يستطيع ذوى الأداء المخفض من أطفال الاوتزم تجاوز المستوى الأول وهذا تم إرجاعه إلى افتقارهم إلى القدرات الخاصة بقراءة العقل أو نظرية العقل.

يظهر مما سبق أن مشكلة ذوى اضطراب التوحد لا تكمن فى الافتقار إلى اللغة فقط ولا إلى القدرة على اكتساب المهارات والتفاعل الاجتماعى فقط وإنما هى مشكلة معقدة. فنحن أمام ظاهرة فريدة تختلف عن أى شكل آخر من أشكال الإعاقات. وإذا كان طفل الأوتزم لا يستطيع أكتساب أدوات التواصل اللازمة لأندماجه مع البيئة وهى السلوكيات اللغوية والكلام والمهارات الاجتماعية فهو يعانى أيضاً من مشكلة آخرى تحتاج إلى العديد من الدراسات ومزيد من الفهم وهى مشكلة التكامل الحسى Sensory integration.

ثالثا: التكامل الحسى لدى أطفال الاوتزم:

فعندما يحاول البعض التواصل مع أطفال الأوتزم يكون سلوك الطفل مختلف ورد فعله غير متوقع وهذا ما يثير حفيظة البعض ويجعله يعزف عن إجراء مزيد من محاولات التواصل مع الطفل. وهو لا يعلم أن هذا السلوك وردود الأفعال الصادرة عن الطفل هى بسبب مشكلة لديه وهى التكامل الحسى. ويعنى بالتكامل الحسى عملية أخذ وأستقبال المعلومات من البيئة من خلال أجهزة الأحساس المختلفة (اللمس، التذوق، الرؤية، الحركة، الجاذبية الأرضية للجسم).

ويتم إستقبال المعلومات وإدخالها إلى العقل، ومن ثم يترجم العقل وينظم هذه المعلومات ثم يوجه الجسم للاستجابة بشكل مناسب لهذه المعلومات الحسية. وتزداد الخبرة الحسية باستمرار وكلما زادت الخبرة الحسية تعلم الطفل واستجاب للبيئة بطرق أكثر وضوحاً.

وتتطور هذه المعلومات الحسية منذ ولادة الطفل (مثال: عندما يحاول الطفل الصغير أن يرفع رأسه أو يحركها نحو صوت اللعبة وهو نائم على بطنة، وهى حركة صعبة على الطفل ولكن فضول الطفل الفطرى يدفعة ليرفع رأسه، أو يحركها وسوف تتحرك زراعيه ورجليه للمساعدة فى رفع رأسه ليرى اللعبة. وهنا ينظم العقل كل المعلومات والأشارات الحسية الصادرة من الأذرع والأرجل والعضلات للمساعدة فى تحقيق الهدف من رؤية اللعبة. ومع كل استجابة تلقائية يبدأ فى تهذيب مهاراته، وعندما يتحقق مستوى معين من النجاح سوف يستمر بنفس الحركة حتى يحرز تقدماً أكبر ويلمس الكرة ويجعلها تتحرك ثم يجذبها ليلعب بها.

فالجهاز الحسى عند الطفل ينظم المعلومات لكى يجعله يتعلم ويخضع البيئة له بشكل ملحوظ وناجح. ومن خلال الحركة وتكرار الخبرات يتعلم كيفية التحرك من جذب الجاذبية الأرضية ويشعر بالراحة لإدراك جسمه ويبدأ فى تنمية صورة عقلية لأماكن أجزاء جسمه وكيفية ارتباطهم به. وعندما نشاهد طفلاً صغيراً يتعلم مهمة جديدة سنلاحظ كماً كبيراً من التركيز والمجهود والمحاولات الخاطئة قبل أن ينجح ولكنه سوف يستمر فى

المحاولة وسوف يقوم بالمهمة ويكتسبها بمهارة أكثر كوفمان (Kauffman، ٢٠٠١).

