مختصر مادة إعاقات النمو الشامل م٥ لصبا زهران+ كل ما تحته خط هو من تحديد الاختبار + الواجبات

المحاضرة الاولى تعريف وتصنيف الاعاقة والعوامل المسببة لها:

١) تعريف المعوق هو فرد يعاني من قصور في الوظائف الجسمية و الوظائف العقلية نتيجة عوامل وراثية و بيئية تحول دون اداؤه في تعلم الانشطة والأعمال اليومية تترتب عليها آثارسلبية .

٢) التعريف الاجتماعي للأعاقة هو الشخص الذي يعجز عن اداء المهام والانشطه والاعمال اليوميه الاساسيه التي يقوم بها نفس الفرد المساوي له في النوع والسن ويكون في نفس المجتمع .

٣) قد تكون الإعاقة ((جزئية – تامة))، في عضو واحد أو اكثر ، مؤقتة او دائمة ، متناقصة او متزايدة. شديدة أو متوسطة أوخفيفة.

٤) تحدث الأعاقه على ثلاث مراحل وفقا لتحليل منظمة الصحة العالمية وهي أ– الإصابة ب– القصور الوظيفي ج – الإعاقة / العجز.

٥) الإصابة : وهي تعني فقدان أو شذوذ دائم أو مؤقت أو مرحلياً لأحد الجوانب الذاتية أو العقلية أو الجسمية (الفسيولوجية أو البيولوجية) للفرد.

٦) القصور الوظيفي: وهي مترتبات او نتائج الاصابة يؤدي الي تعطل او قصور وظيفي (كلي أو جزئي دائم أو مؤقت) يحول دون الاداء السليم للأنشطة او الوظائف الجسمية (الحسية أوالحركية) أو العقلية الي يؤديها الانسان الطبيعي المماثل للفرد في العمر والجنس .

٧) قد يكون القصور الوظيفي متزايدا أو متناقصا و و هو بهذا يجعل الفرد شاذا (مختلف) عن الفرد الطبيعي أو العادى .

٨) الإعاقة / العجز: وهي حالة يعاني فيها الفرد من العجز أو صعوبة الاداء في نوع أو اكثر من الاعمال أو الانشطة الجسمية أو الفكرية بالنسبة للأفراد العاديين المساويين له في نفس العمر و النوع أو الدور الإجتماعي ولابد ان تكون هذه الانشطة أو الاعمال من متطلبات الحياة اليومية .

٩) التقسيم لمراحل حدوث الاعاقة يسمح بالتداخل بين كل مرحلة و أخرى وهذا لا يمنع ان تمر مراحل الاعاقة بمرحلتين فقط دون الثالثة .

١٠) منظمة الصحه العالميه قسمت مراحل حدوث الإعاقه الى ثلاث مراحل لكي تتيح لبرامج التاهيل والتدخل المبكر اماكنيه التدخل والحيلوله دون حدوث الاعاقه والحد من شدتها .

١١) تأثير القصور الوظيفي لا يقتصر على التأثير على القدرة على الأداء المرتبط بهذا القصور فقط ، بل قد يمتد قصور إلى إعاقة لقدرة أخرى لم تكن أصلاً قد أصيبت أو تأثرت.

١٢) تختلف اتجاهات وقيم افراد المجتمع نحو الاعاقة فيبدو فرد كمعاق في مجتمع ولا يبدو كذلك في مجتمع اخر .

١٣) يمكن اعتبار الإعاقة ظاهرة اجتماعية .

١٤) اذا كانت متطلبات المجتمع في حدود امكانيات الفرد نظره المجتمع الى الفرد على انه سوي وطبيعي .

١٥) اذا كانت المتطلبات اعلى من مستوى الفرد نظره اليه غير سوي او غير طبيعي (معاق) .

١٦) تختلف النظره للفرد المعاق من مجتمع الى اخر ومن بيئه الى اخرى .

١٧) تعتبر حالة المعاناة من الإعاقة نسبية بالنسبة إلى الفرد و الآخرين في المجتمع .

١٨) تتأثر أهمية القيم المجتمعية السائدة بالتركيب البنائي للمجتمع .

١٩) نظرة و اتجاهات و استجابات الفرد العادي – غير المعاق – نحو الفرد المعاق في المجتمع تلعب دورا رئيسياً(أو مركزيا) في صياغة و تشكيل الذات عند الفرد المعاق و في تحديد فرصه المتاحة حيث تكون لديه حرية محدودة أو ضيقة لإقرارها أو تعديلها .

٢٠) ادراك المعاق لنظرة الاخر إليه أحد مكونات تشكيل مفهوم الذات لهذا الفرد .

٢١) تتميز الإعاقة بوجود التباين بين سلوك أو أداء الفرد المعاق و بين توقعات المجتمع منه .

٢٢) تتشكل صورة المعاق نتيجة :

أ. عجزه عن أداء أنماط السلوك التي يقوم بها أقرانه ممن هم من ذات العمر و النوع .

ب. المعايير السائدة في المجتمع .

٢٣) في ضوء هذا التعريف للمشكلة تصبح الإعاقة ظاهرة اجتماعية تصور أو تعكس النتائج الاجتماعية و البيئية لإصابة الفرد بالعجز أو الإعاقة و التي يكون أبرزها :

أ. التفرقة القيمية بين هذا الفرد (المعاق) و أقرانه العاديين . (القيمه الاعلى للفرد العادي)

ب. اعتباره (المعاق) عالة على المجتمع .

ج. التفرقة في التعامل بينه (المعاق) و بين أقرانه من الأفراد العاديين .

٢٤) تداخل مشكلة الاعاقة فى كل من العلوم الطبية التربوية والاجتماعية أدى إلى تعدد أساليب تصنيف الأفراد المعاقين إلى فئات مختلفة وفقا لمعايير مختلفة .

٢٥) تصنيف الأفراد المعاقين والأكثرها شيوعاً :أولاً – المعاقيين جسميا ثانيا– المعاقون ذهنيا ثالثا – المعاقون اجتماعيا –رابعا – متعددو الإعاقة .

٢٦) المعاقين جسميا وتشمل : المكفوفين وضعاف البصر – الصم وضعاف السمع –إعاقة الاتصال – إعاقة الحركة –حالات التشوه – الأمراض المزمنة.

٢٧) وكف البصر قد يكون نتيجة لأسباب عضوية و راثية أو ولادية أو مكتسبة نتيجة حادث أو مرض (تراكوما و غيرها من الأمراض) أو نتيجة نقص فيتامين (أ) .

٢٨) العمى الهستيري الذي يحدث نتيجة اضطرابات انفعالية . (العين سليمة لاكنه لايستطيع الرؤيه من خلالها نتيجه لعوامل نفسيه).

٢٩) ضعف البصر تتراوح فيها درجة الإبصار بين ٢٠/٢٠٠ و ٧٠/٢٠٠ في العين الاقوى باستخدام النظارة.

٣٠) من يقل حدة إبصاره عن ٢٠/٢٠٠ و ٧٠/٢٠٠ يعتبره القانون أعمى .

٣١) الصمم يحدث لأسباب ولادية أو اثناء الحمل كإصابة الأم بالحصبة الألمانية أو اختلاف عامل الدم .

٣٢) الصمم يحدث نتيجة الإصابة بفيروس او خلل في الجهاز السمعي أو الغدة الدرقية.

٣٣) إذا حدث الصمم قبل الولادة مباشرة فإن الفرد ينشأ عاجزا عن الكلام (أبكم).

٣٤) إذا حدث الصمم بعد تعلم الكلام فإنه لا يحول بين قدرة الفرد و الاتصال اللغوى.

٣٥) يتراوح ضعاف السمع (٢٠– ٦٠) وحدة صوتية ديسيبل .

٣٦) يعتبر أصم من أصيب بتلف تام في الأذن الوسطى أو الداخلية .

٣٧) يعتبر أصم إذا كان مقدار الفاقد في قوة السمع يزيد على ٩٢ وحدة صوتية ديسيبل.

٣٨) إعاقة الاتصال تشمل عيوب الكلام وفقد النطق والكلام الطفلي والإبدال وحذف لحروف لأسباب وراثية او بيئية .

٣٩) إعاقة الاتصال قد يكون عضويا أو ذاتيا.

٤٠) من حالات إعاقة الاتصال الأفيزيا " صعوبات الكلام و التعبير " أو الدسلكيا " صعوبات القراءة و الكتابة " أو التوحد .

٤١) الإعاقات الحركية تحدث نتيجة لحالات الشلل المخى أو شلل الأطفال أو بتر طرف أو نتيجة مرض أو حادث أو تشوه في العظام أو المفاصل .

٤٢) الإعاقات الحركية تحدث نتيجة لضمور في العضلات أو فصل في العظام و حالات الانزلاق الغضروفي أو الريت.

٤٣) الإعاقات الحركية تحدث لأسباب وراثية أوبيئية مكتسبة.

٤٤) حالات التشوه تصيب الفرد نتيجة الوراثة أو قد تكون مكتسبة.

٤٥) حالات التشوه تحدث للجنين أثناء الحمل بسبب تلوث كميائى أو إشعاع أو إصابة الأم بالحصبة الألمانية و تناولها بعض العقاقير أو المخدرات أو التدخين.

٤٦) الأمراض المزمنة مثل: القلب والسل والسكر والصرع وأمراض الدم و الأمراض العصبية و نيف الدم " نزيف الدم الوراثي " و بعض حالات الحساسية .

٤٧) في الحالات السابقة لا يعاني المصاب من تخلف عقلي إلا في حالة تعدد الإعاقات .

٤٨) المعاقون ذهنيا تشمل:التخلف العقلي و التوحدية أو الأوتيزم أو إعاقات النمو الشامل و إعاقات التعلم و فئة مرضى العقول.

٤٩) التخلف العقلي يقسم إلى فئات وهي :

- البسيط (القابل للتعليم) تتراوح نسبة الذكاء من ٥٠–٧٠
- المتوسط (القابل للتدريب) تتراوح نسبة الذكاء من ٢٥–٥٠
- الشديد (الإعالة الكاملة) نسبة الذكاء اقل من ٢٥

٥٠) اختلاف نسب الذكاء يعتمد على اختلاف اختبار الذكاء المستخدم او الانحراف المعياري الخاص بهذا الاختبار.

٥١) التخلف العقلي : هي حالة قصور أو توقف في نمو الذكاء قبيل مرحلة المراهقة نتيجة عوامل وراثية أو بيئية أو كليهما و يترتب عليها عدم اكتمال نمو الذكاء و قصور في القدرات الاجتماعية و التعليمية .

٥٢) اذا لم يحصل التخلف قبل سن المراهقه من المستحيل ان يصاب به بعد عمر المراهقه .

٥٣) التوحدية أو الأوتيزم أو إعاقات النمو الشامل هو هي نوع شديد من الاعاقات العقلية وتظهر خلال الثلاثين شهر الاولي من عمر الطفل.

٥٤) تتميز لتوحدية أو الأوتيزم أو إعاقات النمو الشامل بقصور الاتصال والتواصل في التفاعل الاجتماعي و العاطفي مع الآخرين.

٥٥) تتميز لتوحدية أو الأوتيزم أو إعاقات النمو الشامل بأن يعيش الطفل في عالمه الخاص و في عزلة تامة عما حوله .

٥٦) التوحدية أو الأوتيزم أو إعاقات النمو الشامل يحدث في الغالب نتيجة تلف في أنسجة المخ ، بسبب عوامل مختلفة أثناء فترة الحمل .

٥٧) التوحدية أو الأوتيزم أو إعاقات النمو الشامل قد يصاحبه تخلف عقلى .

٥٨) التوحدية توجد منها حالات أخف شدة تعرف بأعراض الاسبرجرو أخرى تعرف بالريت و رابعة تعرف باعاقات الطفولة التحللية.

٥٩) إعاقات التعلم هي قصور في القدرة على التعلم في مجالات معينة كالقراءة والكتابة أوالفهم والتعبير أوالحساب وغيرها ، بالرغم أن ذكاء الطفل قد يكون عاديا أو عاليا .

٦٠) الطفل اذا كان ذكائه ضعيف اقل من العادي اصبح بطيء التعلم اي يمكننا ارجاع القصور الى ضعف الذكاء .

٦١) اذا كان ذكاء الطفل اقل من متوسط المنحرف المعياري اصبح متخلف عقلياً ويرجع القصور الى التخلف العقلي.

٦٢) الطفل حتى يكون لديه صعوبات تعلم لابد ان ننفي ان هذا القصور يعود الى القدره العقلية و ترجع إلى احتمالات مختلفة منها تلف أو قصور وظيفي محدد في المخ أو الوصلات العصبية أو التلوث البيئي أو قصور بالأذن الداخلية (العصب الدهليزي) .

٦٣) صعوبات التعلم قد تظهر في صورة نشاط زائد أو عدم قدرة على تركيز الانتباه أو دسلكسيا(صعوبات القراءة و الكتابة) أو افيزيا (صعوبات الكلام و التعبير).

٦٤) فئة مرض العقول هي الحالات التي تعرف بالجنون و تشمل الحالات العصابية (الهستريا بأنواعها) و الذهانية (الفصام – السيكزوفرانيا – الفوبيا – البارانويا ....إلخ) والاضطرابات الانفعالية الشديدة و الاكتئاب.

٦٥) المعاقون اجتماعيا: وتشمل :حالات الإجرام وانحراف الاحداث ومجهولي النسب والسيكوباتين ومدمني الخمور والمخدرات والعدوانيين والانطوائيين . (ومنهم ايضاً الشخص الحسود – الاناني – الحاقد ...)

٦٦) متعددو الإعاقة:وهم فئة الأفراد الذين يعانون من اكثر من اعاقة واحدة، كالشلل مع تخلف عقلي أو اعاقة حركية أو جسمية الصم البكم .. التخلف العقلي مع عيوب الكلام أو التآزر الحركي . وضعف البصر و السمع . الصم البكم فاقدي البصر .

٦٧) من الطبيعي ان تختلف خصائص الطفل المعوق ودرجة استعداده للتأهيل ونوعية برامج الرعاية و التأهيل حسب نوع الإعاقة وموضعها ودرجتها

٦٨) كل ماكانت الاعاقه بسيطه كل ماكان تقدمه في برامج العلاج وتأهله اقصر .

٦٩) القصور الوظيفي قد يستمر لمدة قصيرة أو إلى ما شاء الله ، أو قد يختفي ثم يرتد ثانية ، و قد يكون على درجة مستمرة في الزيادة أو في النقصان.

٧٠) المعاناة المترتبة على القصور الوظيفي و الإعاقة لا تقتصر على الفرد ذاته بل إن المعاناة تمتد و تشمل افراد أسرته و المحيطين به و المجتمع.

المحاضرة الثانية حجم ومشكلة الإعاقة

١) من الصعب الوصول إلى تقديرات دقيقة حول حجم مشكلة الإعاقة بالوطن العربي أو في مصر بسبب نقص الدراسات المسحية لتحديد المشكلة.

٢) توضع بعض الأسئلة والاستفسارات عن وجود معوقين في نطاق الأسرة داخل بحوث ومسوح التعداد السكاني .

٣) معظم الدراسات المسحية التي أجريت في نطاق مصر قد أجريت علي عينة من المحافظات .

٤) الدرسات المسحية في مصر توصلت انتائجها الى معرفة أثر الظروف الاجتماعية و الاقتصادية على انتشار حالات التخلف العقلى و الاعاقة الذهنية .

٥) طبيعة الدراسات المسحية مكلفة إلى جانب المشكلات الاجتماعية والتي تتمثل في اعتبار الإعاقة وصمة عار علي جبين أسرة المعوق .

٦) من التقديرات المبدئية في نتائج بحوث الدول الصناعية و منظمات الأمم المتحدة و هيئة الأمم المتحدة و هيئة الصحة العالمية :

٧) أ– أن نسبة جميع الإعاقات في المجتمعات الصناعية المتقدمة بحوالى ١٠% من تعداد السكان .

٨) ب– أن نسبة التخلف العقلي بحوالى ٣% من تعداد السكان .

٩) من المتوقع أن تزيد نسبة الإعاقة بالوطن العربي مقارنة بالدول الصناعية الكبرى بسبب الظروف الاقتصادية والاجتماعية والصحة وانتشار الفقر والبطالة وازدحام السكان وسوء التغذية والسكن العشوائي .

١٠) من أسباب زيادة الإعاقات في الوطن العربي الاتساع الكبير في حجم الأطفال مقارنة بحجم السكان حيث يصل النسبة إلي ٤٥ % للأطفال أقل من ١٦ سنة بينما في دول الغرب لا تزيد عن ٢٢– ٢٥ %.

١١) من أسباب زيادة الإعاقات في الوطن العربي انتشار الأمراض المعدية .

١٢) من أسباب زيادة الإعاقات في الوطن العربي سوء التغذية وخاصة بين للأطفال حتى سن ٥ سنوات .

١٣) من أسباب زيادة الإعاقات في الوطن العربي تكرار حمل المرأة علي فترات قصيرة وارتفاع معدلات الإنجاب والخصوبة .

١٤) من أسباب زيادة الإعاقات في الوطن العربي قصور الخدمات الطبية وبرامج التطعيم والتحصين ضد الأمراض المعدية .

١٥) من أسباب زيادة الإعاقات في الوطن العربي اتساع حجم الأمية وخاصة بين النساء .

١٦) من أسباب زيادة الإعاقات في الوطن العربي ارتفاع نسبه حوادث وعمالة الأطفال في ظروف صحية سيئة وعمل المرأة والضغوط الاقتصادية.

١٧) من أسباب زيادة الإعاقات في الوطن العربي قصور البرامج الاعلاميه للتوعية و التنمية الصحية والغذائية .

١٨) من أسباب زيادة الإعاقات في الوطن العربي غياب مراكز الفحص الشامل للراغبين في الزواج ومتابعه الأطفال وحديثي الولادة حتى سن ٥ سنوات.

١٩) من أسباب زيادة الإعاقات في الوطن العربي زيادة معدلات التلوث البيئي الماء والهواء والتربة و الحاصلات الزراعية بمركبات الرصاص والزئبق وأول اكسيدالكربون و بالمبيدات الحشرية .

٢٠) من أسباب زيادة الإعاقات في الوطن العربي ارتفاع معدل زواج الأقارب وخصوصا في المجمعات العربية والبدوية والريفية.

٢١) لأطفال تحت الخامسة هم أكثر تعرضا للعوامل المسببة للإعاقة و ذلك :

٢٢) لأن معدلات نمو الأطفال في هذه المرحلة أسرع بكثير من أي مرحلة أخري وهو ما يجعل الأطفال تحت الخامسة أكثر قابلية للإعاقات .

٢٣) حيث إن ٨٠% من خلايا المخ الإنساني تتكون خلال الستة اشهر الأخيرة من الحمل حتى نهاية الشهر السادس بعد الميلاد .

٢٤) حيث إن وزن مخ الطفل عقب الولادة مباشرة يبلغ ٢٥% من حجم الراشد ثم يصبح ٧٠% خلال العام الأول ويصل ٩٠% حتى عمر السادسة والباقي حتى سن ١٢.

٢٥) يحتاج النمو العقلي إلي نسبة عالية من البروتينات في الغذاء .

٢٦) يتأثر النمو الجسمي للطفل بسوء التغذية ، حيث يزيد وزن الطفل ضعفين في الشهر السادس من عمره و ثلاث اضعاف وزنه عند الميلاد بنهاية عامه الاول .

٢٧) يجب الأخذ في الاعتبار أن الإعاقة لا تحدث فقط بوجود عامل واحد بل غالبا ما يشترك في حدوثها أسباب وعوامل كثيرة .

٢٨) تحدث الإعاقة الجسمية و الحركية والعقلية والاجتماعية و الذاتية والصحية نتيجة أسباب وعوامل و ظروف اقتصادية و صحية و اجتماعية متعددة .

٢٩) تتنوع العوامل المسببة للإعاقة إلى عوامل وراثية وبيئية مكتسبة وتختلف باختلاف نوع الإعاقة وسن الطفل و نوعه والعادات والتقاليد السائدة في المجتمع .

٣٠) يعد التعرف على العوامل المسببة للإعاقة الخطوة الأساسية في الوقاية من الإعاقة و تخطيط البرامج التي تستهدف الحد من مشكلة الإعاقة وما يترتب عليها من آلام و نتائج اجتماعية و اقتصادية سلبية على الفرد المعاق و لأسرته و للمجتمع الذى يعيش فيه .

٣١) من أهم العوامل المسببة للإعاقة أربعة عوامل وهي العوامل : الاجتماعية والصحية والوراثية و الحوادث .

٣٢) من العوامل الاجتماعية المسببة للإعاقة زواج الأقارب بالمجتمعات العربية والقبلية والمناطق الريفية .

٣٣) من العوامل الاجتماعية المسببة للإعاقة الزواج المبكر (قبل ١٨ – ٢٠ سنة) و المتأخر (بعد سن ٣٠).

