1

الفصل الأول

تاريخ الاهتمام باضطراب التوحد وتعريفه ونسبة انتشاره

يهدف هذا الفصل إلى تعريف القارئ بتاريخ الاهتمام باضطراب التوحد، وتاريخ التوثيق العلمي لاضطراب التوحد، بالإضافة إلى عرض لمعطيات أول دراسة في مجال اضطراب التوحد. كما يعرض هذا الفصل تاريخ التعريفات التي مر بها اضطراب التوحد، وصولاً إلى أحدث التعريفات المستخدمة في الميدان.

تاريخ الاهتمام بالتوحد (History of Autism):

بدأ الاهتمام باضطراب التوحد، بشكل علميّ، عام (1943)، من خلال دراسة قام بها الطبيب النفسي النمساوي ليو كانر (Leo Kanner) الذي كان يعمل في مستشفى جونز هوبكنز ببالتيمور (Johns Hopkins - Baltimore) في الولايات المتحدة الأمريكية. إذ نشر كانر (Kanner) عام (1943) تقريراً عن التوحد بعنوان "اضطرابات التوحد في مجال التواصل الانفعالي". كان ذلك من خلال فحصه لمجموعة من الأطفال الذين يراجعون وحدة الطب النفسي، البالغ عددهم (11) طفلاً، منهم (9) ذكور، و (2) إناث (Heflin& Alaimo, 2007) .

وقد لفت اهتمام كانر وجود مجموعة من الأنماط السلوكية غير العادية لهذه المجموعة، تمثلت في الآتي:

1. الانعزالية المفرطة: وصف كانر أفراد هذه المجموعة، بأنهم عاجزون عن التواصل مع البيئة المحيطة بهم، ويفضلون عدم حدوث أي التقاء بصري مع أي شخص ضمن إطار بيئتهم المحيطة، ولا يستجيبون لأي مبادرة تتعلق بإحداث أي نوع من أنواع التفاعل الاجتماعي، إضافة إلى ذلك كان ارتباطهم بالأشياء (أي الجمادات) أكثر مما يكون في الغالب من ارتباطهم بالأشخاص.
2. قصور في اللغة: ذكر كانر أن أفراد هذه الفئة تأخروا في استخدام اللغة. فغالبية مجموعة الدراسة لم تكن تتكلم على الإطلاق، وعلى العكس توفر لدى البعض حصيلة لغوية جيدة، واستخدام مناسب للقواعد.
3. المصاداة: لاحظ كانر ترديد هذه المجموعة لكلمات بشكل مستمر.
4. الذاكرة القوية والقدرة على الحفظ: أكد كانر على قدرة هذه المجموعة على الحفظ الكبير للمعلومات، وإن كانت دون معنى.
5. الحساسية المفرطة: لاحظ كانر على مجموعة الدراسة وجود حساسية مفرطة تجاه بعض المثيرات الحسية؛ فقد ظهر عليهم الخوف الشديد من بعض الأصوات أو الأشياء المتحركة وبعض الأضواء والأجسام المختلفة.

6. الرفض الشديد للتغيير (التمسك الشديد بالروتين)، وتنوع محدود للأنشطة: لوحظ على الأطفال التوتر والقلق والرفض الشديد تجاه أي تغيير في نظام حياتهم اليومي أو بيئتهم، كما لوحظ عليهم محدودية في اهتماماتهم وأنشطتهم اليومية.

7. قدرات إدراكية عالية: لاحظ كانر تمتع بعض الأطفال بقدر جيد من الذكاء، و ذاكرة عالية، ومقدرة على الحفظ. وهذه مؤشرات على القدرة العقلية العالية.

8. مظهر جسدي طبيعي: تمتع الأطفال الذين أجريت عليهم الدراسة بمظاهر نمو جسدية طبيعية.

9. الانتماء لأسر تتمتع بمستوى ذكاء مرتفع: لاحظ كانر أن جميع الأطفال المفحوصين ينحدرون من أسر تتميز بدرجات ذكاء مرتفعة (الشامي، 2004، أ).

Who was Kanner ?

Leo Kanner (pronounced "Conner") (June 13, 1894 – April 3, 1981) was an Austrian psychiatrist and physician known for his work related to autism].1][2 [Kanner's work formed the foundation of child and adolescent psychiatry in the U.S. and worldwide.Kanner was born in Klekotow, Austria. He studied at the University of Berlin from 1913, his studies broken by service with the Austrian Army in World War I, finally receiving his M.D. in 1921. He emigrated to the United States in 1924 to take a position as an Assistant Physician at the State Hospital in Yankton County, South Dakota. In 1930 he was selected by Adolf Meyer and Edward Park to develop the first child psychiatry service in a pediatric hospital at Johns Hopkins Hospital, Baltimore. He became Associate Professor of Psychiatry in 1933.