ولكن قد يعانى البعض من الأطفال من عدم انتظام المعالجة الحسية، والطفل الذى يعانى من ذلك يجمع معلوماته من الرؤية، والصوت، واللمس، والحركة، والجاذبية الأرضية كأى طفل آخر ومع ذلك عندما يتم إدخال المعلومات للمخ لا يتم تنظيمها أو معالجتها بشكل صحيح وبالتالى تكون النتيجة أن المخ يرسل استجابة غير مناسبة، فالتعلم يعتمد على هذه المعلومات والاستجابة غير الطبيعية والسلوك عادة ما يتم معالجته بأحدى الطريقتين:

× إما استجابة ضعيفة على الرغم من كمية المعلومات الحسية للمدخلات حيث يفشل المخ فى تسجيلها ولا يستجيب لها.

× الاستجابة السريعة: يتم تسجيل المعلومات الحسية بصورة سريعة جداً بحيث لا يستطيع المخ تنظيمها والاستجابة لها بصورة طبيعية. (ولسون Wilson ٢٠٠٥).

فمثلاً يستمتع الأطفال بلمس أبائهم لهم، وتجعل الطفل يستجيب بشكل إيجابى لهذا السلوك. ولكن قد يرى بعض الأطفال هذه اللمسة كأنها مشاجرة أو خطر. وهذا النوع يعد استجابة سريعة ويسجل المخ هذه الاستجابة كخطر ويكون رد الفعل للمس الصراخ أو محاولة الابتعاد.

ويمكن تشبيه هذا الموقف بالإنسان الذى يمشى فى مكان مظلم موحش غريب عليه لم يمش فيه من قبل هنا سيكون فى حالة من الخوف والترقب وفى نفس الوقت تصبح جميع أجهزة الاستقبال أو الاحساس متحفزة لتجنب الخطر كالتلفت حوله او المشى بسرعة أو حتى الجرى. والبعض الآخر من الأطفال يتجنب أى شكل من أشكال المدخلات الملموسة وهؤلاء هم ذوى الاستجابة السريعة (فاللمس، والرتب على الكتف) تترجم فى المخ كإشارات خطر لا يجب الاقتراب منها أو العمل على تجنبها حتى يشعر بالراحة.

وهذا الطفل عادة يفضل مواضع معينة ويصرخ عند حدوث أى نوع من أنواع التغيير أو الانتقال فى روتينه اليومى. ويمكن أن ينجذب إلى نوع واحد من الملابس لا يغيره أو نوع محدد من الطعام لا يأكل غيره ويميل إلى

تكرار تصرفاته الأمنة مراراً وتكراراً وذلك لتهدئة جهازة الحسى العصبى بينما الطفل ذو الاستجابة الضعيفة على النقيض تماماً.

فهو يظهر كطفل يرهق نظامة الحسى بالكثير من التساؤلات للحصول على المعلومة الحسية المناسبة، وهذا الطفل يستمر فى لمس الأشياء، يتحدث مع كل شئ حوله، يصطدم بالحائط أو يسقط بشكل متكرر وربما يسقط ويجرح نفسه ولكنه لا يستجيب للألم كما هو متوقع بالبكاء.

أيضاً لا يعالج المعلومات بشكل صحيح فقد يصطدم بنفس الشئ مرات عديدة عكس الطفل العادى الذى يمكنه أن يركض ويقفز وسط الاشياء دون أن يصطدم بها. فالأول يكتشف جسمه من خلال الركض والوقوع مثل الإنسان الذى يوجد فى غرفة مظلمة فهو يحاول أن يستجمع جميع حواسه لكى يخرج منها. فقد يصطدم بالحائط أو بالأثاث ويركز سمعه على الذبذبات الأرضية فهو يستنفر جميع حواسه لكى يكتشف الأشياء وإذا كانت هذه كلها تصرفات غريبة تصدر من الطفل الاوتزم فى نظر الآخرين إلا أنها بالنسبة له استشعار لمعطيات يراها هو ويدركها هو فهو يحاول أن يستجيب كما يدرك عقله. وعلى ذلك يمكن وصف اضطراب التوحد بأنه اضطراب فى التنظيم العصبى وطريقة معالجة المعلومات المعقدة مثل اللغة والمهارات الاجتماعية (نيوسوم، هفانتز Newsom & Hovantiz، ٢٠٠٣، (لاشنو Lashno، ٢٠٠٧).