٣٤) من العوامل الاجتماعية المسببة للإعاقة انتشار الأمية وانخفاض مستوى تعليم الإناث

٣٥) من العوامل الاجتماعية المسببة للإعاقة خروج المرأة للعمل وخاصة في السنوات الأولى من عمر الطفل .
٣٦) من العوامل الاجتماعية المسببة للإعاقة الفقر وما يترتب عليه من قصور الإمكانات الصحية و التربوية .
٣٧) من العوامل الاجتماعية المسببة للإعاقة ارتفاع معدلات الإنجاب.
٣٨) مثلث الإعاقة:(هناك ٣ عوامل اذا توفرت زادت نسبة الاعاقة في المجتمع وهي الفقر والجهل ونقص الرعاية الصحية)
٣٩) يعد الفقر و ما يترتب عليه من قصور الامكانات الصحية و التربوية بيئة خصبة للإعاقة .
٤٠) الفقر ذاته ليس عامل مسبب للإعاقة و لكن العوامل المسببة هي تلك التي يفرزها الفقر .
٤١) هناك عوامل صحية تؤدي إلي حدوث الإعاقات .
٤٢) من العوامل الصحية المسببة للإعاقة الحمي الشوكية .
٤٣) الحمى الشوكية اذا لم تعالج تؤدي إلى الإعاقة (العقلية أو السمعية أوالبصرية أو الحركية).
٤٤) الرمد (التراكوما) يؤدي الى فقد البصر و كذلك ارتفاع ضغط العين .
٤٥) الحصبة الألماني وشلل الأطفال والإسهال والجفاف ونقص المناعة ، والسل والدفتيريا والسعال وسوء التغذية ونقص الكالسيوم والتلوث الكيمائي جميعها تؤدى إلى إعاقات ذهنية و جسمية متعددة .
٤٦) الغالبية العظمى من الأمراض يمكن الوقاية منها عن طريق التطعيمات .
٤٧) نقص البروتين في التغذية و خاصة في مراحل الحمل و الطفولة المبكرة ، يمكن ان يؤدى الى تخلف عقلي .
٤٨) ٨٠%من خلايا الجهاز العصبي (تحتاج في نموها إلى بروتينات خاصة في الفترة بين الشهر السادس من الحمل و الشهر السادس بعد الميلاد .
٤٩) أقل نقص في البروتينات يؤدى إلى إعاقات ذهنية و إلى حالات إنميا و هزال و غيرها .
٥٠) نقص الكالسيوم و فيتامين "د" قد يؤدى إلى لين العظام و حالات الكساح و القصور الحركي .
٥١) يؤدى نقص فيتامين " أ " إلى فقد البصر .
٥٢) يؤدى سؤ تغذية الأم الحامل و خاصة بالنسبة إلى البروتين و السعرات الحرارية الكافية إلى عسر في الولادة أو ميلاد الطفل قبل اكتمال فترة الحمل أو ميلاد طفل قليل الوزن (أقل من ٢,٥ كيلو جرام)فيكون الطفل عرضة للإصابة بإعاقة جسمية أو ذهنية .
٥٣) هناك أمراض غير ميكروبية أو فيروسية (غير معدية) و لكنها تؤدى إلى إعاقات.
٥٤) يعتبر التلوث الكيمائي للهواء و الماء و المواد الغذائية بمواد مثل مركبات الرصاص و الزئبق و أول أكسيد الكربون و غيرها من أهم العوامل المسببة للإعاقات المختلفة ، سواء منها الذهنية أو الجسمية .
٥٥) تنتقل بعض العوامل المسببة للإعاقة عن طريق المورثات (الجينات) أو العوامل الوراثية من جيل إلى آخر .
٥٦) قد لا تظهر حالة الإعاقة في جيل معين ، ولكنها تظهر في الجيل الثاني .
٥٧) ليس من الضروري أن يرث الطفل الإعاقة المعينة ، و لكنه قد يرث حالة أو خلل في وظيفة معينة بما يؤدى الى إعاقة .
٥٨) قد يرث الطفل خللاً في التمثيل الغذائي **pku** فيؤدى هذا الخلل إلى تدمير خلايا في المخ بما يترتب عليه من تخلف عقلى أو توحد .
٥٩) يؤدى غياب الوعي والإهمال من الأسرة أو المدرسة إلى العديد من الحوادث التى قد تؤدى إلى إعاقة .
٦٠) من الحوادث المسببة للإعاقة التعرض للحريق الكوارث الطبيعية كالبراكين والزلازل والجرائم والحروب والجفاف والفيضانات وغيرها .
٦١) تدعيم الخدمات الصحية و خاصة بالنسبة للام أثناء فترة الحمل و الولادة و للأم و الطفل بعد الولادة في السنوات الأولى من عمره يمكن أن تلعب دورا حيويا في الحد من حالات الإعاقة .

المحاضرة الثالثة الإعاقات الذهنية

١) هناك فرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي .
٢) التخلف العقلي حالة وليس مرضا .

٣) المرض قابل للشفاء ، اما الحاله فهي حاله دائمة لآتشفى .

٤) المرض العقلي أو الجنون عبارة عن اختلال في التوازن العقلي و نحتاج لتدخل علاجي لإعادت الاتزان .

٥) التخلف العقلي هو نقص في درجة الذكاء نتيجة لتوقف في نمو الذكاء .

٦) الفرق بين ناقص الذكاء (المتخلف عقلياً) وبين الشخص العادي فرقاً في درجة وليس فرقاً في النوع.

٧) التخلف العقلي يحدث ويمكن ملاحظته في مرحلة الطفولة وخاصة عند دخول المدرسة ولا يصيب الفرد فيما بعد مرحلة المراهقة.

٨) الذكاء يستمر في النمو خلال الطفولة حتى نهاية المراهقة من الميلاد حتى سن ١٨ سنه.

٩) العقل يكتمل نموه تماماً عند ١٨ سنه .

١٠) مصطلح التخلف العقلي معناه ان العقل تخلف عن الاكتمال .

١١) اذا اكتمل نمو العقل تماماً معناه انه لايصبح الانسان متخلف عقلياً بل يمكن ان يصيبه فقدان ذاكره ضعف في الذاكره ضعف في الانتباه مرض عقلي ولكن لايمكنه ان يصاب بالتخلف العقلي .

١٢) ليست هناك علاقة بين التخلف العقلي والمرض (الجنون) .

١٣) قصور أو تخلف الذكاء هي مشكلة نمو.

١٤) كما تختلف سرعة النمو في الطول تختلف سرعة نمو الذكاء أيضا.

١٥) التخلف العقلي درجات.

١٦) تبلغ نسبة المتخلفين عقليا حوالي ٣% من أفراد المجتمع.

١٧) أسباب التخلف العقلي:اهتمت الدراسات والبحوث العلمية من قديم الزمن بتحديد العوامل المسببة للتخلف العقلي وأساليب الوقاية والعلاج. (كلها معروفة وسبق دراستها في مادة التخلف العقلي لذا حذفتها لكنها مهمة للي ما يعرفها يرجع لها هناك)

١٨) البيئة الفقيرة ثقافيا التي تفتقد الأنشطة الذهنية الحافزة لذكاء الطفل في مراحل نموه الأولى تعتبر مسئولة عن نسبة عالية جدا من حالات التخلف العقلي البسيط (٨٠%) وخاصة إذا لم يتوفر الغذاء الكامل والخدمات الصحية.

١٩) أسباب التخلف العقلي تعتبر مسئولة عن ٧٥% فقط من حالات التخلف العقلي وأن بقية الحالات ترجع إلى أسباب مجهولة أو مشكوك فيها تقدر بحوالي ٢٥٠ سببا .

٢٠) حالة خلل التمثيل الغذائي و حالات عدم تطابق دم الطفل ودم الأم من حيث العامل الريزيثRH وحالة الخلل أو الشذوذ الكروموسومي و حالات سوء التغذية ثبت أنهامسئولة عن ٣٠% على الأقل من حالات التخلف العقلي إذا أهمل علاجها.

٢١) حالات خلل التمثيل الغذائي هي حالة تورث من جيل إلى جيل.

٢٢) جسم الإنسان يحتاج إلى عدد كبير من الأحماض الأمنية يصل عددها إلى ٢٢ حمضا أمينيا لبناء أنسجته .

٢٣) بعض الأطفال يولدون ولديهم قصور في القدرة على تمثيل أحد أنواع هذه الأحماض الأمينية وهو الفينايلالاتين PKu فتحمله دورة الدم إلى المخ حيث يصبح مدمرا لخلايا المخ والأنسجة العصبية.

٢٤) تظهر أثار الفينايلالاتين في البول والدم ويعرف طبيا باسم فينايلكيتون .

٢٥) يمكن الكشف عن الفينايلالاتين بسهولة باختبار PKu بإضافة قطرة من محلول تركيزه ١٠% من كلوريد الحديديك على البول ، فيظهر لون اخضر مزرق ، إذا احتوى على هذا الحمض الأميني ولونه أصفر إذا كان خاليا منه ، كما يمكن الكشف عنه في الدم.

٢٦) يجري هذا الاختبار والكشف عند حوالي الأسبوع الثاني بعد الميلاد.

٢٧) إذا اكتشف قبل نهاية الشهر الثاني من عمر الطفل علاج الحالات المصابة لإنقاذ الطفل من الوفاة أو من التخلف العقلي.

٢٨) العلاج من خلل التمثيل الغذائي يتلخص في تجنب الأغذية التي تحوى بروتيناً ينتج بعد هضمه هذا الحمض الأميني .

٢٩) اللبن يعتبر من أغنى المصادر للحمض الأميني فينابلالاتين ولهذا يمنع اللبن من غذاء الطفل ويستعاض عنه بمنتجات فول الصويا.

٣٠) يجب أن يكرر الكشف بإجراء اختبار PKu على فترات للتأكد من تناقص كمية الحمض الأميني المذكور في دم الطفل خلال السنوات الأربع الأولى من عمره.

٣١) أظهرت متابعة عدد كبير من هذه الحالات نجاحا كبيرا وتقدما ملحوظا في النمو العقلي حتى يصبح طبيعيا تقريبا في السنة الخامسة من عمره الطفل إذا تم الكشف عن الحالة والبدء في العلاج الفوري بعد الولادة مباشرة.

٣٢) جعلت بعض الدول الكشف عن هذا الخلل في التمثيل الغذائي إجباريا على الأطفال خلال الأشهر الثلاثة الأولى بعد الميلاد .

٣٣) حالات عدم تطابق دم الطفل ودم الأم من حيث العامل الريزيثRH:

٣٤) ثبت أن ٨٦%فقط من البشر يحملون العامل (+)في دمهم و ١٤% دمهم (−) .

٣٥) إذا كان دم الأم (−) ودم الطفل(+) أو العكس يترتب على ذلك عدم تكامل نضج الكرات الحمراء التي تتكون في نخاع العظم وزيادة نسبة الصفراء في الدم والتي تؤثر على الخلايا المخية ووظائفهما.

٣٦) زيادة نسبة الصفراء في الدم قد تؤدي إلى وفاة الطفل أو إلى حالة تخلف عقلي شديد إن لم تعالج خلال الأسابيع الستة الأولى من حياة الطفل عن طريق نقل الدم المخالف من حيث عامل الـ منو إلى الطفل.

٣٧) حالات الخلل أو الشذوذ الكروموسومي:

٣٨) تبين من البحوث والدراسات الإحصائية أن الشذوذ أو الخلل الكروسومي يعتبر أكبر سبب من أسباب التخلف العقلي.

٣٩) حالات الخلل أو الشذوذ الكروموسومي مسئول عن ١٠% من حالات التخلف العقلي .

٤٠) ثبت أن الخلل أو الشذوذ الكروموسومي يؤدي إلى وفاة طفل من كل ١٥٠ طفلاً حديث الولادة وأنه مسئول عن ٢٥% من حالات الإجهاض في الأشهر الأولى من الحمل وعن ٥٠% من حالات العقم عند النساء.. وعن ٢٠% من حالات العقم عند الرجال.

٤١) يمكن كشف الشذوذ الكروموسومي عن طريق الفحص الميكروسكوبي لقطرة الدم وعزل بعض الخلايا في مراحل انقسامها وفحص كروموسوماتها .

٤٢) يمكن كشف الشذوذ الكروموسومي بفحص دم أباء الأطفال المتخلفين عقليا(من فئة داون سندروم) في حالة رغبتهم في إنجاب طفل أخر والتنبؤ بما إذا كان طفلهم التالي سيكون متخلفا عقليا أم لا.

٤٣) الفحوصات اجرائها مهم لـ الاسر التي تنجب طفلها الاول ويكون متخلف عقلياً ، حيث يمكننا الكشف من خلال فترات الحمل اذا كان الطفل معاق ام لا ومدى الاعاقه الموجوده.

٤٤) في يناير ١٩٧٠ نشر المركز القومي للبحوث العلمية عن التخلف العقلي في الدانمرك بحثا بين إمكان التنبؤ بما إذا كان الطفل سيولد طبيعيا وينمو بحيث يصل إلى قدرته العادية أم سيولد متخلفا عقليا عن طريق إجراء فحص وتحليل ميكروسكوبي لقطرة من السائل الأمنوى المحيط بالجنين من الأم الحامل .

٤٥) التحليل لقطرة من سائل الأمنوي تؤخذ من الأم أثناء الأسبوع العاشر أو الثاني عشر من فترة الحمل.

٤٦) حالات سوء التغذية:

٤٧) اثبت نتائج البحوث بما لا يدع مجالا للشك ، أن نسبة كبيرة من حالات التخلف العقلي وخاصة من فئة التخلف البسيط (ذكاء ٥٠−٧٠) ترجع إلى سبب سوء التغذية .

٤٨) أثبت البحوث علاقة البيئة التي يعيش فيها الطفل والتي تنخفض نسبة التعلم ، فيها خلال سنوات حياته الأولى بنمو الذكاء فقد أوجد أنه حيث ينتشر الجهل والأمية ،لا تتوفر العوامل المثيرة للنشاط العقلي والحافز للذكاء.

٤٩) نمو الذكاء يتأثر ولا شك بخبرات الطفولة ، ومدي توفر الحوافز الذهنية ، وفرص التعليم المبكر، والتفاعل الفكري المتصل وقد ثبت ذلك بتكرار الملاحظة في عدد من عمليات المسح العلمي .

٥٠) النتائج التي أدت إليها البحوث الحديثة في ميدان التعليم وطرق التعليم بعثت أملا جديدا في رفع مستوي الكافية في تعليم هؤلاء الأطفال أو وقايتهم من الإعاقة.

٥١) الكمبيوتر وبرامجه التعليمية استخدمت بنجاح في رفع مستوي الكافية في تعليم هؤلاء الأطفال أو وقايتهم من الإعاقة .

٥٢) تعتمد التكنولوجيا على نظرية التعليم المبرمج،حيث يعطي البرنامج للطفل الذي يجلس أمام الكمبيوتر جرعات صغيره من المعلومات التي تتناسب وسنه ، مصحوبة بأسئلة بسيطة يجب عنها الطفل ، ثم يعطيه البرنامج جرعة أخري من المعلومات ،وهكذا يتنقل به البرنامج من معرفه بسيطة إلي معلومات أكثر عمقا ، بتدرج بطيء يتناسب مع قدرته ، وبهذا تبني في الطفل الثقة في ذاته.

المحاضرة الرابعة الإعاقات الذهنية والبرامج الوقائية

١) إجراءات الوقاية والحد من تأثير الإعاقة صنف الى ٣ مستويات لهدفين الاول لسهولة الفهم سبب حصول اللاعاقه والسبب الثاني لأمكانيه التدخل بين مرحله واخرى والحد من تفاقم المشكله .

٢) من البديهي أن الوقاية من الإصابة بالتخلف العقلي، تكاد تكون مستحيلة بالنسبة إلى الحالات الوراثية ما لم تتوافر بحوث الفحص قبل الزواج، أو تلك التي أصيب بتلف في المخ.

٣) خلايا المخ التي دمرت لسبب أو لآخر يستحيل تعويضها بخلايا أخرى جديدة ؛ كل ما يمكن عمله هو تخطيط البرامج التعليمية والتأهيلية المتخصصة الغنية بالأنشطة التي تساعد هؤلاء الأطفال على استغلال ما تبقى لديهم من قدرات عقلية إلى أقصى حد ممكن (مستوى ثاني وثالث من الوقاية) وذلك من خلال برامج التأهيل الشامل والتدخل العلاجي المبكر.

٤) إذا كان التخلف العقلي المحتمل راجعا إلى العوامل المسببة التي تحدث أثناء الحمل أو الولادة أو بعدها فإن البرنامج الوقائي يمكن أن تكون ذات فاعلية وكفاية عالية إذا ما خططت على أساس سليم وتوفرت لها الخبرات العلمية والإمكانات المادية الكافية قبل حدوثها بوقت كاف، إجراءات (المستوى الأول للوقاية).

٥) إجراءات المستوى الأول للوقاية تتناول المسببات للاعاقه .

٦) في مجال الوقاية يمكننا النجاح في إنقاذ عشرات الآلاف من لحالات التي كان من المحتمل إصابتها بتخلف عقلي متوسط أو بسيط، لو أننا اهتممنا بالإجراءات الوقائية التالية:

٧) إجراء الفحص الكروموسومي أثناء الحمل.

٨) إجراء فحوص الدم للعامل **RH** على الأم والطفل عند الميلاد .

٩) إجراء اختبار **PKU** على الطفل في الأسابيع الأولى بعد الميلاد والإسراع بعلاج الحالات الإيجابية منها.

١٠) من مقومات البرامج الوقائية على المستوى الأول:

١١) وقاية الأم الحامل من إصابات الحصبة الألمانية والسعال الديكي والتهابات الغدة الصماء وغيرها، مما قد يؤثر على نمو خلايا مخ الجنين.

١٢) تجنب تداول أدوية أثناء الحمل إلا بعد استشارة الطبيب.

١٣) فحص وتوجيه الراغبين على الزواج وخاصة من أفراد الأسر التي ظهرت فيها حالات تخلف عقلي أو ثبت ذلك عن طريق الفحص الكروموسومي أو غيره من الفحوص الطبية.

١٤) زيادة الرعاية الصحية أثناء الحمل والاهتمام بتوفير الغذاء الكامل للأطفال وخاصة الأغذية الغنية بالبروتين.

١٥) الاهتمام ببرامج تنظيم الأسرة وتنظيم الإنجاب على فترات متباعدة وخاصة ما يهدف إلى خدمة الأسرة التي تعاني من أمراض وراثية مؤدية إلى تخلف عقلي.

١٦) تجنب تعرض الأم لأشعة إكس والعلاج بالنظائر المشعة أثناء فترة الحمل.

١٧) تصدر بعض الدول الغربية التشريعات التي تحرم زواج المتخلفين عقليا أو تحتم تعقيمهم قبل الزواج.

١٨) .وقاية الأطفال أثناء الولادة وبعدها من إصابات الجمجمة والمخ.

١٩) تخطيط برامج التوعية بمشكلة التخلف العقلي وأسبابها وأعراضها للشباب والآباء والأمهات باستخدام وسائل الإعلام .

٢٠) إدخال دراسة هذه المشكلة في برامج إعداد المدرسين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والأطباء والتأكيد على البرامج الوقائية وأهمية الكشف المبكر.

٢١) توعية الأمهات بإجراءات الوقائية ضد إصابات الأطفال بالتسمم ، وخاصة بمركبات الرصاص التي تلوث الهواء الغذاء والماء .

٢٢) يجب أن تأخذ البرامج الوقائية في اعتبارها أن الظروف الاقتصادية والاجتماعية والفقر والجهل والتغذية ذاتها وعدم توفر الأنشطة الذهنية الحافزة للذكاء واللازمة لصقله وتنميته في البيئة التي يعيش فيها الطفل في السنوات الأولى من عمره ، هذه جميعا عوامل مسئولة إلى حد كبير عن نسبة عالية من المتخلفين عقليا (وخاصة من فئة التخلف البسيط) ولهذا يجب العمل على تحسين ورفع ظروف المعيشة والظروف الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية والصحية والتغذية التي يعيش فيها الطفل في السنوات الأولى من عمره.

٢٣) الاهتمام بتشجيع البحوث في ميادين التخلف العقلي كافة ، والاتصال بالهيئات العلمية الدولية التي تعمل في تلك الميادين، والاستفادة من نتائج بحوثها أولا بأول.

٢٤) تطوير التشريعات التي تحمي الطفل والأسرة وتلك التي تنظم وتحمي البيئة من التلوث.

٢٥) الإجراءات الأساسية لبرنامج الوقاية على المستوى الثاني:

٢٦) تنمية القدرة على التعامل مع الآخرين عن طريق الاشتراك في المواقف والخبرات الاجتماعية المناسبة المتكررة.

٢٧) تحقيق التكيف والتوافق الانفعالي والاستقلال الذاتي في الأسرة والمدرسة عن طريق برنامج متكامل للصحة النفسية.