In academical means, he was the first physician in the world to be identified as a child psychiatrist, founder of the first academical child psychiatry department at Johns Hopkins University Hospital and his first textbook, Child Psychiatry in 1935, was the first English language textbook to focus on the psychiatric problems of children. His seminal 1943 paper, "Autistic Disturbances of Affective Contact", together with the work of Hans Asperger, forms the basis of the modern study of autism.

He became Director of Child Psychiatry in 1957. He retired in 1959 but remained active until his death at the age of 86.

يعتبر تعريف كانر عام (1943) كما يذكر ولف وكيك Wolf & Chick (1980) أول أسلوب استخدم لتشخيص اضطراب التوحد. إذ يوضح وولف وكيك أن تعريف كانر تمثل في النقاط التالية، مركزاً على الصفتين الأولى والثانية، فقد حدّد كانر أن هاتين الصفتين هما معيار لتشخيص حالات التوحد:

1. القصور الشديد في التواصل الانفعالي مع الآخرين.
2. التمسك بالروتين (الرفض الشديد لأي تغيّر في برامج حياة الطفل).
3. التمسك الشديد غير المناسب بالأشياء.
4. الظهور على هيئة طفل أصم أبكم.
5. إظهار أو الاحتفاظ ببعض القدرات المعرفية الجيدة.

تابع كانر (96) حالة حتى مراحل متقدمة، ووجد أن (11) حالة حققت تطوراً ملحوظا. بعد ذلك عارض كانر إفادته بأن ذوي اضطراب التوحد يتمتعون بذكاء عالٍ. كما افترض كانر بأن اضطراب التوحد ناتج عن خلل وظيفي في الدماغ، أو بسبب من الوراثة، أو التنشئة الأسرية والبرود العاطفي/الانفعالي فيها (Wolf & Chick, 1980).

وفي السنة التالية (1944) قام الطبيب النمساوي هانز أسبيرجر (Hans Asperger) في أطروحته لمرحلة الدكتوراه بدراسة خصائص (4) أطفال تراوحت أعمارهم بين (6-11) سنة، نشرها ببحث في اللغة الألمانية. ذكر هانز أسبيرجر عدداً من الخصائص لعينة بحثه تمثلت في: القصور في المهارات الاجتماعية بشكل شديد؛ ونماذج من التفاعل الاجتماعي غير السوي؛ والقصور في التواصل البصري "غير اللفظي"؛ والمهارات اللغوية الجيدة، ولكنها تتسم بالاستخدام غير الصحيح؛ والمهارات الإدراكية العالية، والقوة في الذاكرة؛ والتمسك الاستبدادي بالأشياء والأعمال؛ والارتباط الشديد بالأعمال الروتينية؛ بالإضافة إلى القصور في إتقان المهارات الحركية؛ والمشي غير الطبيعي. وأطلق هانز أسبيرجر عليها مصطلح "التوحد الطفولي" 'Infantile Autism'. بالرغم من عدم اطلاعه على دراسة كانر (Scheuerman & Weber, 2002).

Who was Hans Asperger ?

Hans Asperger) February 18, 1906– October 21, 1980) was the Austrian pediatrician after whom Asperger syndrome is named.

Born on a farm outside Vienna, Asperger displayed an early talent for languages. He was a member in the youth movements of the 1920s. He studied medicine in Vienna and earned his medical doctorate in 1931, and found his first job a year later as a member of the University Children's Hospital in Vienna. In 1934, his career developed with a move to the psychiatric hospital in Leipzig.

It is not certain what Asperger did during the early years of World War II. In the later years of the war he was a medical officer in Croatia; his younger brother died in Stalingrad.]1 [In 1944, after the publication of his landmark paper describing autistic symptoms, he found a permanent tenured post at the University of Vienna. Shortly after the war ended, he became director of a children's clinic in the city. He was appointed Chair of Pediatrics at the University of Vienna, a post he held for 20 years. He also later held a post at Innsbruck. Then, beginning in 1964, he headed the SOS-Kinderdorf in Hinterbrühl. During his life, he published over 300 papers, the two major topics being "autistic psychopathy" and "death".[2]