مما سبق يمكن فهم معنى مصطلح أن اضطراب التوحد اضطراب نمائى عام أو منتشر فهو يؤثر على جميع مظاهر النمو وقدرات الطفل، وأيضاً أن نفهم أن هناك فرقاً واضحاً يزداد وضوحاً مع كثرة الدراسات والبحوث التى تظهر الفروق البينية بين الاعاقة العقلية واضطراب التوحد. كما أننا نزداد يقيناً بأن اضطراب التوحد يحتاج منا المزيد من الجهد والعمل لمحاولة فهم هذه الفئة حتى يمكننا مد يد المساعدة بكل أشكالها سواء الطبية أو النفسية أو التربوية أو السلوكية.

المراجع:

عـادل عبـد الله (٢٠٠٢) الأطفـال التوحديـون: دراسات تشخيصيـة وبرامجية، القاهرة، دار الرشاد.

عادل عبد الله (٢٠٠٤) الإعاقات العقلية: القاهرة، دار الرشاد.

Bara, B.G., Bosco, F.M., & Bucciarelli, M. (2003). Developmental pragmatics in normal and abnormal children. Brain and Language, 68, 507-528.

Baron-Cohen, S. (1995). Mind blindness: An essay on autism and theory of mind. Cambridge, MA: MIT Press.

Bauminger, N. & Kasari, (1999): Theory of mind in high – Functioning children with autism. J. Autism and Developmental Disabilties. V2,nl.

Bucciarelli. M., Colle, L., & Bara, B.G. (2005). How children comprehend speech acts and communicative gestures. Journal of Pragmatics, 35, 207-241.

Colombino, T. (2004). Theory of mind and the practical management of autistic behavior in the classroom environment. Theory & Psychology, 14, 725-737.

Frith, U. (2003). Autism: Explaining the enigma (2nd ed.). Oxford: Blackwell.

Gelmian, S.A. (2003). The essential child: Origins of essentialism in everyday thought. Oxford/New York: Oxford University Press.

Gillson, S (2002): Autism and social behaviour. Betheda, MD., Autism Society of America.

Happe, F. (2003). Theory of Mind and the self. Annals of New York Science, 100, 134-144.

Kauffman, F (2001): Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth Upper saddle River, Nj: Prentice –hall.

Lashno, M. (2007): Sensory Integration: observations of children with Down Syndrome and Autistic. Spectrom Disorders. Disabiltiy, Solutions, 3, p. 56-70.

Leudar, I. & Costall, A. (Eds.). (2004). Theory of Mind. Theory & Psychology, 14(5) (Special Issue).

Leudar, I., Costall, A., & Francis, D. (2004). Theory of Mind: A critical assessment. Theory & Psychology, 14, 571-578.

Lillard, A. (1998). Ethnopsychologies: Cultural variations in theories of mind. Psychological Bulletin, 123(1), 3-32.

Medical Research Council. (2001). MRC Review of Autism Research: Epidemiologyand causes. Retrieved 2 March 2005, fromhttp:// www. mrc.ac.uk.

National Alliance for Autism Research (NAAR) (2003): Washington, DC. January.

Newsom & Hovantiz (2003): Autistic disorder, In behaviour (Assessment of childhood Disorders, Mashel, Terdale (ed.) NewYork.

Shanker, S. (2004). The roots of mindblindness. Theory & Psychology, 14, 685-703.

Sperber, D. & Wilson, D. (2002). Pragmatics, modularity and mindreading. Mind & Language, 17, 3-23.

Wellman, H.M. (1990). The child›s theory of mind. London/ Cambridge, MA: MIT Press/Bradford Books.

Wharton, T. (2003). Natural pragmatics and natural codes. Mind and Language, 18, 447-477.

Williams, E. (2004). Who really needs a `theory› of mind? An interpretative phenomenological analysis of the autobiographical writings of ten high functioning individuals with an Autism Spectrum Disorder. Theory & Psychology, 14, 704-724.

Wilson, D (2005): Language and communication. Disablity Soluions. Septem.P.20-26.