٢٨) تنمية الوعي الصحي واكتساب المعلومات الصحية السليمة عن طريق برنامج متكامل للتربية الصحية ، ويتضمن بالإضافة إلى ذلك اكتساب المهارات اللازمة لاتقاء وتجنب الحوادث والتسمم والجروح وغيرها.

٢٩) اكتساب المهارات الأكاديمية الأساسية من قراءة وكتابة وحساب عن طريق برنامج تعليمي مناسب من برامج محو الأمية الثقافية للآباء والأمهات. (هناك علاقة بين الجهل والاعاقه .. فالجهل من المسببات العامه للاعاقه حيث ان ابناء امهات غير المتعلمات يعانون من مشكلات الاعاقات اكثر من الامهات المتعلمات)

٣٠) تعليم الطفل ليكون عضوا في أسرة ومجتمع أكبر عن طريق برنامج ثقافي يؤكد مقومات الأسرة والوطن ، ويعتمد على المشاركة والمساهمة في مواقف مشوقة.

٣١) تحقيق الاستقرار والتأمين الصحي عن طريق برنامج متكامل للرعاية النفسية والطبية لعلاج الاضطرابات النفسية وعيوب النطق والكلام والتآزر الحركي التي تصاحب التخلف العقلي أو تأتي نتيجة له.

٣٢) اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة للقيام بالأعمال اليومية (مهارات الحياه اليوميه) مثل استخدام المواصلات والتعامل بالأرقام... إلخ.

٣٣) اكتساب القدرة على شغل وقت الفراغ عن طريق برنامج ثقافي ترفيهي وصقل الهوايات.

٣٤) الإعداد المهني للالتحاق ببرامج التدريب المهني لمن لا يلتحق بالجامعات لتحقيق التوافق المهني ، عن طريق برنامج توجيه وتدريب مهني يتفق مع قدرات الطفل العقلية ونواحي القصور الجسمي الأخرى.

٣٥) الحد من عمالة الأطفال مع تحسين ظروف العمل في إطار قانون العمل.

٣٦) الحدود الفاصله مابين القصور الوظيفي والعجز والاعاقه حدود واهمه .

٣٧) اذا كان هناك قصور وظيفي في احد اعضاء الجسم او احد الجوانب النمائيه وهذاالعضو لايؤدي وظائفه بشكل كامل هنا نكون اقرب الى العجز والاعاقه في ذلك العضو .

٣٨) القصور الوظيفي في عضو ما إذا كان هناك امكانيه للتدخل وتنمية مهاراته بشكل جيد هنا يمكننا الحد من المشكلات لنجعل الشخص ذو الاعاقه اقرب الى الشخص السوي .

٣٩) إجراءات المستوى الثالث: (الاجرائات الواجب عملها لتنمية قدرات الشخص المعاق بالفعل (اذاً هنا حدثت الاعاقه) أما برنامج المستوى الثالث للوقاية فيجب أن يوجه نحو تحقيق الأهداف الثلاثة التالية:

٤٠) الأول: التوافق الشخصي و الانفعالي.

٤١) الثاني : التوافق الاجتماعي. (الحياتي بشكل عام الاسري ، المدرسي ، الزواجي ، المهني...)

٤٢) الثالث: التوافق الاقتصادي.

٤٣) الأهداف الثلاثة السابقة،لايمكننا فصلها عن بعض فهي جميعها مترابطه بعضها ببعض)ولكن البرنامج بأكمله .

٤٤) المهارات الأكاديمية لا يمكن أن نعتبرها هدفا واحدا في حد ذاتها ، ولكنها تعتبر أدوات تستهدف تحقيق أكبر قدر ممكن من التكيف مع المجتمع والاستقلال الاقتصادي في حدود إمكاناته ؛ بحيث لا يصبح عالة على المجتمع .

٤٥) نهتم في هذه المرحلة بالإجراءات التالية:

٤٦) الاكتشاف المبكر لحالات التخلف العقلي قبل أن يستفحل الخطر، وتصبح البرامج العلاجية بعده عديمة الجدوى. (الاكتشاف المبكر يؤدي الى علاج وتحسن افضل)

٤٧) تدريب الآباء والأمهات على احترام السلوك الشخصي للمتخلف العقلي وتقبله.

٤٨) تكوين رأي عام حول المشكلة يكون له ثقله ، ويصبح قوة ضاغطة مؤثرة في الجهازين: التشريعي والتنفيذي لمساندة قضية المتخلفين عقليا.

٤٩) التوسع في خدمات رعاية وتأهيل المتخلفين عقليا حتى تمتد هذه الخدمات لتشمل أكبر عدد ممكن من هؤلاء الأطفال .

٥٠) التوسع في البرامج التدريبية لإعداد القادة في ميادين الرعاية الاجتماعية والنفسية والتربوية والصحية والمهنية للمتخلفين عقليا.

٥١) الاهتمام باستخدام وسائل الإعلام كافة في التعرف على المشكلة وأعراضها.

٥٢) توسيع فرص العمل أمام المتخلفين عقليا عن طريق التشريع وتوجيه المسئولين في مجالات العمل ، وعن طريق فتح مجالات جديدة لتدريب وتشغيل أفراد هذه الفئة من الأطفال والشباب.

٥٣) التخطيط المتكامل تربويا وصحيا ومهنيا وإعلاميا لبرامج رعاية المتخلفين عقليا، وتأهيلهم اجتماعيا.

٥٤) الاهتمام بتشجيع البحوث في ميدان الوقاية والعلاج.

٥٥) توثيق الصلة بالهيئات الدولية ومراكز البحوث التي تعمل في ميدان التخلف العقلي والاستفادة من خبراتها

٥٦) أهمية برامج الوقاية للمجتمع:

٥٧) تؤثر مشكلة التخلف العقلي على المجتمع الذي تعتمد تنميته اقتصاديا واجتماعيا على موارد بشرية ، ومساهمة كل مواطن قادر على دعم برامج التنمية.

٥٨) اهتمام المجتمع ببرامج الوقاية من التخلف العقلي وتدعيم برامج التأهيل الشامل للمتخلفين عقليا يقلل من الخسائر الاقتصادية والإنسانية التي تترتب على تركهم ليصبحوا عالة على المجتمع.

٥٩) كلما كان التدخل بشكل جيد كلما كانت التنميه للاشخاص المعاقين بشكل افضل

٦٠) تحسين مستوى الافراد وتنمية قدراتهم وتحويلهم من اشخاص عاله على المجتمع الى اشخاص منتجين يكون له مردود اقتصادي واجتماعي جيد.

٦١) ردود فعل الأسرة تجاه ميلاد طفل متخلف عقليا:

٦٢) يسبب قدوم طفل متخلف عقليا مشكلات عاطفية ووجدانية وسلوكية واقتصادية واجتماعية متعددة في الأسرة .

٦٣) غالبا ما تنتاب الأبوين مشاعر متباينة من الحزن والخوف والحيرة والقلق والشفقة والغضب والحسرة؛ نتيجة اكتشاف أن ابنهم يعاني من تخلف عقلي.

٦٤) التخلف العقلي ليس مرضا، ولكنه حالة قصور وتوقف في نمو الذكاء القدرات العقلية، يتعذر أو بالأحرى يستحيل علاجه بالمعنى المفهوم للشفاء منه.

٦٥) لم يكتشف الإنسان حتى الآن علاجا طبيا لا بالعقاقير ولا بالجراحة ولا بغيرها للتخلف العقلي .

٦٦) يمكن تنمية وإثراء استخدام هذا القدر المحدود من الذكاء التي حبت به الطبيعة الطفل إلى أقصى حد ممكن، وخاصة بالنسبة إلى حالات التخلف العقلي البسيط والمتوسط، إلى درجة تمكنه من أن يحيا حياة أقرب ما تكون إلى الحياة الطبيعية.

المحاضرة الخامسة من إعاقات النمو الشامل .. التوحد AUTISM **مجموعة اضطرابات النمو الشامل**

١) تعريف مجموعة اضطرابات النمو الشامل (١) : هي حالات اضطراب ذاتي بيولوجي عصبي يتمثل في توقف النمو على المحاور اللغوية و المعرفية و الاجتماعية أو فقدانها بعد تكوينها بما يؤثر سلبا مستقبلاً على بناء الشخصية ، و تطلق بعض الدوائر العلمية على هذه المجموعة اصطلاح طيف التوحد .

٢) اطلق عليها مصطلح طيف التوحد: لان التوحد يوجد فيه مشكله اضطراب في ٣ محاور من النمو.

٣) جميع اضطرابات النمو الشامل لديها اضطراب في ١ او ٢ من المحاور وليس ٣ جميعها .. اذاً هناك علاقه وتداخل .

٤) علماء العصر الحالي ينادوا بألغاء مصطلح اضطرابات النمو الشامل وابداله بمصطلح طيف التوحد للصله الوثيقه بين تلك المجموعه واضطراب التوحد .

٥) الإعاقات التي تقع تحت مجموعة اضطرابات النمو الشامل خمس إعاقات : هي التوحد والإسبرجر والريت (يتفق العلماء انه لايصيب الا الاناث)و اضطرابات الطفولة التحللية (او التفككيه اوالتفسخيه) و اضطرابات النمو غير المحدد .

٦) العوامل المسببة: عوامل عضوية بيولوجية كيميائية عصبية وعوامل وراثية .

٧) عوامل عضوية بيولوجة كيمائية عصبية في المخ تؤدي إلى اضطرابات وظيفية مختلفة . (المخ يؤدي مهامه بشكل مختلف) .

٨) عوامل وراثية

٩) في مجموعة اضطرابات النمو الشامل توجد فروق من حيث انتشارها بين الذكور و الإناث .

١٠) الاضطرابات الغير توحدية تندرج تحت مسمى طيف التوحد وهي الاسبرجر . الريت . اضطرابات النمو الغير محددة . اضطرابات الطفولة التحللية .

١١) التوحـد:

١٢) إعاقة التوحد كان قديما يعتبر من حالات الاضطراب العقلي أو الفصام الطفولي أو الصم والبكم أو غيرها.

١٣) حالة التوحد اكتشفها الطبيب النفسي الأمريكي كانر عام ١٩٤٣ من بين مجموعة من أطفال التخلف العقلي الذين يتعامل معهم أطلق عليها مصطلح التوحد.

١٤) في عام ١٩٤٤، اكتشف الطبيب النمساوي مجموعة من الأطفال النمساويين خصائصها مشابهة إلى حد ما لأطفال كانر.

١٥) أخبار ما اكتشفه العالم النمساوي لم تنتشر كما انتشرت أخبار اكتشاف كانر في امريكا بسبب حالة الحرب العالمية الثانية .

١٦) وصل خبر اكتشاف العالم النمساوي إلى الطبيبة النفسية **L.wing** الذي كان لها ابنه تعاني من حالة توحد فنشرت بالانجليزية ترجمة تقرير **Asperge** و عرفت تلك الحالات باسم اسبرجر نظرا لوجود بعض الاختلافات بينها وبين أعراض حالات كانر ، التي كان يطلق عليها اسم حالات التوحد.

١٧) لم تظهر حالات التوحد الاسبرجر في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية إلا في طبعته الثالثة المعدلة في أواخر الثمانينات وفي طبعته الرابعة التي ظهرت عام ١٩٩٤.

١٨) كان ظهور الإعاقتين التوحد الاسبرجر في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية ضمن مجموعة أطلق عليها اسم مجموعة اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة .

١٩) مجموعة اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة تضم أربعة اضطرابات هي: الأوتيزم–الإسبرجر والرت واضطرابات النمو التحليلي أو التفسخي واضطرابات النمو غير المحددة.

٢٠) تعريف مجموعة اضطرابات النمو الشامل (٢) : حالات اضطراب أو توقف في نمو المهارات المتوقعة للطفل في الجوانب الاجتماعية واللغوية والتواصل وفي رصيد السلوكيات المرغوبة ، أو فقدها بعد أن تكون قد بدأت في التبلور في المراحل المبكرة من حياة الطفل بما يؤثر سلبيا على اكتشاف المهارات المختلفة وعلى بناء شخصيته.

٢١) تعريف التوحد هو:

٢٢) * مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة ، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي .

٢٣) * يصاحب حالة التوحد نزعة انسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي

٢٤) * الطفل التوحدي يعيش منغلقا على ذاته في عالمه الخاص .

٢٥) * الطفل التوحدي يندمج في اعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه عن عالمه الخاص.

٢٦) لايوجد هناك اتصال مباشر بين التوحد والتخلف العقلي فكل منها اعاقة مختلفه عن الاخرى .

٢٧) اذا كان هناك شخص مصاب بالتوحد والتخلف العقلي فهو يعتبر من متعدد الاعاقة اي لديه اعاقتين .

٢٨) يشير الدليل الإحصائي لاضطرابات النفسية في طبعته الثالثة ١٩٨٠ إلى انه قد تصاحب التوحد نسبة كبيرة من حالات تخلف عقلي.

٢٩) غياب التخلف العقلي لا يمنع من تشخيص الحالة على أنها حالة توحد .

٣٠) ليس بالضروره كل شخص مصاب بالتوحد لديه تخلف عقلي.

٣١) نسبة كبيره من حالات التوحد لديهم تخلف عقلي الاكثر شيوعا ٧٠% من الاطفال التوحيديين يصاحب التوحد تخلف عقلي .

٣٢) ٣٠% من التوحديين لايوجد علاقه لديهم بين التوحد والتخلف العقلي بل على العكس توجد لديهم درجات ذكاء عاديه او اعلا من العادي او فائقي الذكاء .

٣٣) وجد في بحث طبق على عينه ٤٥٠ حالة توحد في ثلاث من الولايات المتحدة الأمريكية:

٣٤) أن ٤٠% منهم يعانون من تخلف عقلي بدرجة أقل من ٥٠ معامل ذكاء(أى تخلف متوسط أو شديد) .

٣٥) أن ٣٠% من أفراد العينة يعانون من تخلف عقلي بسيط من (٥٠-٧٠) .

٣٦) أن ٣٠% من أفرادالعينة على عامل ذكاء عادي أو عالي ٧٠ فأكثر .

٣٧) أن من بينهم قلة وصل ذكاؤها إلى ١٢٠.

٣٨) أن ٢٠% من أفراد العينة يتمتعون بذكاء غير لفظي عادي أو مرتفع.

٣٩) أن احتمالات الإصابة بالتوحد تزداد مع انخفاض نسبة الذكاء أو مع شدة التخلف العقلي.

٤٠) معاملات الذكاء عند أطفال التوحد تعكس ما يعانونه من صعوبات أو نواحي قصور في النمو اللغوي ومهارات التفكير المجرد .

٤١) في خضم نواحي القصور بمحاورها المتعددة عند معظم أطفال التوحد ، قد تظهر بعض القدرات أو المهارات النادرة في مجالات الرياضيات أو فنون الرسم أو الموسيقى أو النشاط الرياضي بشكل يفوق قدرات الطفل السليم ، ويطلق على امثال تلك الحالات الأبله العاقل .

٤٢) من بين التوحدين من يتميز بذاكرة مذهلة فيتلو في سن مبكرة أبياتا من الشعر أو الأدب أو يعزف أو يغني ألحانا موسيقية كان قد سمعها من سنين .

٤٣) الخصائص المميزة لحالات التوحد:

٤٤) الخصائص البدنية:

٤٥) غالباً ما يكون المظهر العام مقبولا إن لم يكن جذابا .

٤٦) من حيث طول القامة وخاصة في المرحلة من عمر سنتين إلى ٧ سنوات يكونون اقصر طولا من أقرانهم المساوين لهم في العمر وغير المصابين بالتوحد.

٤٧) لايوجد تصنيف تشريحي اكلينيكي يميز الطفل التوحدي عن الطفل العادي الا اذا كان الطفل التوحدي مصاب باعاقه اخرى كـ متلازمة داون.

٤٨) من حيث الثبات في العمر المبكر يختلفون عن الطفل السليم في عدم الثبات على استخدام يد معينة بحيث يترددون أو يتبادلون استعمال اليد اليمنى مع اليسرى، مما يدل على اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر.

٤٩) نجد اختلافا عن الطبيعي من حيث خصائص الجلد وبصمات الأصابع التي تنتشر بين أطفال التوحد أكثر منها بين بقية أفراد المجتمع العام مما يشير إلى خلل أو اضطراب في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم.

٥٠) يتعرض أطفال التوحد في طفولتهم المبكرة لأمراض الجزء العلوي من الجهاز التنفسي وحالات الربو والحساسية ونوبات ضيق التنفس والسعال .

٥١) يعانون أطفال التوحد من اضطرابات معوية وحالات الإمساك أو الشلل في حركة الأمعاء أكثر من حدوثها بين اطفال المجتمع العام .

٥٢) يختلفون أطفال التوحد عن الطفل السليم في تجاوبهم مع تلك الأمراض وانعكاسات تأثيرها عليهم .

٥٣) سلوكيات الطفل المتوحد تكون أكثر رقة وهدوءا وتحسنا أثناء حالات المرض والألم ، مما يستدل منه الأبوان أو المدرس على أن الطفل يعاني مرضا أو توعكا أو ألما.

٥٤) الخصائص السلوكية:

٥٥) من أهم الخصائص قصور كمي وكيفي في التفاعل الاجتماعي وهي سمة تميز أطفال التوحد كافة ولكن ربما بدرجات تختلف من طفل إلى آخر لدرجة غياب ارتباطه أو انتسابه حتى لأبويه وليس فقط للآخرين.

٥٦) طفل التوحد يتجنب تماما التلاقي أو التواصل بالعيون الذي يميز أفراد البشر عندما يتحادثون .

٥٧) في مرحلة النمو الاجتماعي للطفل الذي يعاني التوحد ، تغيب تماما مظاهر الترابط والصلة الطبيعية التي تظهر في الطفل السليم نحو أبويه وأفراد أسرته إلا في حالات نادرة للغاية وبعد تدريب طويل.

٥٨) لا يبدو على معظم أطفال التوحد أي حزن أو غضب أو حتى ضيق عندما يفارقهم آباؤهم أو إخوتهم أو رفاقهم أو حتى حينما يتركوهم وسط أفراد أغراب لا يعرفونهم فلا يبدون أي قلق.

٥٩) عند التحاق طفل التوحد بالمدرسة تخف تدريجيا بعض تلك السمات الانسحابية إلى حد ما خاصة إذا كانت حالة التوحد التي يعانيها الطفل حالة خفيفة أو متوسطة الشدة .

٦٠) يستمرعزوفهم عن مشاركة أقرانهم في اللعب واضحا كما تستمر بعض تصرفاتهم الفجة أو الغريبة وعجزهم عن تفهمهم مشاعر الآخرين.

٦١) مع تقدمهم في العمر، تبدأ هذه السلوكيات في التحسن عند مرحلة المراهقة المتأخرة ، فيما عدا ترددهم في مبادرة المشاركة مع الرفاق في اللعب والنشاط الرياضي أو الترفيهي .

٦٢) أكدت المسوح الميدانية التي أجريت في المجتمعات الغربية ما يفيد ندرة زواج الأفراد الذين يعانون من التوحد ، وبالتالي تزيد معاناتهم من الوحدة فوق ما يعانون من ضغوط التوحد.

٦٣) مشاكل التخاطب و التواصل اللغوي:

٦٤) يعتبر قصور أو توقف أو اضطراب النمو اللغوي من أهم الأعراض المميزة لحالات إعاقة التوحد والمعايير المهمة في تشخيصها .

٦٥) عدم استخدام اللغة ليس راجعا إلى عدم رغبة الطفل في الكلام، أو إلى أن الدافعية تنقصه، ولكنه يرجع إلى قصور أو خلل وظيفي في المراكز العصبية بالمخ المسئولة عن اللغة والكلام والتعامل مع الرموز، والواقعة على النصف الكروي الأيسر من المخ .

٦٦) اساس العلاقات الاجتماعيه هي اللغه التي يفتقدها الاطفال التوحديين .

٦٧) في كثير من حالات التوحد، يبدأ ظهور مؤشرات هذا القصور أو الاضطراب في النمو اللغوي مبكرا في حياة الطفل ، وربما في الأشهر الثلاثة الأولى .

٦٨) أهم مظاهر اضطراب اللغة عندما يوجه إليه سؤال إعادة ترديد السؤال أو الكلمة الأخيرة منه دون أية إجابة، وهو ما نسميه ظاهرة رجع صدى .

٦٩) يخلط طفل التوحد بين الضمائر (أنا–أنت–هو–هي) .

٧٠) تقدر نسبة أطفال التوحد الذين يعانون من تعذر استخدام اللغة كلية في التخاطب والتواصل ، حتى لو تقدم بهم العمر والتدريب بحوالي ٥٠% .