يضـيف هيـفلن وألايمو Heflin & Alaimo (2007) أن هنالك فـروقـاً بين دراسـتي كـانر وأسبيرجر، تمثلت في أن ذكاء عينة دراسة كانر كان في المتوسط والغالبية أذكياء، أما ذكاء عينة دراسة أسبيرجر فقد كان متوسطاً وعادياً. وفيما يتعلق باللغة فقد كان في عينة دراسة كـانر بعض القـادرين على الكلام والبعض الآخـر غـير قـادرين على ذلك. أمـا عـينة دراسـة أسبيرجر فقد كانوا جميعهم قادرون على الكلام. وفيما يختص بالمهارات الحركية فقد كانت

هذه المهارات لدى أفراد عينة دراسة كانر جيدة، وأقل اضطراباً من أفراد عينة دراسة أسبيرجر.

توالت بعد ذلك العديد من الدراسات التي قدمت معلومات حول اضطراب التوحد. إذ قدّم كريك (Creak) عام (1961) حسب ما يذكر كل من سكوبلر؛ وريتشلر؛ ورنر ,Schopler Reichler & Runner (1988) محكات تشخيصية لما كان يسمى آنذاك بالتوحد الطفولي، مكونة من تسع نقاط، تعطي انطباعاً عن فئة الأطفال ذوي اضطراب التوحد أو الذين يظهرون صفات اضطراب التوحد. إلا أن هذه النقاط تعرضت لنقد شديد من قبل الباحثين، كونها غامضة وتسمح بمدى واسع من التفسيرات المختلفة. وتمثلت النقاط التسع بالتالي:

1. قصور عام ودائم في العلاقات العاطفية مع الآخرين.
2. قصور في إدراك الهوية الشخصية / الذاتية.
3. تعلق غير طبيعي ببعض الأشياء أو بأجزاء من الأشياء أو المهام دون إدراك لماهيتها الحقيقية.
4. مقاومة أي تغير في البيئة المحيطة، ومحاولة إبقاء الأمور على ما هي عليه، إذ يطلق على ذلك التمسك الشديد بالروتين.
5. تجارب وخبرات إدراكية غير طبيعية، وردود فعل غير طبيعية إزاء المثيرات الحسية.
6. قلق وتوتر غير طبيعيين، واستجابات غير طبيعية لأشياء عادية.
7. فقدان القدرة على النطق أو عدم اكتسابه مطلقاً.
8. أنماط حركية مضطربة مثل السير على أصابع الأقدام.
9. قصور واضح في بعض الجوانب المعرفية ووجود قدرات خاصة في بعض المجالات النمائية (Schopler, Reichler & Runner, 1988).

كما جاءت دراسة لوتر (1966-1967) Lotter التي قام فيها بدراسة مجموعة من الأطفال أظهروا صفات توحدية حسب وصف كانر. إذ أشارت دراسته إلى احتمالية مرافقة الإعاقة العقلية البسيطة أو المتوسطة لاضطراب التوحد.

وعام (1977) حصل اضطراب التوحد على أول اعتراف رسمي له كفئة مستقلة من قبل منظمة الصحة العالمية (World Health Organization - WHO)، إذ

كان ذلك من خلال من الإصدار التاسع للتصنيف العالمي للأمراض (International Classification Diseases - ICD-9)

وعام (1979) نشرت وينغ وقولد Wing & Gould (1979) دراسة أجرياها في جنوب لندن، على جميع الأطفال الذين كانت أعمارهم تحت سن (15) عاماً، ممن يحتاجون لمساعدة تعليمية أو نفسية أو صحية أو اجتماعية. إذ أفرز التقويم (914) طفلاً حدد من بينهم (132) طفلاً يعانون من إحدى المشكلات التالية: صعوبات التعلم الشديدة؛ قصور في العلاقات الاجتماعية؛ تأخر لغوي؛ حركات جسمية متكررة. وتم تقسيم هذه المجموعة (132) إلى مجموعين اتصفت إحداهما بمهارات اجتماعية جيدة نسبياً، في حين اتصف المجموعة الأخرى بمهارات ضعيفة بغض النظر عن الصعوبات الأخرى (Wing & Gould ,1979).

وتضيف وينق وقولد Wing & Gould (1979) أن المجموعة التي اتصفت بالقصور في المهارات الاجتماعية ظهر عليها بعض الصفات الأخرى، مثل: القصور في القدرة على التخيل والتمثيل؛ وفقدان المقدرة على الكلام؛ واستخدام اللغة بطريقة غريبة؛ والترديد اللفظي الآلي (المصاداة). بينما كانت قدرات المجموعة الأخرى في الجوانب السابقة جيدة.