٧١) البعض من أطفال التوحد يمكن أن يستوعب حصيلة لغوية مناسبة– ذوو الذكاء المرتفع– بالقدرة على ذلك وعلى القراءة قبل إتمام العام الخامس من عمرهم وبدرجة إتقان عالية ولكنهم قلة ، وغالبا لا يدركون معاني ما يقرأون.

٧٢) السلوكيات النمطية:

٧٣) في السنوات المبكرة من عمر طفل التوحد لا تظهر آية رغبة في التعرف على الأشياء واللعب والأشخاص المحيطين به في بيئته ، ولا يبدي حب الاستطلاع الذي يميز الطفل السوي في المراحل الأولى من عمره.

٧٤) يتناول اللعب والأشياء التي تقع في متناول يده تناول عشوائي محدود في نوعيته وتكراره دون هدف بشكل نمطي غير مقصود أو هادف.

٧٥) يفتقد الإبداع والتخيل أو اللعب الإيهامي (التخيلي) أو الرمزي ويعوزه التقليد أو التعبير المجرد .

٧٦) إذا حدث و شوهد مندمجا في لعب فهو فج جامد متكرر متشابه أو طقوس ثابته أو اعمال قسرية .

٧٧) غالبا يحب الدوران ويفضل الارتباط بالأشياء (الجوامد) أكثر من البشر.

٧٨) في معظم الحالات يقوم الطفل بتكرار حركات نمطية(هز الرأس أو ثنى الجذع والرأس إلى الأمام والخلف) لمدة زمنية طويلة دون تعب أو ملل.

٧٩) ،طفل التوحد يقاوم التغيير ، وربما التنقل والتبديل وفي حالة حدوث هذا التغيير ، يثور الطفل ويسمى في حال من الغضب قد تصل في درجتها إلى إيذاء ذاته او غيره من مخالطيه.

٨٠) تقلبات المزاج:

٨١) في كثيرمن حالات التوحدغالبا مايحدث تغيرالمفاجئ في المزاج مع نوبات من الضحك أو البكاء ، بدون سبب واضح يبرر هذا التغير.

٨٢) الاستجابة للمثيرات الحسية:

٨٣) الاستجابة للمثيرات الحسية تتميز إما بالبرودة والتبلد، وإما بالحساسية الفائقة بشكل لا يتناسب مع شدة أو تفاهة المثير.

٨٤) قد تكون الاستجابة أقل أو أكثر حده من استجابة الطفل السوي في حالة المثيرات، مثل الأصوات أو الأضواء أو الألم .

٨٥) كثيرا ما يتجاهل طفل التوحد حديثا موجها إليه بشكل متكرر، مما يفسر في بعض الأحيان بأن الطفل التوحد يعاني من صمم ، بينما هو في الواقع سليم السمع.

٨٦) قد يبدي طفل التوحد اهتماما فائقا بصوت عادي ، مثل دقات الساعة أو سقوط المطر أو رنين جرس التلفزيون .

٨٧) قد يصاب طفل التوحد بجرح أو قطع يسيل الدم ، ومع هذا لا يشكو أو يصرخ أو حتى تظهر على وجهه تعابير الألم.

٨٨) قد يعاني طفل التوحد من نشاط زائد وخاصة في السنوات المبكرة من عمره .

٨٩) قد يندمج طفل التوحد في أنشطة عدوانية أو ثورات غضب دون سبب مبرر لذلك ، مما قد يسبب له إصابة بالجروح أو الرضوض .

٩٠) يلاحظ كثرة وسرعة تنقل طفل التوحد من عمل أو نشاط إلى أخر وعجزه عن التركيز والانتباه لفترات مناسبة لما يقوم به من نشاط .

٩١) طفل التوحد لا يتجاوب مع أية محاولة لإبداء العطف أو الحب له.

٩٢) قد يعاني طفل التوحد من نوبات صرع قد تتكرر يوميا أو أسبوعيا أو كل شهر مرة أو ربما على فترات أكثر تباعدا .

المحاضرة السادسة العوامل المسببة لإعاقة التوحد:

١) تصور كانر المكتشف الأول لهذه الإعاقة عام ١٩٤٣م في أول تقرير له عنها أن العامل المسبب للإعاقة هي مجموعة من العوامل الذاتية المحيطة بالطفل في مراحل نموه المبكر في نطاق الأسرة.

٢) غياب العلاقات العاطفية . (العلماء اطلقوا على هذه العلاقه بالعلاقه البارده – بين الاسره والطفل) .

٣) العوامل المسببة لإعاقة التوحد : أولا : العوامل الجينية الوراثية :

٤) تبين من بعض الدراسات المسحية التي أجريت لاختبار ما إذا كانت الوراثة تلعب دورا كعامل مسبب ، أن من بين ٢ – ٤ % من أطفال آباء يعانون من التوحد ، قد أصيبوا بالتوحد وهي نسبة تزيد أكثر ٥٠ ضعفا عن انتشارها في المجتمع العام .

٥) للوراثه اثر كبير في الاصابه بالتوحد .

٦) التوحد ينتشر بنسبة ٣٦% في التوائم المتطابقة { من بويضة واحدة } ولم يجد أطلاقا في التوائم المتشابه { من بويضتين }.

٧) في دراسات مشابه تماما لدراسات السابقة التوحد منتشر بنسبة ٩٦% في أزواج التوائم المتطابقة { من بويضة واحدة } وبنسبة ٢٧% بين أزواج التوائم المتشابه { من بويضتين }.

٨) تبين من دراسات مسحية أخرى لأسر أطفال توحد ، أنه ينتشر بين أفراد الأسر ممن يعانون من صعوبات لغوية أو معرفية أخرى ، برغم أنهم لا يعانون مثل أطفالهم من إعاقة التوحد ولكن شدة هذه الصعوبات كانت أخف منها بين أطفالهم .

٩) وجد من بين الأطفال الذين يعانون من حالات التوحد نسبة ١٠% منهم يعانون من حالات الريت أو من حالات (كروموزوم X الهش) .

١٠) الكروموزوم X الهش يكون في طرف من اطرافه نوع من انواع الهشاشه اي قارب على الانكسار .

١١) احتمال ولادة أطفال توحديين أكثر بكثير عندما يكن لهم أخوة يعانون من التوحد .

١٢) نتائج البحوث أشارت إلى دور الوراثة كعامل مسبب لإعاقة التوحد ولكن ما زال هناك جدل بين العلماء المهتمين بالمشكلة ؛ حيث يشككون في طبيعة هذا الدور ؛ بحجة أنه حتى إذا كان لها دور ما ، فإن هذا الدور لا يزيد عن كونه عاملا ممهدا للإصابة .

١٣) إذا افترضنا أن الوراثة قد تسبب إعاقة التوحد ، فإن ذالك لا يمنع من وجود عوامل بيئية مسببة لها ؛ ولهذا اتجه العلماء إلى إجراء البحوث المستفيضة للبحث عن تلك العوامل .

١٤) ثانيا : عوامل عضوية/ عصبية / حيوية :

١٥) أكدت الدراسات و التحاليل الطبية معاناة أطفال التوحد من حالات قصور أو خلل عضوي عصبي أو حيوي منها ما يحدث أثناء فترة الحمل وبالتالي تؤثر على الجنين ، ومن أمثلتها : إصابة الأم أثناءها بالحصبة الألمانية أو حالة من حالات قصورالتمثيل الغذائي ومنها حالات التصلب الدرني ومنها حالات الريت .

١٦) وجد في الكثير من حالات التوحد ، أن الأم قد عانت من تعقيدات أثناء الحمل وقبل الولادة أكثر بكثير من الأطفال الأسوياء خاصة تلك التي تحدث خلال الأشهر الثلاث الأولى من الحمل .

١٧) وفي مسح تم إجراءه ١٩٩٢م وجد أن نسبة تتراوح بين ٤-٣٢% من حالات التوحد ، تعاني من نوبات صرع كبيرة .

١٨) (الصرع هو كهرباء زائده في المخ) .

١٩) تبدو مظاهر شذوذ واضحة عند إجراء رسم للمخ لدى مابين ١٠-٨٣% من حالات التوحد ؛ مما يشير إلى خلل وظيفي في تخصص النصفين الكرويين للمخ .

٢٠) أوضحت أشعة C.T التي استخدمت في فحص المخ في بحث آخر من بحوث المسح المذكور ، أن ١٠-٢٥% من أطفال التوحد يعانون من تضخم في سمك طبقة لحاء أو قشرة المخ .

٢١) بينت فحوصات الرنين المغناطيسي على المخ وجود خلل أو قصور على الثنيات السادسة و السابعة للمخيخ .

٢٢) يستنتج المختصون من نواحي الشذوذ تلك وجود خلل في حركة خلايا المخ في الأشهر الستة الأولى من مرحلة الحمل .

٢٣) باستخدام أشعة التكنولوجيا المستحدثة تم تسجيل نقص في خلايا خاصة ،كما سجلت زيادة في إفراز نتائج التمثيل لمنطقة اللحاء.

٢٤) في تقارير بحوث بيرنارد ريملاند ١٩٩٥م تبين وجود خلل أو إصابة في نسيج مركز ساق المخ ، وهو النسيج الذي يتحكم في استقبال عمليات الاستثارة والانتباه والنوم .

٢٥) الإصابة أو الخلل في نسيج مركز ساق المخ يحدث في أثناء فترة الحمل فتضعف من قدرة الجهاز العصبي المركزي أو مخ الجنين على الاستجابة للمثيرات الخارجية وحساسيته لها أو الشعور بما يحدث في عالمه المحيط به .

٢٦) نسيج مركز ساق المخ هو المركز الأساسي للمعرفة بدءاً من استقباله من الخارج عن طريق الحواس الخمس ، مرورا بإدراك معانيها وتشفيرها وتخزينها في الذاكرة واستدعائها عند الحاجة واستخدامها في التجاوب مع مثيراتها أو حل مشاكله ، بالإضافة إلى أهميتها في التعلم و التخيل و التعبير .

٢٧) يشترك مع العالم ريملاند عالمان آخران في هذا التفسير .

٢٨) يؤكد ريملاند أن هذا التنظيم الذي يقع في ساق المخ يعمل في تناسق متعاونا مع التنظيم اللمباوى الذي يقع في مركز المخ في هذا الوظائف

٢٩) الجهاز اللمباوي يعتبر مركزا لتنظيم وترجمة الانفعالات و العواطف { وهي من نقط الضعف أو الغياب التام عند طفل التوحد } .

٣٠) الجهاز اللمباوي مسئول عن التفاعل مع بعض الأمراض الفيروسية .

٣١) في بحث أجراه العلماء بيفن ومارسيلو وسبرجيو استخدم فيه الرنين المغناطيسي لفحص مخ ١٣ من الأطفال و الراشدين من إعاقة التوحد على أساس من معايير الدليل الإحصائي للأمراض العقلية ، جاءت نتيجة الفحص موضحة ظهور تشوه أو زيادة في سمك طبقة القشرة المحيطة بالمخ في سبع من تلك الحالات ٥٣،٠٨%.

٣٢) أرجع العلماء بيفن ومارسيلو وسبرجيو السبب في حدوث هذا التشوه في قشرة أو لحاء المخ إلى ظروف غير مواتية حدثت للأم خلال الشهور الستة الأولى منها :

٣٣) *إصابة الأم أثناء الحمل بحادث اقتضى علاجا طبيا استغرق أسبوعين على ألأقل .

٣٤) *عانت الأم من إرهاق وهبوط مصحوب بنزيف بعد الشهر الثالث من الحمل .

٣٥) *عانت الأم من دوخة شديدة مع قيء بعد الشهر الثالث من الحمل .

٣٦) * تناول بعض العقاقير بدون إذن الطبيب { ليس من بينها الفيتامينات والحديد والكالسيوم والتي تنصح الحامل بتناولها } .

٣٧) * الإصابة ببعض الأمراض الفيروسية مثل الحصبة الألمانية ؛ مما يقتضي علاجا طبيا لأكثر من يومين أثناء الحمل .

٣٨) *حدوث رشح (نزيف) شامل في الرحم .

٣٩) لوحظ وجود هذه التشوهات في قشرة المخ في الأفراد السبعة العينة ، سواء كان توحدهم مصحوبا بتخلف عقلي أو أنهم كانوا على ذكاء عادي أو عال .

٤٠) أكد الباحثون أن من أهم العقاقير الطبية التي استخدمتها الأمهات الحوامل وتسببت بالتشوهات في قشرة هي :

٤١) Benedictin-1 أو chlordiazeoxid المستخدمة في حالات الإسهال .

٤٢) 2–البنسلين المستخدم في حالات الأنفلونزا أو **fiarinal** مع أدوية متعددة استخدمت لتثبيت الجنين وإيقاف النزيف في الأشهر الثلاث الأولى من مرحلة الحمل .

٤٣) وجدت جيلبورج عام ١٩٨٧ تشوهات في المخيخ لأكثر من ٦٦% من أفراد عينة الأطفال والشباب الذين يعانون من إعاقة الأوتيزم . وقد أرجع سبب هذا التشوه إلى الحركة الزائد لبعض خلايا السائل المخي في المخيخ في الفترة بين الشهرين الثالث و الخامس من أشهر الحمل ، ولكنه لم يتعرض للسبب في ذلك .

٤٤) أكتشف **zilborvicius , Garrece** عام ١٩٩٢ م خللا في سريان الدم في بعض مناطق المخ . وفي نسبة ٧٢% من الأطفال والكبار من عينة تعاني من إعاقات التوحد.

٤٥) في بحث آخر أجري في جامعة سياتل على عينة من ١٩٢ من أطفال توحديين تبين من أشعة الرنين المغنطيسي على المخ وجود تلف في الفص الصدغي في ٢٩ حالة من تلك الحالات .

٤٦) إذا كان الفص الصدغي توجد عليه مراكز التفاهم والتفاعل الإجتماعيين فإننا نستطيع الربط بين هذا التلف العضوي وإعاقة التوحد حيث يعتبر القصور الاجتماعي من أهم أعراضه .

٤٧) بالرغم من شيوع وشهرة نتائج بحوث المدرسة البيولوجية التي تؤكد الجانب العضوي كعامل مسبب لتوحد ، فإننا هنا نفضل التحفظ في قبول هذه النتائج كتفسير مؤكد للعوامل المسببة لإعاقة التوحد ، بل يكفي قبولها على أنها مجرد احتمال كونها أحد أو بعض العوامل المسببة ويرجع هذا التحفظ إلى أسباب عدة منها :

٤٨) ١– هذه البحوث كشفت عن وجود تشوه أو خلل في نمو أجزاء معينة من المخ أو الكيمياء الحيوية للجهاز العصبي المركزي ، ولكن لا زلنا نفتقد الدليل القاطع على أن تلك التشوهات أو الخلل هو السبب الفعلي لإعاقة التوحد .

٤٩) ٢– لم تثبت هذه البحوث معاناة جميع حالات التوحد من وجود تلك العوامل العضوية العصبية ، فهناك حالات توحد لا تعاني منها ، كما أن هذه العوامل العضوية وجدت في حالات إعاقات أخرى غير التوحد { مثل التخلف العقلي ، والإضرابات الانفعالية وبعض الأمراض العقلية } .

٥٠) لم يجد العلم الدليل القاطع والاكيد على ان هذه الاضطرابات او هذا الخلل هو السبب الوحيد والقاطع الذي يقف خلف الاصابه بالتوحد وبالتالي ماقيل عن الاسباب الجينيه يقال عن الاسباب العضويه العصبيه الحيويه انها قد تكون احد الاسباب الممهده ولكنها ليست الوحيده بل هناك عوامل اخرى بالتأكيد)

٥١) ثالثا : عوامل كيميائية :

٥٢) لم تقتصر العوامل العضوية التي تؤكدها المدرسة البيولوجية على العوامل العصبية فقط مثل تلف أو تشوه أو عدم اكتمال نمو أجزاء معينة من المخ أو المخيخ في الجهاز العصبي المركزي أو خلل وظيفي معين في إحدى أعضائه .

٥٣) أشارت البحوث إلى علاقة التوحد بالعوامل الكيميائية العصبية وبصفة خاصة إلى إضرابات تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة في إفرازات الناقلات العصبية التي تنقل الإشارات العصبية من الحواس الخمس إلى المخ أو الأوامر الصادرة من المخ إلى الأعضاء المختلفة في الجسم أو عضلات الجسم و الجلد .

٥٤) نتائج بعض تلك البحوث :

٥٥) أكدت عدة بحوث أخرى وجود عوامل كيميائية عصبية في حالات التوحد ، ومن بينها :

٥٦) بحث أجري في السويد وتبين أن درجة تركيز حمض الهوموفانيلك أكثر ارتفاع في السائل المخي المنتشر بين أنسجة المخ والنخاع الشوكي في حالات إعاقة التوحد منه بين الأطفال العادين .

٥٧) لوحظ في دراسات أخرى زيادة في تركيز إحدى الناقلات العصبية وهو **serotonin** في الدم ٤٠% من الأطفال التوحديين ، وعندما أمكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار **fenfluramine** لوحظ تحسن وانخفاض في بعض الأعراض لدى هؤلاء الأطفال كما لوحظ تحسن في الأداء اللغوي .

٥٨) في عدد آخر من البحوث ثبتت علاقة الإصابة بالتوحد –كنتيجة لتلوث البيئي – ببعض الكيماويات .

٥٩) تحتوي النفايات السائلة والغازية على كيماويات أهمها الرصاص و الزئبق اللذان ثبتت علاقتهما كعامل مسبب للإعاقات الذهنية ، و أول أكسيد ومركبات النتروجين الأخرى ومركبات الكبريت وغيرها التي تنتج من احتراق وقود المازوت في المصنع .

٦٠) هناك عشرات أو بالأحرى مئات من البحوث التي أجريت في محاولات المختصين الوصول إلى معرفة العوامل المسببة للتوحد، ومع ذلك لا زال هناك الكثير الذي يتطلب الأمر معرفته للوصول إلى تحديد أكثر دقة للعامل أو العوامل المسببة للتوحد .

٦١) من التعدد الكبير لأعراض التوحد والاختلاف في الصور لخصائص الأفراد الذين يعانون منه بدرجة نستطيع معها أن نجزم أنه لا يوجد فردان منهم متشابهان تماما في أعراضهم ، بل يمكن اعتبار كل حالة بحد ذاتها فريدة في نوعها .

٦٢) لابد أن تكون هناك عوامل مسببة متعددة هي المسئولة عن هذا التعدد والاختلاف بين الحالات المصابة وبين الأعراض المسجلة لكل منهما .

٦٣) المؤكد أن جذور المشكلة وعواملها المسببة للتوحد تكمن في المخ بصفة خاصة أو الجهاز العصبي المركزي بصفة عامة ، كما أكدتها تقارير البحوث السابقة .

٦٤) المخ بمراكزه العصبية التي يعجز العلم عن حصرها كما ووظيفيا ، والناقلات العصبية دائمة الحركة في المخ والجهاز العصبي كله وخلاياه هو أكثر أعضاء الجسم تعقيدا فهو الذي يسيطر على الوظائف الجسمية و العقلية و النفسية و السلوكية والانفعالية و الوجدانية للإنسان .

٦٥) ما زال أمام العلم والتكنولوجيا الكثيرة مما يجب معرفته عن نوعية الإصابة وحجمها وعمقها ومكان حدوثها في المخ والصلة الحقيقة الدقيقة بين هذه الإصابة التي تظهرها تلك التكنولوجيا في أنسجة المخ وحالات الإعاقة وأعراض الخلل الوظيفي وتوقف النمو عن المحاور المختلفة للفرد المصاب .

٦٦) لتوقيت حدوث الإصابة علاقة وثيقة بدرجة شدة حالات التوحد ونوعية أعراضها.

٦٧) تتعدد وتتنوع أشكال الخلل الوظيفي والسلوكي ونوع وأعراض التوحد ودرجة شدته التي تسببت عنها .

٦٨) تؤدي إصابة معينة ،إلى التأثيرعلى جزء معين من المخ .

٦٩) إصابة مراكز عصبية معينة تؤدي إلى ظهور إعاقة مثل التوحد وأعراض محددة لها .

٧٠) قد يصيب التلف مركزا آخر فيؤدي إلى ظهور أعراض مختلفة للتوحد أو إلى الإصابة بإعاقة أخرى مختلفة مثل الإسبرجر أو الريت أو التخلف العقلي بأعراض مختلفة أخرى .

٧١) قد تؤدي إصابة معينة في موضع معين إلى إعاقتين أو أكثر .

٧٢) الكشف والتشخيص المبكر والمبادرة بتنفيذ برامج التأهيل المناسبة يوفر فرصا أكثر فاعلية للشفاء المستهدف أو تخفيف شدة الأعراض.

٧٣) التأخر في الكشف عن وجود الإعاقة يؤدي إلى التأخير في برنامج التأهيل وبالتالي إلى تدهور أكثر وإلى زيادة شدة الأعراض ، أو ظهور أعراض أخرى مختلفة تحد كثيرا من فاعلية برامج التأهيل والتدخل العلاجي .