توصلت وينق وقولد (Wing & Gould) إلى ثلاثة أعراض رئيسية تميز اضطراب التوحد، تظهر هذه الأعراض مجتمعة مع بعضها البعض، أطلقوا عليها "ثالوث التوحد – ثالوث الأعراض"، والأعراض هي:

1. القصور في التفاعل الاجتماعي: يتمثل في القصور في بناء العلاقات الشخصية والمحافظة عليها. كما يتمثل في أربعة أنماط هي: النمط الانعزالي؛ والنمط السلبي؛ ونمط الناشطين بطريقة شاذة؛ والنمط الرسمي المتكلف.
2. القصور في اللغة والتواصل: يتمثل في التأخر والانحراف الملحوظ في اللغة؛ وفي القدرة على استخدامها مع الآخرين، وفهم الجانب الاجتماعي للغة.
3. القصور في القدرة على التخيّل: يتمثل في عدم مرونة التفكير والسلوك؛ وفقدان القدرة على التخيّل؛ كما يتمثل في ممارسة سلوكيات متكررة؛ وتمسك شديد بالروتين الزماني والمكاني والأدائي؛ مع تأخر شديد أو انعدام القدرة على اللعب التخيلي (الشامي، 2004، أ).

وفي العام (1980) صُنّف اضطراب التوحد على أنه ضمن الإعاقات الانفعالية الشديدة إلا أنه وفي العام نفسه (1980) صنفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association - APA) من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية – الإصدار الثالث (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-3)، بوضعه أحد الاضطرابات النمائية الشاملة والذي ضم التوحد (Autism) والاضطرابات النمائية الشاملة في مرحلة الطفولة المبكرة (Childhood-Onset Pervasive Developmental Disorders)، إذ اشترط الدليل ظهور أعراض التوحد قبل عمر (30) شهراً. وفي ذلك الوقت لم يكن مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة مألوفاً أو متداولاً.

وعام (1981) قدّمت خبيرة التوحد وينق (1981) Wingورقة بحثية حول مجموعة من الأفراد عددهم (19) تراوحت أعمارهم بين (35-5) سنة. تم تشخيصهم بأنهم توحديون بناءً على محكات تشخيص أسبيرجر أطلقت عليهم مصطلح "متلازمة أسبيرجر (Asperger's Syndrome)". وقد ساعد ذلك في إبراز أعمال أسبيرجر في مجال اضطراب التوحد (Wing, 1981).

وعام (1981) تم تصنيف التوحد باعتباره إعاقة صحية بالاعتماد على توصيات منظمات وجمعيات ذات علاقة مثل الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (The National Autistic Society - NAs).

وعام (1987) أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية – الإصدار الثالث المراجع(DSM-3-R)، الذي تضمن فئة جديدةً أطلق عليها مصطلح الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (Pervasive Developmental Disorder - Not Otherwise Specified - PDD-NOS) وتم في هذا الإصدار إلغاء محك العمر لظهور الأعراض مع التركيز على المستوى النمائي عند تقييم الأعراض. وبناء على ذلك أصبح هنالك ازدياد في عدد الأطفال الذين تم تشخيصهم على أنهم ضمن فئة التوحد وفئة الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة.

وعام (1992) أوردت منظمة الصحة العالمية (World Health Organization ,WHO) اضطراب التوحد في تصنيفها الدولي العاشر للأمراض(International Classification of Diseases,ICD-10) تحت اسم "التوحد الطفولي" (Childhood Autism) وعرفته بأنه اضطراب نمائي شامل يتمثل في نمو غير عادي أو مضطرب أو كليهما معاً، يظهر في السنوات الثلاث الأولى من حياة الفرد، ويأخذ شكل أداء غير عادي في المجالات الثلاثة التالية: التفاعل الاجتماعي؛ التواصل؛ السلوك النمطي والمحدد. ويحدث هذا الاضطراب لدى الذكور بمعدل ثلاثة أو أربعة أضعاف حدوثه لدى الإناث (Heward, 2006) .

وعام (1994) أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) الإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-4) موسعة مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة تجاوباً لاعتراض الكثير من الباحثين حول استخدام مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة الذي لا يساعد في تقديم اقتراحات علاجية، إذ قدمت الجمعية في هذا الإصدار مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة التي تضم تحت مظلتها الاضطرابات التالية:

اضطراب التوحد (Autism Disorder)، و متلازمة أسبيرجر (Asperger's Syndrome)، و متلازمة ريت (Rett's Syndrome)، و اضطراب الانتكاس الطفولي، ويطلق البعض عليه اضطراب الانحلال أو التفكك أو التحلل الطفولي بدلاً من كلمة الانتكاس (Childhood Disintegrative Disorder-CDD)، وأخيراً الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Pervasive Developmental Disorder - Not Otherwise Specified - PDD-NOS) التي يُطلق البعض عليها التوحد غير النمطي (Atypical Autism).