المحاضرة السابعة تشخيص إعاقة التوحد

١) يعتبر تشخيص إعاقة التوحد وغيرها من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا .

٢) تشخيص إعاقة التوحد وإعاقات النمو الشامل تتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائي التخاطب والتحاليل الطبية وغيرهم.

٣) التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي والعاطفي فتعوق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم .

٤) التوحد إعاقة سلوكية تصيب عمليات تكوين الشخصية في الصميم ، فتتعذر أو تستحيل عمليات التعامل مع الطفل لتشخيص حالته والقياس والتقييم وغيرها.

٥) طفل التوحد يعاني من قصور شديد في اللغه والتواصل الاجتماعي وعملية التعلم وفي شخصيته بشكل عام وهنا تصعب عملية التشخيص .

٦) نستدل على القصور في الذكاء لدى طفل التوحد من السلوك الصادر منه .

٧) تتعدد وتتنوع أعراض التوحد وتختلف من فرد إلى آخر . ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماما في الأعراض .

٨) يرجع هذا التعدد والاختلاف في الأعراض من طفل إلى أخر إلى تعدد وتنوع العوامل المسببة لإعاقة التوحد .

٩) الطفل يجمع عدد من الاعراض والأنماط للحكم عليه بانه طفل توحدي منها : لديه قصور في التواصل اللغوي . قصور في التفاعل الاجتماعي . اعمال نمطيه وسلوكيات غريبه وغير هادفه .

١٠) يختلف تجمع الانماط السابقة من طفل توحدي الى طفل توحدي اخر من حيث النوع والشده والدرجه .

١١) لايوجد نمط توحدي نموذجي ومعيار ثابت يمكن القياس عليه هذا مايجعل عملية التشخيص صعبه

١٢) أكثر العوامل المسببة للتوحد واضطرابات النمو الشاملة الأخرى يحدث في المخ والجهاز العصبي الذي يسيطر على الوظائف الجسمية والعقلية والنفسية والسلوكية كافة للإنسان ، وحيث تصيب المراكز العصبية المنتشرة على لحاء (قشرة)المخ ، والتي تتحكم في تلك الوظائف كافة .

١٣) المخ بصفة خاصة ، والجهاز العصبي – بصفة عامة – من أكثر الأجهزة تعقدا في جسم الإنسان .

١٤) إصابة المخ والجهاز العصبي يترتب عليه تعدد صور الخلل الوظيفي ونتائجه السلوكية ، وبالتالي تعدد واختلاف أو تشابه الأعراض المترتبة عليها ونوعية الإعاقات التي تسببها .

١٥) تتعدد وتتنوع أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي فقد تحدث الإصابة :

١٦) * نتيجة تلوث كيميائي (مثل الرصاص و المعادن الثقيلة) .

١٧) * نتيجة التلوث الإشعاعي الطبيعي أو الصناعي .

١٨) * نتيجة للتدخين أو إدمان المخدرات أو الكحوليات أو المبيدات الحشرية .

١٩) * نتيجة الإصابة بالأمراض البكتيرية أو الفيروسية كالحصبة الألمانية أو الأمراض التناسلية أو الحمى الشوكية .

٢٠) تؤدي الإصابة إلى تلف جزء معين من المخ وبالتالي ظهور أعراض التوحد كلها أو جزء منها ، كما تؤدي إصابة جزء آخر من المخ إلى ظهور مجموعة أخرى من الأعراض تشخص على أنها إعاقة إسبرجر أو ريت أو إعاقة تخاطب أو تعلم أو تخلف عقلي أو غير ذلك من الإعاقات التي تتشابه مع أعراض التوحد. (تشابه اعراض التوحد مع اعراض طيف التوحد يجعل هناك صعوبة في تشخيص اعاقة التوحد)

٢١) قد يحدث الخلل أو الإصابة بطريقة غير مباشرة لمخ الجنين نتيجة حدوث العامل المسبب قبل عملية الإخصاب لبويضة الأم التي تكون موجودة بمبيضها طوال مرحلة الطفولة بسبب عامل إشعاعي أو تلوث بيئي أو كيميائي أو غير ذلك.

٢٢) من الممكن ان يكون الخلل حصل للجنين بطريقه مباشره اثناء تواجد البويضه في رحم الام قبل عملية الاخصاب تماماً ، وهذا مايجعل عملية التشخيص اكثر صعوبه) .

٢٣) قد يصاحب إعاقة التوحد إعاقة أخرى أو أكثر من إعاقات الذهنية كالتخلف العقلي (الشديد أو المتوسط أو البسيط) أو الصرع أو الإسبرجر أو الريت أو فصام الطفولة .

٢٤) قد يصاحب إعاقة التوحد إعاقات التعلم كالنشاط الحركي الزائد أو قصور القدرة على الانتباه أو التركيز أو الدسلكيا أو الأفيزياء وغيرها.

٢٥) تتشابك و تتعقد الأعراض ، وتصبح عملية التشخيص أكثر صعوبة وتعقيدا ، خاصة وأن بعض أعراض تلك الإعاقات تتشابه مع إعاقة التوحد .

٢٦) عند تداخل اعراض الاعاقات المتعدده تكون اصعب في عملية التشخيص بسبب الاضطراب والخلط في تلك الاعراض .

٢٧) لا يوجد حتى الآن من الاختبارات والمقاييس السيكولوجية المقننة ، وخاصة في العالم العربي ما يمكن استخدامه للكشف عن إعاقة التوحد حتى اختبارات الذكاء المعروفة .

٢٨) حاليا في عام ٢٠١٢ توجد الادوات والمقايس ومتوفره بكثره تضمن الدليل الإحصائي لتشخيص الاضطرابات العقلية الذي صدر عن الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين معايير مبدئية عامة للتشخيص .

٢٩) الدليل الذي يصدر عن الجمعيه الامريكيه للاطباء النفسيين اختصارها **ABA** اصدر معايير مبدئيه عامه لتشخيص التوحد وهي من اكثر المعايير انتشاراً وشيوعاً في تشخيص التوحد .

٣٠) معظم الادوات الاختباارت والمقاييس التي صدرت وانتشرت حالياً في تشخيص عملية التوحد تعتمد هذا الدليل بشكل اساسي **ABA**.

٣١) معايير تشخيص التوحد كما نص عليها**DSM-4**: (الدليل الاحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية الاصدار الرابع .. صدر سنه ١٩٩٤)

.

٣٢) أولا: ظهور ٦أعراض أو أكثر من المجموعات ١,٢,٣التالية ، على أن تكون منها اثنتان من أعراض المجموعة ١ على الأقل ، بالإضافة إلى عرض واحد على الأقل من كل من المجموعتين ٢و٣.

٣٣) لكي نقول عن الطفل بأنه توحدي لابد من تجميع ٦ نقاط من الـ ٣ المجموعات الفرعيه من المعيار الاول ولابد ان يكون على اساس محدد يكون له ارتباط بالثلاث مجموعات لكن الاولى هي الاهم .

٣٤) لابد ان يجمع معيارين من المجموعه الفرعيه الاولى و معيار واحد من المجموعه المعياريه الثانيه ومعيار واحد ايضاً من المجموعه المعياريه الثالثه .، كذا يصبح العدد ٤ باقي ٢ لكي يكمل ٦ هنا لايهم يأتي بهم من اي مجموعه اذا كان مثل الثلاث مجموعات كامله .

٣٥) جدول المجموعات :

مجموعة ١	مجموعة ٢	مجموعة ٣
قصور كيفي في قدرات التفاعل الاجتماعي. (من اهم الاعراض التشخيصية للطفل التوحدي هو القصور الكمي والكيفي في التفاعل الاجتماعي .، كمي يعني في عدد العلاقات . وكيفي في طبيعة هذه العلاقات)كما يتجلى ويعبر عن ذاته بواسطة اثنين على الأقل من الأعراض التالية: أ:قصورواضح في استخدام صور متعددة من التواصل غير اللفظي ، مثل تلاقي العيون أو تعابير الوجه أو حركات الجسم في المواقف الاجتماعية والاتصال مع الآخرين. ب:الفشل في تكوين علاقات مع الأقران تتناسب مع العمر أو مرحلة النمو . ج:قصور القدرة على المشاركة مع الآخرين في الأنشطة الترفيهية أو الهويات أو إنجاز أعمال مشتركة معهم. د:غياب المشاركة الوجدانية أو الانفعالية أو التعبير عن المشاعر	قصور كيفي في القدرة على التواصل كما يكشفها واحد على الأقل من الأعراض التالية: أ:تأخير أو غياب تام في نمو القدرة على التواصل بالكلام (التخاطب) وحده (بدون مساندة أي نوع من أنواع التواصل غير اللفظي للتعويض عن قصور اللغة). ب:بالنسبة إلى الأطفال القادرين على التخاطب ، يوجد قصور في المبادأة بالحديث مع الشخص الآخر وعلى مواصلة هذا الحديث. ج:التكرار والنمطية في استخدام اللغة. د:غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإيهامي (مثل لعب البنت مع العروسه على اساس انها ابنتها) أو التقليد الاجتماعي الذي يتناسب مع العمر ومرحلة النمو. (٤ ــ ٦ سنوات)	– اقتصار أنشطة الطفل على عدد محدود من السلوكيات النمطية كما يكشف عنها واحد على الأقل من الأعراض التالية: أ:استغراق أو اندماج كلي في واحد أو أكثر من الأنشطة أو الاهتمامات النمطية الشاذة من حيث طبيعتها أو شدتها . ب:الجمود وعدم المرونة الواضح في الالتزام والالتصاق بسلوكيات وأنشطة روتينية أو طقوس لا جدوى منها . ج:ممارسة حركات نمطية على نحو متكرر غير هادف ، مثل رفرفة الأصابع أو ثني الجذع إلى الأمام والخلف أو تحريك الأذرع أو الأيدي أو قفز بالأقدام... إلخ. د:انشغال طويل المدى بأجزاء أدوات أو أجسام مع الاستمرار اللعب بها لمدة طويلة ، مثل سلسلة مفاتيح أو أجزاء من زهرة أونبات أو أسورة ساعة.. إلخ.

ثانيا: 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 في التخاطب.

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

ثالثا:غياب أعراض متلازمة الريت .

١) هذا ومنذ صدور الطبعة الرابعة من هذا الدليل عام ١٩٩٤م ، أفادت هذه المعايير في إجراء التشخيص المبدئي لحالات التوحد ، على أساس وضعها تحت ملاحظة دقيقة مقننة لفترة ما يقوم بها أخصائي مدرب ، خاصة وأنها قبل صدورها لم يكن متوفرا أمام العاملين في عمليات التشخيص أداة أخرى غيرها ؛ بسبب الصعوبات التي استعرضناها أعلاه .

٢) من العوامل التي تزيد من صعوبات التشخيص أن بعض الأعراض التي حددها دليل التشخيص الأحصائي للاضطرابات العقلية لتشخيص التوحد عن طريق معايير محددة ، كما يراها كاتب هذا البحث لا تخضع للقياس الموضوعي الدقيق ، بل تعتمد على الحكم أو التقدير الذاتي غير الموضوعي مثل القدرة على تكوين علاقات اجتماعية لها أعراض تتراوح بين العزوف الكلي عن الاتصال بالآخرين ، وتتدرج إلى التجاوب فقط مع المبادأة التي تأتي من جانب الآخرين ، ثم على مبادرات جافة أو فجة من جانب طفل التوحد .

٣) مثال أخر هو الشرط الذي يتطلب ظهور أعراض التوحد قبل انتهاء الشهر الثلاثين من عمر الطفل .

٤) من الممكن أن يسير النمو طبيعيا حتى عمر ٣٠ شهراً ، ثم يصاب الطفل بالحمى الشوكية أو غيرها من الأمراض الفيروسية التي تسبب تلفا في أنسجة المخ فلا تظهر الأعراض إلا بعد ذلك... ومن هنا يحدث الخطأ في التشخيص .

٥) من الممكن أن تكون أعراض التوحد موجودة أثناء الأشهر الأولى ، ولكنها تكون خفية لا يدركها الأبوان ، وخاصة إذا كانا يجهلان معنى وجود تلك الأعراض .

المحاضرة الثامنة إعاقات أخرى تصاحب التوحد وتختلط بأعراضه فتعقد التشخيص

١) التخلف العقلي و التوحد:

٢) كثيرا ما يصاحب حالات التوحد تخلف عقلي .

٣) حوالي ٤٠%من حالات التوحد تكون مصاحبة بتخلف عقلي أقل من ٥٠ أو ٥٥ أي تخلف عقلي متوسط أو شديد .

٤) ٣٠% من حالات التوحد تكون مصاحبة بتخلف عقلي بسيط بين ٥٥– ٧٠ .

٥) تلازم الإعاقتين التوحد والتخلف العقلي في طفل واحد ، يشكل صعوبة كبيرة في التشخيص ، كما تشكل عبئا ثقيلا على تكيف الطفل وعلى أسرته ومجتمعه وعلى عمليات التأهيل والتدخل العلاجي .

٦) إذا وجدت الإعاقتان في فرد واحد لا بد من تشخيصهما كأساس لبرنامج الرعاية والتأهيل والتنبؤ بمستقبل الطفل ويجب اخذ بالأعتبار خصائص الاعاقتين اثناء تصميم البرنامج للطفل .

٧) التنبوء بمستقبل الحاله كلما كان الطفل التوحدي غير مصاحب لحالته تخلف عقلي كلما كان مستقبل الطفل افضل .

٨) كلما كانت الاعاقه العقليه المصاحبه للتوحد اخف (اعاقه بسيطه) كانت التوقعات المستقبليه افضل من الاعاقه الشديده) .

٩) كلما قل ذكاء الطفل زادت احتمالات إصابته بالتوحد أوعلى الأقل احتمال ظهور بعض أعراض التوحد المصاحبة لأعراض التخلف العقلي ، وخاصة إذا كان العمر العقلي للطفل أقل من سنتين (أو حتى ٢٠ شهرا) فتظهر بوضوح صعوبات الكلام والتواصل والتخاطب والحركات النمطية المتكررة ، وهي من أعراض التوحد .

١٠) كلما كانت درجة ذكاء الطفل اقل كلما كانت احتماليه ان يصاب بأعراض التوحد اكثر .

١١) في هذه الحالات المزدوجة من الإعاقة المشكلة التي تحد من إمكان الوصول إلى تشخيص دقيق للحالة ، هو تعذر أو استحالة تطبيق اختبارات الذكاء (لان هناك مشكلتين : مشكله في التواصل والقدره على التفاعل الاجتماعي وقصور لغوي ناتجه عن اعاقة التوحد ومشكله في القدره على الادراك والفهم ناتجه عن التخلف العقلي).

١٢) نقيس الذكاء هنا عن طريق القاء عدة تساؤولات يجب ان يستوعبها الطفل بشكل جيد والقاء مجموعه من الاوامر ايضاً يجب ان يستوعبها الطفل بشكل جيد وان يستجيب الطفل اما لفظياً او ادائياً وهذه الاستجابه قائمه على قدرته على الاداء وممارسة النشاط وفهمه) .

١٣) مؤشرات التشخيص الفارقي والتمييز بين إعاقة التوحد وإعاقة التخلف العقلي:

١٤) **ما يتميز به طفل التخلف العقلي** :

١٥) يتميز طفل التخلف العقلي بنزعته على التقرب والارتباط بوالديه، و التواصل معهما .هذه سمة اجتماعية غائبة تماما عن حالة التوحد.

١٦) طفل التخلف العقلي من الممكن أن يبني حصيلة لغوية وأن يكتسب نموا في اللغة.

١٧) طفل التخلف العقلي لايعاني من مشكلة رجع الصدى التي يعاني منها طفل التوحد .

١٨) طفل التخلف العقلي لايستثيره التغيير في عاداته اليومية بعكس طفل التوحد تستثيره وقد يؤذي نفسه .

١٩) طفل التخلف العقلي يشارك أقرانه في أنشطتهم ، و يستمتع باللعب معهم و ممارسة تقليد الآخرين و اللعب الإيهامي ، بعكس طفل التوحد الذي يعزف عن ممارسة تلك الأنشطة كلية .

٢٠) طفل التخلف العقلي لايعاني من قصور في استعمال الضمائر كما يفعل طفل التوحد.

٢١) طفل التخلف العقلي أسهل مراساً في التعامل معه وتدريبه وفي تنفيذ برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج على جهود فائقة و صبر و جلد في التعامل معه و تدريبه.

٢٢) **ما يتميز به طفل التوحد** :

٢٣) طفل التوحد غالبا نموه اللغوي متوقف أو محدود للغاية .

٢٤) طفل التوحد ليس لديه القدرة ولا الدافعية للتعلم والتخاطب ؛ ولهذا يعاني من توقف النمو الاجتماعي والقدرة على التفاعل مع الاخرين أو مشاركة أقرانه في اللعبو الأنشطة المشتركة بعكس طفل التخلف العقلي .

٢٥) طفل التوحد يتجنب التواصل البصري بالتقاء العيون بين المحادثين وهي سمة نادرا ماتحدث مع طفل التخلف العقلي .

٢٦) في أطفال التوحد هناك تفاوتا كبيرا بين مستوى الذكاء اللفظي (الذي يكون أكثر انخفاضا) ومستوى الذكاء غير اللفظي (الذي يكون أكثر ارتفاعا) بينما مستوى كل من الذكاء اللفظي و غير اللفظي يكاد يكون متساويا لدى أطفال التخلف العقلي .

٢٧) طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو صراخ أو بكاء يستمر طويلا بدون سبب ظاهر ، بينما ذلك لايحدث لحالة التخلف العقلي.

٢٨) التخلف العقلي يكون هناك سبب لتلك النوبات من الضحك والصراخ والبكاء ..)

٢٩) طفل التوحد قد ينبغ أو يتفوق أو يبدي مهارة فائقة في أحد المجالات كالرياضيات أو الفن (كالموسيقى أوالرسم) أو الشعر أو النشاط الرياضي ، بشكل قد لا يستطيع الطفل العادي بلوغه ، وهي سمة لاتوجد عند طفل التخلف إلا في حالات نادرة للغاية.

٣٠) طفل التوحد يعيش في عالمه المغلق وكأن جهازه العصبي المركزي قد توقف عن العمل و عن الاهتمام بما حوله ، فهو لا يبالي بمن حوله لدرجة أن علاقته بأمه ليست أكثر من علاقته بأي شيء في بيئته حتى لو كان كرسيا أو لعبة أو معلقة .

٣١) التوحد من حيث انتشاره أقل بمراحل من التخلف العقلي فنسبة حدوثه ٢-٣ لكل ١٠٠٠ على الأكثر ، بينما التخلف العقلي ينتشر بنسبة ٣% من المجتمع أو أكثر .

٣٢) التوحد إعاقة يولد بها الطفل ، وتظهر أعراضها مبكرا في حدود زمنية أقصاها ٣٠ شهرا .

٣٣) التخلف العقلي قد يولد به أو يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدي إلى تلف في المخ أو إصابة بمرض معد (كالالتهاب السحائي أو الحمى الشوكية) أو نتيجة التلوث البيئي (بمثل الرصاص أو الزئبق).

٣٤) طفل التوحد لا يرحب (بل يرفض) حمل الأم له واحتضانه أو تقبيله ، بعكس طفل التخلف العقلي.

٣٥) طفل التوحد غالبا ما يحتاج إلى الرعاية مدى الحياة تقريبا .

٣٦) طفل التخلف العقلي (المتوسط والبسيط) فأنه قد يحقق استقلالاً ذاتيا بمساعد برامج التأهيل ،و يعتمد على ذاته و يحميها من الأخطار و يعمل في حرفة مناسبة .

٣٧) طفل التوحد لايفهم المظاهر العاطفية أوالانفعالية ،كما أن لديه قصورا ، و غياب القدرة عن التعبير عنها.

٣٨) طفل التوحد عجزه عن التواصل لا يقتصر فقط على التواصل اللغوي ، بل يمتد – أيضا – ليشمل التواصل غير اللفظي بالعيون – بتعابير الوجه – بينما لا يحدث ذلك لحالات التخلف العقلي البسيط والمتوسط .

٣٩) دور التحاليل الطبية في التشخيص الفارقي لحالات التوحد :

٤٠) تعتبر التحاليل الطبية الكيميائية والوراثية إحدى الوسائل المهمة المستخدمة في عمليات 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.

٤١) أولا:التحاليل المعملية الكيميائية : وهي ذات أهمية في تأكيد وجود التخلف العقلي بإحدى صوره المختلفة في أية حالة من الحالات التالية:

٤٢) *وجود خلل في عملية التمثيل في حامض الأميني.

٤٣) * اختلاف فصيلة دم الأم عن فصيلة دم الطفل .

٤٤) ثانيا:الفحوص الطبية:

٤٥) ١/وجود تضخم غير طبيعي في حجم الرأس ؛ بسبب زيادة السائل المخي المعروف بحالات الاستسقاء.