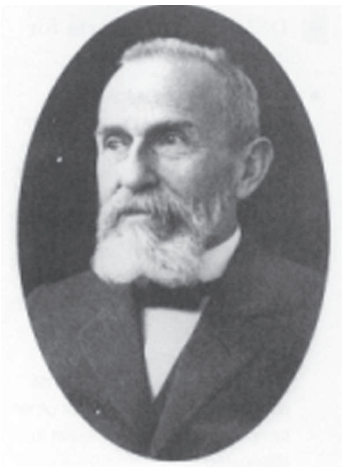
وفي الطبعة الرابعة المراجعة (DSM-4-TR) لعام (2000) تم تصنيفه أيضاً كما ورد في الدليل الرابع السابق.

تعريف اضطراب التوحد:

يتداول الكثير من المختصين والعاملين في التربية الخاصة عدة مصطلحات في ميدان اضطراب التوحد. هذه المصطلحات هي: اضطرابات طيف التوحد؛ والاضطرابات النمائية الشاملة؛ واضطراب التوحد. ولتوضيح اللبس الذي قد يقع فيه البعض عند الحديث عن اضطراب التوحد، لابد من توضيح تعريف كل مصطلح من تلك المصطلحات. فمصطلح اضطرابات طيف التوحد، ومصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة كلاهما مصطلحان يستخدمان للتعبير عن خمس فئات تندرج تحت مظلة طيف التوحد (Autism Spectrum)

هي: اضطراب التوحد (Autism Disorder) وهو اضطراب يتسم بالقصور في التفاعل الاجتماعي؛ والتواصل؛ وممارسة سلوكيات نمطية؛ ومقاومة للتغير؛ والاستجابة غير العادية للخبرات الحسية. التي تظهر قبل بلوغ سن الثالثة من العمر. ومتلازمة أسبيرجر (Asperger's Syndrome) وهي متلازمة تشبه كثيراً المستوى المتوسط من اضطراب التوحد، دون أن يكون هنالك قصور في القدرة العقلية، والقدرة اللغوية. ومتلازمة ريت (Rett's Syndrome) وهي متلازمة تصيب الإناث على الأغلب. تنمو الطفلة بشكل طبيعي إلى الشهر الخامس من العمر، وقد يمتدّ إلى سن أربع سنوات، يتبعها نكوص في النمو، وقد يصاحبه إعاقة عقلية، ومشكلات حركية. واضطراب الانتكاس الطفولي (Childhood Disintegrative Disorder: CDD) إذ ينمو الأطفال المصابون بهذا الاضطراب بشكل طبيعي يصل إلى سن ثلاث سنوات وأحياناً إلى سن خمس سنوات وإلى سن العاشرة. يتبع هذا النمو الطبيعي تدهور ملحوظ في المهارات المُكتسبة خلال أشهر أو خلال أسابيع. وهو من أندر الحالات. والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise Specified: PDD - NOS) وهو ما يُعرف بالتوحد غير النمطي (Atypical Autism). وهو الاضطراب الأكثر شيوعاً بين الاضطرابات السابقة. إذ يكون فيه ثالوث الأعراض بدرجة بسيطة أو غير مكتمل (Hallahan & Kauffman, 2006).

إن مصطلحي اضطرابات طيف التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة كلاهما يعبران عن حالات محددّة ذكرت سابقاً، وهي حالات مختلفة من التوحد تشترك جميعها في التأخر الشديد في النمو؛ والقصور الواضح والملحوظ في المهارات الاجتماعية؛ وإحدى أو كل الصفات التالية:



- القصور في التواصل اللغوي والاجتماعي.
- القصور في القدرة على التخيل.
- القصور في القدرة العقلية.(الشامي، 2004، أ)

أما المصطلح الثالث، وهو مصطلح اضطراب التوحد (Autism Disorder)، فهو المصطلح الأكثر استخداماً وشيوعاً. إذ أن كلمة "التوحد" تعود إلى كلمة إغريقية تعني (الذات)، والتي استخدمت لأول مرة على يد عالم النفس أيوجين بلولر (Eugen Bleuler) سنة (1911) من أجل وصف الانسحاب والارتباط الاجتماعي لدى الأشخاص