٤٦) ٢/وجود نقص في هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية (التي توجد أسفل الرقبة حول القصبة الهوائية) و الذي يؤدى إلى حالة قصاع و تتميز بصغر حجم جسم الطفل بالنسبة إلى من هم في مثل سنه .

٤٧) ٣ /حالة الميكروفليا (صغر حجم الرأس) بدرجة ملحوظة.

٤٨) ثالثا:الفحوص الوراثية: والتي قد تكشف إحدى حالات الخلل الكروموسومي المسبب للتخلف العقلي التالية:

٤٩) أ:حالات زيادة عدد الكروموسومات كان تكون٤٧ بدلا من ٤٦ كما في حالة داون سندروم .

٥٠) ب:حالات نقص عدد الكرموسومات كأن يكون في المولود الأنثى كرموسوم xواحد بدلا منxxوهي حالات نادرة الحدوث ؛ حيث تحدث بنسبة ١: ٣٥٠٠ ولادة حية .

٥١) ج:الخلل أو الشذوذ في الكرموسوم في شكل أو صغر أو انثناء أو كسر في الكرموسوم xوهي حالة تعرف باسم xالهش و تأتي من حيث حجم انتشارها في المرتبة الثانية بعد داون سندروم ، و هو أكثر حدوثا في الذكور، و نادراً ما يحدث في النساء، و يؤدى إلى تخلف عقلى بدرجة أو بأخرى مع ظهور خصائص جسمية و سلوكية مميزة .

المحاضرة التاسعة للإطلاع تم حذفها

المحاضرة العاشرة التدخل العلاجي التعليمي

١) لا يوجد علاج طبي ناجح حتى الآن للتوحد ؛ إلا أن التدخل العلاجي – و بصفة خاصة بالبرامج التعليمية – قد قطع شوطاً بعيداً في تدريب و تنمية مهارات أطفال التوحد و معالجة سلوكياتهم النمطية و العدوانية بالنسبة إليهم ، أو في تخفيف حدة الأعراض .

٢) وضع برنامج فردي لكل طفل على حدة هو العلاج الذي يؤتي ثماره حتى الان مع اعاقة التوحد .

٣) البرنامج التعليمي الفردي : هو برنامج خاص مبني على افتراض أن لكل طفل توحدي احتياجاته الخاصة به ومستويات نمو متباينة لقدراته المختلفة يقوم عل قياس و تقييم دقيق لتلك القدرات عن طريق فريق من الإختصاصيين النفسيين و التربويين ليكون أساسا لتخطيط برنامج التعليم الفردى للطفل .

٤) لابد أن نهيئ للطفل التوحدي البيئة التعليمية الخاصة به والتي تسمح بتعليمه بسرعة اقل من سرعة تعلم الطفل العادي .

٥) لابد أن يتضمن برنامج التقييم حصرا توصيفا دقيقا للسلوكيات النمطية التي يندمج في القيام بها الطفل التوحدي بشكل متكرر و تستنفذ جزءا كبيرا من وقته وتركيزه ، وكذلك تحديدا للسلوكيات الشاذة والعدوانية التي تسبب إيذاء له ولمخالطيه.

٦) لابد من تضمين البرنامج التعليمي الفردي جانبا خاصا من الأنشطة و الأساليب الكفيلة بمعالجة تلك السلوكيات التي لو أهملت لحالت – لا شك – دون تحقيق الاهداف التعليمية للبرنامج .

٧) لابد أن يتضمنالبرنامج أنشطة علاجية و تدريباً في مجالات معينة مثل التخاطب و العلاج الطبيعي و التربية النفسحركية و التي تعتبر جميعها جزءاً لا يتجزأ من أنشطة البرنامج التربوي الفردي.

٨) شروط البرنامج التربوي الفردي الجيد:

٩) ١ – انسجام و تطابق داخلي بمعنى أن تشتق أهدافه بمستوياتها المختلفة من مستوى الأداء الحالي للطفل في قدراته و مهاراته و نواحي القوة و الضعف المميزة له ، و احتياجاته المختلفة .

١٠) الصلة التي تجمع احتياجات الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة بالبرنامج التعليمي ، هي المحور الأساسي لجميع برامج التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، و برامج التربوية الفردية لكل منهم .

١١) التناسق و التطابق الداخليين لا يمكن تحقيقهما إلا إذا استنبطت أهداف البرنامج التعليمي مباشرة من مستوى الأداء الحالي لقدرات و مهارات و احتياجات الطفل التي تحددها عمليات التقييم و القياس الموضوعي المقنن .

١٢) ٢– انسجام و تطابق خارجي فالتطابق و التداعم الداخلي و حدهما لا يكفيان ، بل لا بد من أن تتفق مع البرنامج التربوي الفردي ، التطبيقات العلمية بالأنشطة التعليمية التي يتم توفيرها و البيئة التربوية النابعة من هذا البرنامج .

١٣) ٣ – صياغة الأهداف والأغراض التعليمية:

١٤) الأهداف يجب أن تصف و تحدد ما الذي يجب أن يحققه الطفل من تقدم و اكتساب للمهارات .

١٥) الأهداف تكون المحور الأساسي للبرنامج التعليمي الفردي من أنشطة و مواد تعليمية و طرق تدريس و تجهيزات و أدوات و وسائل و تكنولوجيا تعليمية .

١٦) جهد فريق إعداد البرنامج التعليمي الفردي يجب أن يركز على حسن اختيار و صياغة و تدعيم تلك الأهداف بما يتطلبه من تناسب مع نتائج تقييم مستوى الأداء الحالي للطفل ، و المدى الذي تم الاتفاق على تحقيقه ، و ما يتطلبه كل ذلك من تطابق و تداعم و تكامل داخلي و خارجي للبرنامج .

١٧) عناصر البرنامج التعليمي الفردي :

١٨) يتضمن البرنامج التعليمي الفردي العناصر التالية :

١٩) * البيانات الشخصية * التاريخ التعليمي للطفل * التاريخ المرضي للطفل .

٢٠) * ملخص بنتائج عمليات التقويم و القياس و الاختبارات النفسية التي طبقت على الطفل و نواحي القوة و القصور و مستويات نمو المهارات المختلفة .

٢١) * الاهداف بعيدة المدى و الاهداف التعليمية و ذلك في إطار محاور النمو المختلفة للطفل التوحدي . و التي من أهمها المحاور التالية :

٢٢) المهارات اللغوية و مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي و المهارات الاجتماعية والسلوكيات الشاذة و النمطية و نواحي القصور و عيوب النطق و الكلام و الادراك الحسي والمهارات الاكاديمية و التعليمية و المصادر و الاستراتجيات التي ستستخدم في تنفيذ البرنامج و تحقيق أهدافه و برنامج التقويم المرحلي و النهائي للبرنامج التربوي الفردي .

٢٣) مقومات تخطيط البرنامج التربوي الفردي في تخطيط البرنامج التعليمي الفردي يلزم مراعاة المقومات التالية :

٢٤) ١ – أهمية التكامل بين مراحل إعداد و تخطيط أنشطة البرنامج و طرق التدريس و التقويم و المتابعة من جانب ، و التكامل بين المنزل و المدرسة و المجتمع من جانب آخر .

٢٥) ٢ – أن البرنامج التعليمي الفردي مجرد إطارعام للأهداف المطلوب تحقيقها لطفل توحد معين ، مع إعطاء المعلم الحرية للتعديل و التطوير الذي يتطلبه سير العمل مع الطفل .

٢٦) شروط الهدف التربوي الجيد :

٢٧) ١ – الواقعية

٢٨) ٢ – احتمال تحقيق النتائج .

٢٩) ٣ – توافق متطلبات تنفيذ الأهداف العامة و الاهداف التعليمية .

٣٠) ٤ – توافق القيمة الوظيفية لمجموع الأهداف .

٣١) محددات و معايير اختيار الأهداف التعليمية :

٣٢) ١ – ارتباطها وعلاقتها بحياة الطفل اليومية و حياته الأسرية و اهتمامات افرادها.

٣٣) ٢ – أن تكون بدرجة و مستوى نمو القدرات و المهارات لدى الطفل.

٣٤) ٣ – النتائج الواقعية للملاحظات الموضوعية للطفل .

٣٥) ٤ – أن تكون تلك الأهداف موضوعية وواقعية .

المحاضرة الحادية عشرة متلازمة الإسبرجر

١) تعريف الإسبرجر: متلازمة الإسبرجر هي إحدى إعاقات مجموعة اضطرابات النمو ذات الأصول التكوينية البنيوية والخلقية الولادية – أي تكون موجودة عند الميلاد– ولكنها لا تكتشف مبكرا، بل بعد فترة نمو عادى على معظم محاور النمو قد تمتد إلى عمر (٤–٦) سنوات.

٢) متلازمة الإسبرجر تصيب الأطفال ذوي الذكاء العادي أو العالي ، ونادرا ما يصاحبها تخلف عقلي بسيط ، وبدون تأخر في النمو اللغوي أو المعرفي .

٣) تتميز متلازمة الإسبرجر بقصور كيفي واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي مع سلوكيات شاذة واهتمامات محدودة غير عادية ، وغياب القدرة على التواصل غير اللفظي وعلى التعبير عن العواطف والانفعالات أو المشاركة الوجدانية .

٤) في جميع الاعاقات للنمو الشامل تكون الاصابة بها عند الميلاد اي ان الطفل يولد مصاب بها ،، الاعراض غير ظاهره بشكل واضح مع النمو تبدء بالظهور بشكل تدريجي الى ان يصل الى عمر ٣ سنوات .

٥) متلازمة الإسبرجر من حيث مدى انتشارها ، فإنه بسبب حداثة اكتشافها وغموض بعض جوانبها مثل العوامل المسببة وصعوبات تشخيصها والتشابه الكبير بينها وبين بعض الإعاقات الأخرى من اضطرابات النمو ، لا توجد حتى الآن إحصاءات دقيقة عن مدى انتشارها .

٦) التقديرات المبدئية تشير إلى أن متلازمة الإسبرجر أوسع انتشارا من التوحد وتتراوح بين (٣–٤) حالات من بين كل ألف ولادة حية .

٧) متلازمة الإسبرجر تنتشر أكثر بين الذكور عنها بين الإناث بنسبة ١ : ١٠.

٨) خصائص و أعراض الإسبرجر :

٩) أعراض إعاقة الأسبرجر متعددة ومتنوعة وتختلف من فرد إلى أخر .

١٠) من النادر أن نجد طفلين من أطفال الإسبرجر متشابهين تماما .

١١) الأعراض التالية كافة يمكن أن توجد في حالات مختلفة وليس في فرد واحد :

١٢) **غرابة أو شذوذ في العلاقات الاجتماعية التي غالبا ما تكون فجة غليظة سمجة خرقاء ، إذا قورنت بعلاقات الأطفال العاديين .

١٣) **السذاجة وسلامة النية .

١٤) **نمو لغوي وحصيلة لفظية قريبة من العادية ولكن مع صعوبات استخدامها .

١٥) **شخصية مرحة – حيوية – لماحة – طموحة . (لان الاسبرجر لايصيب الا الاطفال ذوي الاداء الوظيفي العادي درجة ذكائهم عادية او اعلى من العادي)

١٦) **عادة ما يكون الفرد المصاب غير مدرك أو متفهم لمشاعر الآخرين .

١٧) **العجز عن البدء والاستمرار في حديث متبادل بشكل طبيعي متصف بالأخذ والعطاء مع الآخرين .

١٨) **سريع الانزعاج بسبب أي تغير في الحياة أو الأعمال الروتينية أو التقلب أو التحول الانفعال بتغير المكان أو برنامج النشاط اليومي .

١٩) ** غالباً اذا تحدث يتحدث فقط في الامور التي يهتم بها هو. ويتكلم في اتجاه واحد اي لايتيح فرصه للاخرين لتبادل الكلام معه ويكرر نفس الكلام بدون كلل ولا ملل .

٢٠) **فائق الحساسية للأصوات العالية والضوء القوي والروائح النافذة .

٢١) **غالبا ما تدور اهتماماته أو أحاديثه على موضوعات محدودة ، ويهتم بالمعلوم والحساب .

٢٢) غالباً مايتغير اهتمامة مع مرور فتره من الزمن

٢٣) **شذوذ في حركاته وتحركاته وفي مزولة الأنشطة الرياضية .

٢٤) **يتمتع بذاكرة قوية لأدق التفاصيل ، ولكن مع غياب المرونة في التفكير ، مرونة في التفكير يعني بها التفكير التباعدي وهو التفكير الابداعي ، كـ النظر للامور من اكثر من زاوية وطرح اكثر من حل .

٢٥) **يعاني من صعوبات في النوم وفي تناول الطعام .

٢٦) **يجد صعوبات في فهم واستيعاب ما يقرا أو يسمع . (لانه يفهم فقط المعنى الحرفي والمباشر للكلمات وليس المعاني الضمنية)

٢٧) **يستخدم تعابير وجه أو تواصل غير لفظي فج أو غير مناسب أو غير مستساغ .

٢٨) **يستخدم في حديثه أنماطا لفظية غير عادية تتميز بالتكرار الممل أو تعليقات عنيفة أو غير مناسبة للموقوف أو أحيانا جارحة .

٢٩) **في كلامه مط أو تطويل في نطق الألفاظ مع لهجة متكلفة رسمية .

٣٠) **يتحدث عادة بصوت مرتفع مطرد النغم أو النسق على وتيرة واحدة .

٣١) **في سياق حديثه لا يهدأ جسمه عن الحركة ؛ فهو كثير التململ والاهتزاز والقلق واستعمال يديه أو الخطو إلى الأمام أو الخلف أو الجانب ، وخاصة عندما يكون في حالة اهتمام وتركيز .

٣٢) **ندرة أو غياب القدرة على تفهم الآخرين أو وضع ذاته مكانهم .

٣٣) **نتيجة لكل أو بعض تلك السمات يصعب عليه أو يستحيل تكوين صداقات ، أو إذا تكونت لفترة قصيرة ، ثم تنقطع ؛ ولذا يعاني كثيرا أو دائما من الوحدة والعزلة .

٣٤) **كثيرا ما يستغرق حتى أذنيه في خليط من الموضوعات المحددة تدور في إطار ضيق لا يحاول تجاوزه .

٣٥) **المعاناة من صعوبات في الإدراك اللمسي والتآزر النفسحركي والإدراك المكاني والتخيل الفراغي أو التفكير المجرد .

٣٦) اكتشاف متلازمة الإسبرجر:

٣٧) الفترة الزمنية التي اكتشف فيها العالم كانر ظاهرة التوحد عام ١٩٤٣ في أحد عشر طفلا من الأطفال الذين كان يتعامل معهم في الولايات المتحدة ، كان العالم النمساوي قد اكتشف في ضاحية من ضواحي فيينا عام ١٩٤٤م حالات لا تختلف كثيرا عن حالات كانر كان يجمع بينهما الكثير من نواحي التشابه من جهة ، وبعض الاختلافات من جهة أخرى .

٣٨) التقى (إسبرجر) نفسه بإحدى طبيبات الأطفال الإنجليز "Lorna Wing" (والتي تعاني أبنتها من حالة التوحد) عام (١٩٨١) في احد اللقاءات العلمية في فيينا وقامت بتلخيص بحثه بالإنجليزية ضمن سلسلة من دراسة الحالات كانت تقوم بإصدار تقارير دورية عنها .

٣٩) في شهر يونيو من عام (١٩٩١) أصدر العالم البريطاني" U .Frith كتابة عن التوحد والإسبرجر الذي نشرت فيه لأول مرة نتائج "إسبرجر" باللغة الإنجليزية .

٤٠) انتشرت المعرفة بهذه الإعاقة في أوروبا كما كان ينتشر مفهوم التوحد في أمريكا وأكد هذه المعرفة ورود اسم الإسبرجر كإحدى إعاقات النمو الشائعة في الدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-4 في إصداره الرابع عام (١٩٩٤) لأول مرة كما ورد في ذات العام الدليل الدولي لتصنيف الأمراض الذي تصدره هيئة الصحة العالمية في إصداره العاشر (ICD-10)

٤١) هناك تشابه واختلاف في الاعراض والسمات بين الاسبرجر واعاقة التوحد ، الدليل الاحصائي والدليل الدولي اقرو ان الاسبرجر اعاقة مستقلة بذاتها .

٤٢) كانت الحالات التي تشخص الآن على أنها إعاقة (إسبرجر) يطلق عليها أسماء مختلفة.

٤٣) من حالات الاسبرجر ما كان يعتبره نوعا من أنواع التوحد بسبب التشابه الكبير بين أعراض الإعاقتين فسميت أحيانا باسم :

٤٤) أ- "توحد الكبار" حيث أن أعراضه لا تظهر مبكرا كما يحدث في حالة التوحد ، ولكنها تبدأ في الظهور في سن متأخرة .

٤٥) ب- كان يطلق عليه البعض مصطلح التوحد ذي الأداء الوظيفي العالي أو أعاقة التوحد الخفيف ؛ لبساطة أعراضه وسرعة استجابته لبرامج التدخل العلاجي والتأهيل .

٤٦) إعاقة الاسبرجر لا تصيب المتخلفين عقليا مثل حالات التوحد .

٤٧) يعاني أكثر من ٧٠%حالات التوحد من تخلف عقلي متوسط أو شديد يعرقل برامج التأهيل والتدريب .

٤٨) في مرحلة أخرى خلال السبعينيات والثمانينيات كان يطلق على حالات إعاقة الاسبرجر مصطلح (الشخصية الفصامية).

٤٩) في المفهوم القديم كان يقال عن التوحد " فصام الطفولة " لوجود تشابه مابين اعراض التوحد والاسبرجر وبين بعض الاعراض التي توجد لدى الفصاميين .

٥٠) هناك الكثير من الغموض الذي يحيط ببعض جوانب الاسبرجر ، فلسنا نعرف حتى الآن بدقة درجة انتشاره ولانسبة الإصابة بين الإناث والذكور والعوامل المسببة :هل هي جينية أو بيئية ؟أو كلاهما .

٥١) مع أن إعاقة الإسبرجر يمكن أن تعتبر إعاقة مميزة ، وليست بأية حال نوعا من أنواع إعاقة التوحد بناء على ما أكده الدليل الدولي لتشخيص الإعاقات والأمراض النفسية في الطبعة الأخيرة المعدلة فانه لازالت هناك قلة من بين دوائر المختصين في هذا المجال ، تجادل حول ماهية إعاقة الاسبرجر: هل هو نوع مستقل من أنواع الإعاقة ،أو أنه نوع أو فئة أو صورة أخرى من صور إعاقة التوحد "الاوتيزم"؟.

٥٢) يعتبر البعض – من جهة أخرى – انه طالما لا توجد حتى الآن وسائل أو أدوات معملية أو فحوصات عضوية للكشف عن التوحد أو الاسبرجر ، فانه من المتعذر الحكم على الحالة بأنها توحد أو اسبرجر ، أو أنهما إعاقة واحدة بصورتين أو درجتي شدة مختلفتين >

٥٣) فريق المختصين الذين يرفضون فكرة أن الاسبرجر هو مجرد نوع من أنواع التوحد يعتمدون ويبررون إيمانهم بأن الاسبرجر إعاقة محدودة بذاتها ، وليست نوعا من التوحد بان المرجع الدولي الإحصائي للإعاقات والأمراض النفسية يؤكد تلك الحقيقة .

٥٤) فريق المختصين يعتبرون أن التحديد الدقيق للفروق الفاصلة بين الإعاقتين الاسبرجر والتوحد يمهد الطريق الى تحديد أدق الأساليب التدخل العلاجي ورسم برامج التأهيل الناجح للرعاية والتدريب والتعليم .

٥٥) يؤكد البعض أن هذه الفروق بين الإعاقتين أكثر وضوحا في المراحل الأولى لظهور واكتشاف الإعاقة والأعراض الفارقة بين كل من التوحد والإسبرجر .

المحاضرة الثانية عشرة التشخيص الفارق بين الإسبرجر و التوحد

١) يقصد بالتشخيص الفارقي انه احد عناصر تشخيص الاسبرجر التي تحدد الفرق بينه وبين التوحد (أو بينه وبين إعاقات أخرى).

٢) التشخيص الفارقي اي يبين ماهي الحدود الفارقه بين الاعاقات .

٣) ورد اسم الإعاقتين كما ذكرنا في الدليل الإحصائي "D.s.m.4" تحت مسمى إعاقات النمو الشاملة ويعني ذلك بطبيعة الحال بان بين الإعاقتين جوانب تشابه ، كما ان بينهما اختلافات تميز كلا منهما عن الأخر.

٤) تدور أواجه التشابه بين الإسبرجر و التوحد حول نواحي القصور في القدرة على التفاعل الاجتماعي والاتصال أو التواصل وفي محدودية الاهتمامات وأوجه النشاط .

٥) الاختلافات بين الإسبرجر و التوحد فإنها تتعلق بما يلي :

٦) ١- درجة القصور أو الإعاقة:

٧) طفل التوحد يعاني من تأخر أو توقف تام في نموه اللغوي وفي القدرة على التخاطب والاتصال.

٨) طفل الاسبرجر لا يحدث تأخر أو توقف في نمو القدرة على التخاطب والاتصال. ولو انه يعاني من صعوبة في تفهم كلام الآخرين، وخاصة بالنسبة إلى ما قد يحتويه الحديث من تورية و تشبيهات غير مباشرة.

٩) ٢- القدرات المعرفية :

١٠) بينما نجد حالات توحد تجمع بينه وبين التخلف العقلي ، نجد من النادر ان نشاهد قصورا في النمو المعرفي ملحوظا في حالات الاسبرجر التي تكون معدلات الذكاء بها عاديه أو ربما عالية؛ بما يسمح بالنمو المعرفي إلى درجه مناسبة له ، ولإمكانات البيئة الثقافية التي يعيش فيها طفل الاسبرجر.

١١) ٣- نجد أن أكثر من ٧٠% من حالات التوحد تعاني من تخلف عقلي ؛ مما يزيد من صعوبة وشدة هذه الإعاقة ، ويقلل من احتمالات نجاح برامج التدخل العلاجي والتأهيل .

١٢) نلاحظ في حالات الإسبرجر ندرة في حالات التخلف العقلي ؛ مما يخفف من شدة الأعراض ، و يزيد من احتمالات نجاح برامج التدخل العلاجي و التأهيل ..

١٣) ٤- طفل الاسبرجر لا يتجنب الآخرين من الأقران أو الكبار، كما يفعل طفل التوحد ، بل يقبل على التعامل معهم بنشاط .

١٤) أنشطة طفل الاسبرجر ضيقة الحدود- تدور غالبا حول اهتماماته وحاجاته الشخصية التي تبدو غريبة، وعادة غير مألوفة للطفل العادي.

١٥) لكل طفل من أطفال أو شباب الاسبرجر ميولا زائدة نحو مجال أو نشاط أو هواية أو فن أو رياضه معينه يكثر ولا يمل من الحديث عنها .

١٦) غالبا مايؤدي الانشغال الدائم باهتماماته المحدودة تلك ، وكثرة الاستمرار في الحديث عنها إلى ملل الآخرين وعزوفهم عن متابعة حديثة معهم ، بل ربما أدى إلى اضطراب علاقتهم معه.

١٧) ٥ - برغم من وجود بعض التشابه بين التوحد والاسبرجر، إلا أن في حالات الاسبرجر يكون معدل الذكاء اللفظي متساويا أو متقاربا من معدل الذكاء غير اللفظي ، والفرق بينهما في حالات التوحد- في الغالب –كبير.

١٨) اختبار الذكاء في الغالب له شقين (لفظي – عملي أدائي) بما ان طفل التوحد يعاني قصور في التواصل اللفظي وحتى من يتحدث منهم يواجه مشكلة في لفظ اللغة ورجع الصدى فهو يحصل على درجة متدنية جداً في الجانب اللفظي مقارنتاً بالجانب العملي والأدائي .

١٩) طفل الاسبرجر طفل يستطيع ان يوظف اللغه مع وجود بعض الملاحظات الا انه يحصل على درجات متقاربه مابين الكلام اللفظي والغير لفظي .

٢٠) ٦- إذا قارنا إعاقة الاسبرجر بإعاقة التوحد ، فإننا نستطيع اعتبار حالات الأول (الاسبرجر) من حيث الشدة أخف بدرجة كبيرة من الثاني(التوحد)، وذالك بالنسبة إلى الأعراض المشتركة المتشابهة في الحالتين(مثل القصور الشديد في التفاعل الاجتماعي والتواصل غير اللفظي والتقاء العيون وتفهم العواطف والانفعالات والتعبير عنها و المشاركة الوجدانية و غيرها) .

٢١) بعض العاملين في المجال يعتبرونالاسبرجر نوع من التوحد الخفيف.

٢٢) بعض الدوائر العلمية تعتبر حالات الاسبرجر الخفيفة سمة من سمات الشخصية .

٢٣) في الدليل الاحصائي للامراض النفسية والعقلية هناك تصنيف واضح ومعايير تشخيصية واضحة لاعاقة تسمى اعاقة الاسبرجر وان هناك فرق بين هذه المعايير ومعايير اعاقة التوحد اي ان كل منهما اعاقة مستقلة .

٢٤) الاسبرجر حالة حقيقية إذا قورنت بالتوحد .

٢٥) العامل الجيني غالبا ما يلعب دوراكعامل مسبب في وراثة التوحد أو الاسبرجر أو غيرها من اضطرابات النمو .

٢٦) ٧- بالرغم من أن أطفال كل من إعاقة التوحد الاسبرجر يولدون حاملين العامل المسبب لإعاقتهم (والذي قد يكون عاملا جينيا أو وراثيا أو ربما عضويا عصبيا حدث في فترة الحمل ، فإن توقيت بدء ظهور الأعراض يختلف بين الإعاقتين .

٢٧) يمكن الكشف عن ظهور أعراض التوحد بعد الولادة بقليل أو قبل عمر سنتين .

٢٨) غالبا ما تظهر أعراض الاسبرجر متأخرا عند عمر ٤-٦ سنوات ، أو أحيانا بعد ذلك ، بل في حالات أخرى قد لا تظهر حتى يدخل الطفل مرحلة المراهقة.

٢٩) الفرق وفي توقيت ظهور الأعراض من الإعاقتين التوحد والاسبرجر من أهم عناصر التشخيص الفارقي .

٣٠) ٨-مع أن طفل الإسبرجر يعاني من العزلة الاجتماعية والوحدة مثل طفل التوحد ، إلا أن الفرق بين الحالتين هو أن :

٣١) طفل التوحد غير واع لوجود الآخرين حوله ، ولا يبدي أي إحساس أو اهتمام بوجودهم ولا يحاول التواصل معهم .

٣٢) طفل الاسبرجر يدرك جيدا ووجود الآخرين حوله ، ويشعر بهم ويبذل محاولات مستميتة للحديث معهم ، ولكن قصور قدراته في التفاعل الاجتماعي وغلظة وفجاجة أسلوبه في المبادرة لا تحظى باهتمام الآخرين أو متابعتهم ، وبرغم انصرافهم عنه ، فإنه يستمر في الحديث ؛ مما يؤدي إلى شعورهم بالملل والتبرم من أسلوبه على نحو لا يتيح الفرصة لتكوين واستمرار علاقاته الاجتماعية معهم .

٣٣) تشخيص حالات الإسبرجر في ضوء معايير الدليل الإحصائي D.S.M-4 الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين بهذا الدليل عام ١٩٩٤:

٣٤) أولا : عدم ظهور أي قصور أو تأخير في النمو اللغوي أو المعرفي فالطفل خلال سنوات ٣ الاولى من حياته لايعاني من قصور ولاتاخر في النمو المعرفي واللغوي وتكون مهارات رعاية الذات وحب الاستطلاع والسلوك التوافقي لديه في صورة طبيعية وفقاً لسنه ومعدل ذكائه.

٣٥) ثانيا : قصور كيفي في نمو- القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي المتبادل . ويتطلب تشخيص الحالة على أنها اسبرجر .وجود هذا القصور في ثلاث على الأقل من الخمس نواحي القصور التالية :

٣٦) ١- الفشل والعجز عن التواصل غير اللفظي عن طريق التعبير بالعين (تبادل النظرات) أو بتعابير الوجه أو بأوضاع أو بحركات الجسم .

٣٧) ٢- الفشل في تكوين وتنمية علاقات مع الأقران بما يتناسب مع العمر، ويوفر الفرص المتاحة لذلك ، والتي تؤدي إلى الاشتراك المتبادل في الاهتمامات وأنشطة المشاركة الوجدانية أو العاطفية والانفعالية .

٣٨) ٣- من النادر أن يلجأ إلى الآخرين طلبا للراحة أو حل مشكلة أو تخفيف همومه الشخصية أو استجداء الحب أو العطف من الآخرين .

٣٩) ٤- غياب اهتمام الطفل أو الشاب المصاب بمشاكل أو متاعب أو أحزان أو أفراح الآخرين أو الإحساس بالاستمتاع بمشاركتهم مسراتهم أو الرغبة في تلك المشاركة.

٤٠) ٥- الفشل في المشاركة والتبادل الاجتماعي والوجداني كما يتمثل في شذوذ أو قصور الاستجابة لعواطف وانفعالات الآخرين مع أو غياب القدرة على تطويع السلوك ليتناسب مع ظروف وطبيعة المواقف الاجتماعية أو ربما- بمعنى أخر غياب القدرة على تحقيق تكامل سلوكيات التواصل الاجتماعية والانفعالية .

٤١) ثالثا: الاندماج في سلوكيات وأنشطة محدودة نمطية أو طقوس تتكرر لفترات طويلة دون ملل ، مع عدم الاهتمام بما يدور حوله إثناءها ، أو الاهتمام بأشياء تافهة ، والتعامل معها بشكل غير هادف .

٤٢) نظرا إلى حداثة اكتشاف وتشخيص إعاقة الاسبرجر ، فإن هناك من البالغين في عمر ٢٠ أو حتى ٤٠ سنة ، مرت سنوات عمرهم ولم تشخص حالاتهم على أنها إسبرجر إلا حديثا .

٤٣) التدخل العلاجي :

٤٤) طالما لم نصل بعد إلى تحديد العوامل المسببة للإسبرجر، لا يمكن الادعاء بأن هناك علاجاً طبياً له.

٤٥) التدخل التعليمي الفردي هو المسار المعتمد حالياً لتأهيل طفل الإسبرجر .

٤٦) التدخل التعليمي الفردي هو الذي يعتمد على إجراء تقييم شامل لخصائص ومستوى قدرات ومهارات الطفل عن طريق الملاحظة الموضوعية

٤٧) * التدخل التعليمي الفردي هو الذي يطبق بعض أدوات القياس مثل PEP-R الذي يمكننا من تحديد إستراتيجية العمل مع الطفل ثم وضع المنهج والأنشطة التعليمية المناسبة له وبحيث تعطى الأولوية للنواحي الأكثر ضعفاً في تلك القدرات ومعالجة عيوب النطق والكلام إن وجدت وإلى أهمية تعديل السلوكيات الغير مرغوبة .

٤٨) التدخل التعليمي الفردي هو الذي يقوم عل توفير برامج العلاج الطبيعي والنفسحركي وتدريبات التكامل الحسي وغيرها .

٤٩) الوصايا العشرين للمدرسين والآباء في تعاملهم مع طفل الإسبرجر:

٥٠) * المصاب الذي يعاني من(اعاقات طيف التوحد) هو طفل قبل أن يكون معاقاً، له حقوق الطفل السوي يحتاج إلى رعاية وإشباع.

٥١) * تقبله وعامله برقة ودعه يشعر بحبك وحنانك واهتمامك، ولكن دون تدليل ومع استخدام الحسم في تنفيذ تعليماتك.

٥٢) * يؤكد العالم سبرجر مكتشف تلك الإعاقة أنهم يتعلمون أفضل بواسطة المدرس الذي يتقبلهم ويحبهم ويغمرهم بحنانه ورقته معهم، ويتمتع بروح الفكاهة .

٥٣) *التزم في مخاطبتك معه باستخدام لغة سهلة مبسطة مدعومة بالإشارات والتواصل غير اللفظي ولغة العيون وتعابير الوجه واليد .

٥٤) *التزم بالبساطة في توجيه تعليماتك دون تكليفه بعدة أعمال متتالية دفعة واحدة مع الاستعانة بالصور والمجسمات أو الوسائل التعليمية .

٥٥) * تأكد إن ما تكلفه به من أعمال في حدود قدراته ومهاراته حتى تجنبه المعاناة من مشاعر الفشل والدونية، وتأكد أنه تفهم ويستوعب تعليماتك.

٥٦) * كن حاسماً في إصرارك على أن يبادلك النظر(التقاء العيون) طوال حديثك معه ، وشجعه بالمديح إذا فعل ، وعاقبه بعدم إجابة طلباته إذا تجنب النظر لعينيك. (يجب ان لايكون هناك عقاب بدني في اي حال من الاحوال)

٥٧) *كن على علم بأهمية واختيار طرق ومواد الإثابة من تعزيز وتدعيم كلما أنجز ما تطلبه من أعمال وسلوكيات مرغوبة أو الامتناع والتوقف عن سلوكيات غير مرغوبة واستخدام العقاب المعنوي كلما اقتضى الأمر مع شرح لماذا عاقبته .

٥٨) *مع الأطفال الصغار الذين لم يتعلموا الإنصات لتعليماتك، استعمل الغناء البسيط (الايقاعي) مع الصور والبيان التوضيحي العملي في تواصلك مع الطفل.

٥٩) *اعط الطفل الفرصة دائماً للاختيار بين بديلين أو أكثر بدلاً من أن تفرض عليه بديلاً واحداً .

٦٠) *اعط الطفل من آن لآخر فرصة للعب الحر والترفيه المناسب بأنشطة بناءة يحبها ويفضلها . (كي تجعل الجو التعليمي جو مرح وسعيد)

٦١) *أخبر الطفل مسبقاً بأي تغيير في الروتين اليومي وامتنع عن أي تغيير فجائي .

٦٢) *لا تتوقع من كل طفل من أطفال الإسبرجر أنه سيتصرف بما يتفق مع عمره الزمني ولكن كن مرناً وتوقع من البعض أن يتصرفوا بسلوكيات تخص من هم أصغر سناً.

٦٣) *استفد من ملاحظاتك عن سلوكيات وشخصية الطفل في تحديد العوامل أو المواقف التي تدفعه للاندماج في حركات نمطية أو نوبات غضب أو سلوكيات عدوانية أو سرحان ذهني واعمل دائماً على تجنبها ، وإذا حدثت شجعه على التوقف بالإثابة والتعزيز أو بشغله بأنشطة يحبها .

٦٤) *درب الطفل –عندما يشترك في نشاط أو لعب جماعي–أن يلعب دوره بالتناوب مع الأطفال الآخرين وأن ينتظر في هدوء دوره .

٦٥) *خلال الأنشطة الجماعية لأطفالك يتوفر لك فرصة ثمينة ، لتنمية مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي ، بأن تشجعهم على استعمال اللغة الاجتماعية السليمة في المناسبات المختلفة مثل " صباح الخير – من فضلك اعطني الكرة –كيف حالك – شكراً لك على إعطائي كتاب الأزهار – تفضل هذا دورك في الغناء "..إلخ .

٦٦) *تعلم كيف تتصرف مع المشاكل السلوكية من عدوان أو انطواء أو خجل أو سرقة سواء عن طريق العقاب المعنوي والإهمال أو التجاهل أو الحرمان من طعام أو مشاركة الآخرين .

٦٧) *بعض أطفال الإسبرجر لديهذم مواهب عالية في الرسم أو التعامل مع الكمبيوتر، شجعهم على تطويرها .

٦٨) *بعض أطفال الإسبرجر لديهم اهتمام زائد ببعض الموضوعات مثل الطيارة ، استغل هذا الاهتمام في تعليم الطفل القراءة والحساب أو الهندسة مستخدماً صور عن الطيران في استثارة اهتمامه .

٦٩) *حاول معالجة السلوكيات الشاذة لطفلك بالكشف عن أسباب تلك السلوكيات ومعالجتها بما يناسبها من أنشطة.

٧٠) *لا تكلف الطفل بأعمال تفوق طاقته تجنباً لفشله في انجازها.وأعطه الوقت اللازم للانجاز بنجاح ، ودعه يستمتع بنجاحه .. تذكر أن تجارب النجاح عنصر أساسي في عملية التعلم واكتساب الدافعية للتعلم والإصرار والاستمرار في المحاولة .

المحاضرة الثالثة عشرة متلازمة الريت

١) متلازمة الريت: هي أحد اضطرابات النمو الشاملة.

٢) متلازمة الريت تعتبر من أشد إعاقات تلك المجموعة من حيث تاثيرها على مخ الفرد المصاب وفقدانه القدرة على الاحتفاظ بما اكتسبة من خبرات ، وما تعلمه من مهارات (كالمشي و الكلام ....إلخ) .

٣) متلازمة الريت كثيرا ما تصاحبها درجة من درجات التخلف العقلي.

٤) التوحد يحدث بنسبة ٤ إلى ١ مابين الاذكور والاناث اي كل ٤ ذكور امامهم انثى مصابة بالتوحد هنا عندما تصاب الفتاة بالتوحد فأنها غالباً مايصاحبها تخلف عقلي وتكون درجتها شديدة .

٥) الفتيات عندما يصابون بهذه الاعاقات تكون اصابتهم اكثر شدة من الذكور .

٦) اعراض متلازمة الريت نلاحظ انها محصورة في الاصابة للأناث بالاضافة الى ما تسببه له من إعاقات حركية أو إعاقات تواصل و نوبات صرعية تذيد من إعاقاته عنفا،و من الجهود اللازمة لرعايته و تأهيله تعقيدا.

٧) متلازمة الريت اعاقة تصيب البنات فقط، وتبدا اعراضها في الظهور بعد الاشهر الستة أو الثانيه عشر الاولى من عمرها .

٨) في الغالبيه تعيش الفتاة من ٧ الى ١٢ شهر في وضع طبيعي بعد ذلك تبدأ اعراض الاعاقة بالظهور .

٩) يعتقد العديد من الباحثين أن متلازمة الريت ذات اساس وراثي له علاقة بالكروموزوم X، وتحدث بمعدل واحدة من كل ١٠,٠٠٠ ولادة حية.

١٠) متلازمة الريت هي من الاعاقات النادرة الحدوث و كثيرا من حالاتها تشخص خطأ على أنها حالات توحد أو شلل دماغي. (نظراً لتشابه الاعراض الظاهرية الخارجيه بين كلآ الأعاقتين) .

١١) مع التقدم العلمي و زيادة المعلومات المتوفرة عن متلازمة الريت خلال عقد التسعينات بدات تقل اخطاء تشخيصها ، و تبين أنها أكثر انتشارا ، و لو أنه نظرا إلى حداثة المعرفة العلمية بها لا توجد حتى الآن إحصاءات أكثر دقة عن مدى انتشارها.

١٢) لم تكن متلازمة الريت معروفة حتى منتصف السبعينات .

١٣) بدأ أول اكتشاف لمتلازمة الريت عند ظهورها لدى فتاة تدعى ستاسي و التي ولدت عام ١٩٧٤ .

١٤) لاحظ والدا ستاسي ان حالتها بدات تتدهور ، بعد ان كانت تنمو طبيعيا حتى الشهر الخامس عشر؛ حيث فقدت و تدريجيا ما كانت قد اكتسبته من خبرات ومهارات واصبحت تختلف في نموها عن اقرانها المساوين لها في العمر .

١٥) عرفت لأول مرة هذه الإعاقة الجديدة التي سميت باسم مكتشفها النمساوي دكتور **Andreas Rett** .

١٦) الفتاة "ستاسي" تعتبر أول فتاة في أمريكا تصاب بمتلازمة ريت .

١٧) الطبيب النمساوي قد شاهد قبل ذلك بعدة سنوات حالة فتاتين متشابهتين فيما شاهده لديهما من أعراض ، أهمها حركة اليدين (وضعية غسيل اليدين – اليدين مغلقين على بعضهم البعض)التي تميز حالات تلك الإعاقة .

١٨) مراحل تطور حالات الريت تمر الفتاة المصابة بهذه الإعاقة بأربع مراحل متتالية كما يتضح فيما يلي :

١٩) المرحلة الأولى : تبدأ الأعراض بحدوث تأخر وبطء تدريجي خفيف في النمو ، بعد مرحلة نمو طبيعي قد تستمر من ٦ أو ٨ إلى ١٨ شهراً بعد الولادة ؛ وذلك في صورة تخلف في التخاطب والتناسق الحركي . (من اهم الحركات التي تظهر هي وضعية اليدين)

٢٠) المرحلة الثانية : تتميز هذه المرحلة بسرعة التدهور في فقدان الطفلة معظم ما كانت قد اكتسبت من مهارات خلال بضعة الأشهر التالية للمرحلة الأولى بدءا بفقدان قدراتها السابقة على استعمال يديها في غسيلهما وغسيل وجهها ، و غير ذلك من وظائف ، ثم في عدم القدرة على استعمالها في الكتابة .

٢١) في المرحلة الثانية كثيرا ما تنهمك في مص و عض الأصابع و كذلك نسيان ما تعلمته من خلال عملية التطبع الاجتماعي أو التفاعل مع المحيطين بها من أفراد أسرتها و أقرانها .

٢٢) في المرحلة الثانية تفقد تدريجيا حصيلتها اللغوية و قدرتها على التخاطب .

٢٣) تستمر المرحلة الثانية حوالى ١٢ شهراً .

٢٤) المرحلة الثالثة : مرحلة الكمون مع ظهور تحسن طفيف في العلاقات الاجتماعية وفي تلاقي العيون إلا أنه يزداد القصور في حركه الأيدي واضطراب في التنفس .

٢٥) في المرحلة الثالثة يكون هناك تدهور أسرع في القدرات الحركية و اتخاذ أوضاع غير عادية للجسم (القوام) وبصفة خاصة في الرقبة و الرأس و المشي الذي غالباً ما يتوقف كلية .

٢٦) تستغرق المرحلة الثالثة ما بين ١٠ ، ٢٠ شهراً أخرى .

٢٧) المرحلة الرابعة : استمرار في تدهور كل ما كانت الفتاة قد اكتسبته من قدرات حركية ، وفقدان لوظائف عضلات الجسم ، و بالتالي العجز في القدرة على الانتباه أو التفاعل الاجتماعي أو تلاقي العيون .

٢٨) المرحلة الرابعة تستمر عشر سنوات أو أكثر .

٢٩) في المرحلة الرابعة تزداد خلالها سرعة التدهور في القدرة على الحركة ، و تزداد العضلات اضطراباً ، متحولة من المرونة إلى حركات تشنجية ، ثم إلى حالة تصلب فتحتاج إلى كرسي متحرك .

٣٠) في المرحلة الرابعة تظل القدرة على التخاطب و التواصل الاجتماعي في هبوط حتى تصل إلى ما يقارب عمر طفل في الأشهر الستة الأولى.

٣١) تحدث المراحل الاربعة في شكل متتابع والمدى الزمني داخل كل مرحلة مدى واسع .

٣٢) أعراض متلازمة الريت:أولا: الأعراض الجسمية و النفسحركية ثانيا : الأعراض النفسية .

٣٣) أولا: الأعراض الجسمية و النفسحركية :

٣٤) ١ – بعد مرحلة نمو طبعي جسميا ووظيفيا لمدة ٦ – ١٢ شهرا او اكثر بعد الميلاد ، يبدا توقف وتدهور ملحوظ في النمو مع قصور في المهارات التي كانت الفتاة قد اكتسبتها خلالها و محيط الرأس يصبح غير متناسب مع عمر الفتاة ؛ مما يترتب عليه نقصان حجم المخ لأكثر من ٣٠% من حجمه الطبيعي في تلك السن .

٣٥) ٢ – زيادة سرعة التدهور مع حركات غير هادفة لا ارادية، واوضاع غير طبيعية لليدين وحدوث طرق وتصفيق غير ارادي بالايدى عند سن ٢٤ – ٣٠ شهرا، و ترنح و خلع حركي ملحوظ في المشي و الحركات الإرادية ، و نوبات بكاء و صراخ مفاجئة أو ضحك بلاسبب يذكر.

٣٦) ٣ – طحن شديد مسموع في الاسنان والضروس يزداد اثناء النوم، مع عدم ظهور أى شعور بالألم نتيجة ذلك.

٣٧) ٤ – تتميز الفتاة بقصر الطول وصغر حجم الجسم بالنسبة الى عمرها الزمني ؛ و ذلك بسبب قصر أو توقف النمو .

٣٨) ٥– اضطراب واختلال التآزر الحركي وخاصة في الأرجل والنصف السفلى للجسم ، و في استعمال الأذرع و أصابع اليد مع ضعف عام أو قصور في عضلات الجسم كافة ، كما لو كانت الفتاة مصابة بشلل بطيء ينتهي بالحاجة إلى كرسي متحرك ، و في بعض الحالات لا تتعلم الفتاة المشي أصلاً.

٣٩) ٦– حركات لا إرادية أو انتفاضية قسرية تظهر فجأة دون توقع لأجزاء مختلفة من الجسم ، و خاصة في البطن و الشفتين ، و أحيانا بالأطراف .

٤٠) ٧ – تذبذب سريع ملحوظ في مقلة العين ، وفى بعض الاحيان تصلب في عضلات الرقبة ؛ مما يجعل الرأس و أتجاه النظر إلى أعلى .

٤١) ٨ – اضطراب وتهتهة في الكلام وعدم القدرة على تكوين جمل سليمة متصلة ذات معني .

٤٢) ٩ – تعاني معظم حالات الريت من صعوبات في المضغ والبلع والتنفس ، مع اضطراب وظيفي في التنفس يتمثل في التذبذب بين تنفس سريع ، ثم يليه نقص شديد في سرعة التنفس،و لكنه غالبا ما ينتظم أثناء النوم .

٤٣) ١٠– إن أشد الأعراض تأثيرا على إعاقة الفتاة المصابة بالريت هو عدم قدرة الفتاة على الحركة ، نتيجة القصور الذي يبدو انه يصيب معظم او كل عضلات اعضاء الحركة أو ما يعرف باسم الإبراكسيا حيث تكون الفتاة راغبة في التحرك أو أداء أى نشاط حركي ، و تحاول ذلك فعلا ولكنها تعجز عن أداءها أو تحقيق أهدافها.

٤٤) جميع حالات الريت تحتاج إلى مساعدة في أداء الأنشطة الحركية كافة، تلك التى تتطلبها الحياة اليومية العادية بما في ذلك تناول الطعام و ارتداء أو خلع الملابس أو قضاء الحاجة في الحمام أو النظافة و غسيل الأيدي أو الاستحمام .

٤٥) وجد أن ٢٥% من حالات الريت لا يكتسبون مهارات المشي أصلاً ، لان المشي يكتسبة الطفل عادتاً عندما يبلغ عامه الاول وهنا تظهر اعراض الريت عند سن ٦ اشهر فتفقد الطفلة المهارات التي اكتسبتها .

٤٦) نسبة عالية للغاية من حالات الريت تصاب بانحناء في العمود الفقري قد يصل إلى ٤٥ درجة ، و تحتاج علاجا جراحيا لإعادته إلى الوضع الطبيعي المعتدل .

٤٧) ثانيا : الأعراض النفسية :

٤٨) ١– استمرار التدهور في القدرات والوظائف الذهنية قد تزداد في بعض الحالات إلى ما يشبه الخبل العقلي أو الجنون التفسخي و تدهور عمليات التعقل و الحكم السليم و الانفعالات كتلك التي تحدث في الشيخوخة مع فقدان الذاكرة جزئيا أو كليا .

٤٩) ٢- نوبات صرع تخشبي متكررة تصيب ما بين ٥٠ ، ٧٠% من حالات الريت تظهر بوضوح في رسم المخ مع صداع و نوبات إغماء أو حالات اكتئاب و زيادة في إفرازات الفم مع هلوسة تشبه "خبل الملاكمة " الذي يصيب أبطالها من كثرة ما يتلقون على الرأس من ضربات .

٥٠) ٣- يعتقد معظم الباحثين في طبيعة وتشخيص تلك الإعاقة أن التدهور الشامل هذا يصيب الذكاء أيضا ، و لو أن تلك معلومة لم تؤكدها و لم تنفها البحوث العلمية .

٥١) ٤- تصيب العديد من فتيات الريت نوبات غضب او تهيج ربما نتيجة الاحباط المتسبب عن عدم قدرتهن على الحركة أو التخاطب و التعبير عن حاجاتهن الأساسية أو الملحة .

٥٢) بعض التعليقات العامة لبعض هؤلاء الباحثين نلخصها فيما يلي ؛ حيث أنها تسهم في الوصول إلى تشخيص دقيق للحالة لا تقل في أهميتها لذلك عن الأعراض السابقة أعلاه :

٥٣) أولا : لاحظ بعض الباحثين انه أمكن تسجيل بعض المؤشرات التي قد تنذر او تتنبأ بحوث الإصابة قبيل بدء حدوث التدهور، أي قبيل المرحلة الأولى من مراحل الاصابة المذكورة أعلاه حيث سجلت بعض الأسر الواعية:

٥٤) * بدء ظهور بعض سلوكيات ترنح أو ارتخاء أو نوع من التوهان الذهني مع صعوبات غير عادية في الحركة .

٥٥) * تكرار حدوث زيادة ملحوظة في الحركات غير الإرادية أو الهادفة في الأطراف أو الجذع .

٥٦) * قصور في ممارسة اللعب أو في الاستجابة أو التجاوب مع فرص المشاركة في اللعب مع الأقران من الأطفال الآخرين .. و جميعها مؤشرات قد تنذر بحدوث الإصابة بهذه الإعاقة مبكرا ، قبل حدوث الاعراض الحقيقية بمراحل التطور الأربعة السابق عرضها .

٥٧) * ملاحظة قصور واضح في نمو الرأس ، و خاصة في المنطقة الامامية التي يقع تحتها الفص الجبهي من فصوص المخ.

٥٨) المنطقة الأمامية التي يقع تحتها الفص الجبهي من فصوص المخ هي مناطق قشرة المخ ، التي تقع عليها مراكز القدرات العقلية من تفكير و كلام و فهم و ذاكرة و تعلم ، و التي تقع في مؤخرتها المناطق الحركية التي تتحكم في عضلات أعضاء الجسم كافة ؛ مما يفسر ظهور معظم الأعراض نتيجة توقف نمو تلك الأجزاء المهمة من نسيج المخ ، و التي أمكن ملاحظتها في عدد من الحالات في الشهر الرابع من عمر الطفل ، و قبل ظهور الأعراض المعروفة للإعاقة .

٥٩) تحتفظ مكتبة جمعية متلازمة الريت البريطانية بعدد من شرائط الفيديو لأطفال في تلك المرحلة العمرية (أربعة أشهر) أظهرت بوضوح حركات اهتزازية مفاجئة (رعشة) على وجه أطفال بدأ بعدها بفترة ظهور أعراض إصابتهم بالريت ، كما بينت الفحوص المختبرية – أيضا – إصابات في المنطقة الأمامية في طبقة لحاء المخ .

٦٠) ثانيا : هذا وفي حالات قليلة وجد ان بعض فتيات الريت امكنهم الاحتفاظ ببعض ما كن قد اكتسبنه من مهارات الطفولة ولم تصب بالتدهور .

٦١) أهم المهارات التي تتدهور ، ولا يمكن استعادة جزء منها هي مهارة مضغ الطعام .

٦٢) ثالثا : لوحظ ان عملية التدهور في النمو في المهارات عند بدء الاصابة وظهور الاعراض يختلف من حالة إلى أخرى. ففي بعض الحالات يحدث التدهور فجأة دون مقدمات ، و في حالات أخرى يحدث بطء و بشكل تدريجي هادئ .

٦٣) في بعض الحالات ، تتوقف الفتاة فجأة و بعناد عن استخدام مهارات كانت تجيد استخدامها بالأمس أو تجد صعوبة أو اضطراباً في عمليتي المضغ والبلع وهو عرض لا إرادي ليس للفتاة المصابة قدرة على التحكم فيه.

المحاضرة الرابعة عشرة تشخيص حالات الريت يحدده دليل DSM4

١) أولا:توفر الخصائص التاليه جمعيها :

٢) ١-نموا طبيعا أثناء الحمل (قبل الولادة) وبعدها .

٣) ٢-نموا نفسحركيا طبيعيا خلال الاشهر الخمسة الاولى بعد الميلاد .

٤) ٣-محيطا للرأس طبيعيا عند الميلاد .

٥) ثانيا :بدء ظهور جميع الاعراض التالية بعد مرحلة النمو الطبيعي السابقة :

٦) ١ – نقص في سرعة نمو الرأس بين ٥ إلى ٤٨ شهرا بعد الولاده .

٧) ٢ – فقد مهارات استخدام الأيدي التي سبق وكانت قد اكتسبت (مثل الكتابه بالايدي او غسيلها).

٨) ٣ – فقد مهارات التواصل او التفاعل الاجتماعي . (هذه السمة الوحيدة المشتركه بين جميع اعاقات طيف التوحد)

٩) ٤ – ظهور تدهور في تناسق الجذع والCAIT و خاصة مايتعلق بالمشي و طريقة العدو .

١٠) ٥ – قصور شديد في نمو قدرات التعبير اللغوي اوفهم كلام الاخرين مع تخلف واضح في نمو الججانب السيكوحركى .

١١) التشخيص الفارقي بين الريت و التوحد :

١٢) الريت يبدى المصاب تدهوراً واضحا تدريجياً في النمو مع تقدم العمر، التوحد قصور النمو موجود وظاهر بعد الميلاد (مبكرا).

١٣) الريت اضطراب وعشوائية ونمطية حركة اليد (عرض مميز)، التوحد غالبا لاتوجد وإذا وجدت فهي غالبا نتيجة عادات مكتسبة .

١٤) الريت غياب التوازن – ترنح في المشي – غياب التناسق الحركي .التوحد الوظائف العضلية الكبيرة سليمة .

١٥) الريت فقدان تام للوظائف اللغوية . التوحد قد يوجد اضطراب في استخدام اللغة ولاتفقد حصيلتها .

١٦) الريت اضطرابات التنفس احد الاعراض الرئيسية. التوحد اضطرابات التنفس نادرة أو لاتوجد .

١٧) الريت التدهور في محاور النمو عرض أساسي حتي يصل في مرحلة البلوغ إلى عمر ٦–١٢شهريا على محور اللغوي الاجتماعي .التوحد ثبات في مهارات محاور النمو المختلفة دون تدهور .

١٨) الريت نوبات الصرع تظر مبكرا في ٧٥%من الحالات عنيفة متكررة تصاحبها إفرازات فمية .التوحد نوبات الصرع قليلة أو نادرة وإذا ظهرت ففي مرحلة المراهقة.

١٩) هناك تشابه بين أعراض الريت ، مع بعض اعراض إعاقات اخرى مثل التوحد أو التخلف العقلي الشديد أو مع أعراض الشلل الدماغي ، مما يستدعى الحرص في التشخيص ومتابعة الاعراض والتاريخ التسلسلي لحدوثها في المراحل المبكرة جدا من حياة الطفل .

٢٠) لم يبدأ حتى الآن في مصر أو في العالم العربي أي اهتمام أو نشاط أو بحوث أو عمليات مسح لتحديد تلك الحالات التي كثيرا ما تكون مشخصة على أنها إعاقات أخرى كما ذكرنا أعلاه .

٢١) معايير مستحدثة لتشخيص إعاقة الريت :

٢٢) * مرور فترة من ٦–١٨ شهراً من النمو الطبيعي بعد ميلاد الطفل ولادة طبيعية وفترة حمل طبيعية .

٢٣) * أن يكون محيط رأس الطفل عند الميلاد ماسوياً للمعايير المعروفة.

٢٤) * بطئ ملحوظ بعد ذلك في سرعة نمو الرأس ابتداء من الشهر السادس حتى عشر سنوات .

٢٥) * فقدان أو قصور شديد فيما يكون الطفل قد أكتسبه من القدرة اللغوية على التعبير والاتصال والتخاطب وفقدان الرغبة في التفاعل مع الآخرين الى حد الانطواء على الذات ، مع هبوط في معدل نمو الذكاء .

٢٦) * فقدان تام لمهارات الاستخدام الهادف للايدي بدءا من الشهر الخامس حتى عامين ونصف مما يعرقل محاولات قياس الذكاء او القدرة على الفهم اللغوي والاداء العملي .

٢٧) * اندماج الفتاة في حركات نمطية للأيدي قد تتمثل في واحدة أو اكثر مما يلي : مص الاصبع او الفرفرة والطرقعة بها او التصفيق بالايدي واتخاذ وضع لليدين يشبه حركة غسيل الايدي بالصابون او حركة العزف على العود او الجيار او استمرار ضغط الاصابع والتي تحدث بشكل مستمر تقريبا ولاتتوقف إلا عند النوم .

٢٨) * في حالة استطاعتها المشي يكون مشوبا بالترنح وصعوبة حفظ التوازن مع خطوات واسعة نوعاً ما بحركات تشنجية تتسم بالجمود في الارجل وربما يتميز بالمشي على اطراف اصابع القدم .

٢٩) * اهتزاز أو رعشة في الجذع أو ربما في الاطراف وخاصة في حالات الغضب أو الضيق .

٣٠) * التشخيص المتكامل لا يقرر إلا بين اعمار ٣–٥ سنوات من العمر.

٣١) المعايير المساندة المحتملة التي قد لا تظهر في الطفولة المبكرة ولكن احتمال ظهور البعض منها يتضح مع التقدم في العمر وهي :

٣٢) * اضطراب التنفس بشكل توقف او تقطع او سرعة زائدة في الشهيق والزفير (نهجان) أو ابتلاع جرعات من هواء الشهيق مما يؤدي الى انتفاخ في البطن او تكرار حدوث الزغطة.

٣٣) * شذوذ او خلل في رسم المخ EEG وبطئ ملحوظ في انبعاث الموجات الكهربائية الطبيعية وظهور بؤرات صرعية تظهر في الرسم وغياب الأنماط الطبيعية لها اثناء النوم .

٣٤) * نوبات صرع تشنجية تصيب أكثر من ثلثي الحالات .

٣٥) * جمود وتصلب في العضلات مع رعشة تشنجية ومع انقباضات فجائية تزداد حدة وتكراراً مع التقدم في العمر

٣٦) * تشوهات Sclurosis في شكل تقوسات او انحناء او اعوجاج في العمود الفقري .

٣٧) * الطحن بالاسنان . (صوت الاسنان عند احتكاكها بعضها ببعض)

٣٨) *صغر حجم الاقدام بالنسبة الى حجم الجسم .

٣٩) * بطء عام في النمو .

٤٠) * نقص كبير في الانسجة الدهنية وفي حجم العضلات .

٤١) * سمنة او بدانه مفرطه أحياناً في مرحلة البلوغ .

٤٢) * اضطراب في النوم قد يعتريه تهيج او حركة زائدة .

٤٣) *صعوبات او اضطرابات في عضلات المضغ والبلع والكلام .

٤٤) * قصور الدورة الدموية وخاصة في الارجل والاقدام التي قد تؤدي الى اكتسابها لوناً أحمر مزرقاً .

٤٥) * امساك مزمن .

٤٦) * خمول وقصور في الحركة يزداد مع التقدم في العمر.

٤٧) بعض الاعراض الغير واردة في التشخيص ويلزم استبعادها تماماً ، فهي ليست من الاعراض الدالة على اعاقة الريت وهي :

١- ظهور أحد أعراض توقف أو قصور النمو في مرحلة ماقبل الولادة

٢- النمو الزائد في أحد الاعضاء

٣- نقص حجم محيط الرأس عند الميلاد .

٤- أي تلف في المخ يحدث أثناء الولاده .

٥- ظهور أورام أو مرض عصبي متقدم .

٦- إصابة الجهاز العصبي بمرض معد شديد (مثل الالتهاب السحائي) او اصابة في الرأس .

انته بفضل الله ومنته / جهد أختكم صبا زهران

الواجبات :

الواجب الأول :

س١ : تقسم منظمة الصحة العالمية مراحل حدوث الإعاقة إلى.....

أ. ثلاث مراحل

ب. مرحلتين

ج. أربع مراحل

د. مرحلة واحدة

س٢ : الإعاقة ظاهرة....

أ. انفعالية

ب. نفسية

ج. عقلية

د. اجتماعية

س٣: يصنف المكفوفون ضمن فئة.....

أ. متعددو الإعاقة

ب. المعاقون اجتماعيا

ج. المعاقون ذهنيا

د. المعاقين جسميا

الواجب الثاني :

س١ : اكتشف الطبيب النفسي الأمريكي التوحد عام ...

أ. ١٩٤٠

ب. ١٩٤١

ج. ١٩٤٢.

د. ١٩٤٣

س٢ : تنقسم برامج الإعاقة إلى الوقاية من

أ. مستويين

ب. ثلاث مستويات

ج. أربع مستويات

د. خمس مستويات

س٣: تعد حالات الخلل الكروموسومي مسئولة عن .... من حالات التخلف العقلي.

أ. ٥%

ب. ١٠%

ج. ١٥%

د. ٢٠%

الواجب الثالث :

س١ : يعود اكتشاف متلازمة الاسبرجر إلى العالم النمساوي:

أ. هانز اسبرجر

س٢ : أكثر من..... من حالات التوحد يصلون إلى مرحلتي الرشد و الشيخوخة وهم لا يزالون يعانون من شدة الإعاقة :

أ. ٧٠%

ب. ٦٠%

ج. ٨٠%

د. ٥٠%

س٣: تعد الطفلة ..... و التي ولدت عام ١٩٧٤ أول فتاة في أمريكا تصاب بمتلازمة الريت:

أ. ستاسي.

ب. ريت .

ج. سيمي.

د. مايا .

س٤ : خلال السبعينات و الثمنينات من القرن الماضي كان يطلق على حالات الاسبرجر مصطلح:

أ. الشخصية النظامية .

ب. الشخصية الفصامية.

ج. الشخصية الإنهزامية .

د. لا شيء مما سبق .

ـــــــــــــــ انتهى بفضل الله فالكم التوفيق // صبا زهران