جامعة محمد لمين دباغين ـ سطيف02
كلية العلوم الانسانية والاجماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والاطوفونيا

درس : الاضطرابات النمائية الشاملة

د/ قلاتي نورالهدى

الوحدة 02: اضطراب طيف التوحد

مدخل :

يعتبر اضطراب طيف التوحد من أبرز وأوسع الاضطرابات النمائية العصبية التي تمس تطور الطفل في مجالات حيوية كالتفاعل الاجتماعي، التواصل اللفظي وغير اللفظي، والسلوكيات المعرفية والحسية. يعود أول وصف سريري لهذا الاضطراب إلى الطبيب النفسي ليو كانر عام 1943، حيث لاحظ وجود نمط من العزلة واللامبالاة الاجتماعية لدى بعض الأطفال، وسرعان ما تطور الاهتمام بالبحث حوله. يشهد العالم اليوم ارتفاعا كبيرا في نسب التشخيص، مما يعكس الوعي المتزايد والمعايير الدقيقة المستخدمة، إضافة إلى تحسين أدوات التشخيص.

أولا: تعريف اضطراب طيف التوحد

يصنف اضطراب طيف التوحد ضمن فئة اضطرابات النمو العصبي، ويتميز بوجود خلل في التفاعل الاجتماعي والتواصل، إلى جانب سلوكيات متكررة واهتمامات محدودة. لا يعد التوحد مرضا بل اضطرابا وظيفيا عصبيا يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، ويتفاوت من حيث الشدة والتأثير.

تعريف ليو كانر :(Leo Kanner, 1943) يعتبر الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر أول من وصف التوحد في مقاله الشهير عام 1943، حيث تحدث عن 11 طفلًا لديهم ما أسماه "توحد الطفولة المبكر". وقد عرّفه بأنه: "حالة نمائية تتسم بانسحاب الطفل من التفاعل الاجتماعي منذ سن مبكرة، مع ميل إلى الانشغال الذاتي، واستخدام لغة غير وظيفية، إلى جانب رغبة قهرية في التماثل والروتين."

يركز تعريف كانر على: العزلة الاجتماعية المبكرة، خلل في التواصل اللغوي، السلوك النمطي والروتيني

هذا التعريف وضع الأساس للمقاربة السريرية لاضطراب التوحد قبل أن يتم تطوير معايير التشخيص الرسمية لاحقًا .

يُصنّف اضطراب طيف التوحد ضمن فئة اضطرابات النمو العصبي، ويتميز بوجود خلل في التفاعل الاجتماعي والتواصل، إلى جانب سلوكيات متكررة واهتمامات محدودة. لا يُعدّ التوحد مرضًا بل اضطرابًا وظيفيًا عصبيًا يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، ويتفاوت من حيث الشدة والتأثير

التعريف حسب :DSM-5 (2013) هو اضطراب عصبي نمائي يتسم بـ:

- صعوبات دائمة في التفاعل والتواصل الاجتماعي (غياب التواصل البصري، ضعف استخدام الإيماءات، تأخر اللغة...)
- أنماط سلوكية مكررة ومقيدة (رفرفة، تدوير، تمسّك بالروتين)
- الأعراض تظهر في الطفولة المبكرة وتؤثر بشكل كبير على الأداء اليومي للفرد

ملاحظة: يضع DSM-5 معايير لتحديد درجة الشدة (من 1 إلى 3) بحسب الدعم المطلوب في مجالات التواصل والسلوك التكيفي

ثانيا: أهم التصنيفات

DSM-IV-TR (2000) كان اضطراب التوحد جزء من الاضطرابات النمائية الشاملة، إلى جانب:

- متلازمة أسبرجر: خصائص توحدية دون تأخر لغوي أو معرفي
- متلازمة ريت: اضطراب جيني نادر يصيب الإناث
- اضطراب الطفولة التفككي: فقدان مكتسبات نمائية بعد سن سنتين
- PDD-NOS الاضطرابات النمائية الغير محددة : تشخيص لمن لا يندرج تحت تشخيص دقيق لكن يظهر خصائص توحدية

DSM-5 (2013)

- تم دمج كافة التشخيصات السابقة ضمن تسمية واحدة :**اضطراب طيف التوحد**
- متلازمة ريت تم استثناؤها كحالة جينية خاصة
- يؤخذ بعين الاعتبار حدة الاضطراب:
  - خفيف
  - متوسط
  - شديد

ثالثا : أهم النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد

1. النظرية البيولوجية العصبية: ترى أن التوحد ناتج عن خلل في نمو الدماغ والبنية العصبية، وأشارت الأبحاث إلى تضخم حجم الدماغ في السنوات الأولى، مع ضعف الاتصال بين المناطق المسؤولة عن اللغة والتواصل الاجتماعي.

2- النظرية الجينية: توضح العلاقة بين التوحد وطفرات أو تغيرات جينية، كخلل في جينات، كما أن هناك دراسات للتوائم تؤكد تأثير الوراثة بنسبة توافق تصل إلى 90% في التوائم المتماثلة.

3. نظرية العجز في نظرية العقل : يقترح هذا الطرح أن الأفراد المصابين يعجزون عن إسناد الحالات الذهنية للآخرين، أي لا يمكنهم تخمين أفكار ونوايا ومشاعر غيرهم.

4. نظرية ضعف الوظائف التنفيذية: تفترض وجود صعوبات في التنظيم المعرفي، مثل التخطيط، تبديل الانتباه، حل المشكلات.

رابعا: الأسباب والعوامل المؤثرة

العوامل الوراثية:

- ✓ وجود إصابات في العائلة
- ✓ وجود طفرات في جينات تؤثر على الاتصال العصبي
- ✓ دراسات حديثة أظهرت أكثر من 100 جين محتمل له علاقة بـASD

العوامل العصبية:

- ✓ زيادة أو نقصان حجم بعض مناطق الدماغ
- ✓ اضطراب في تنظيم الناقلات العصبية
- ✓ ضعف الترابط الوظيفي بين مناطق الدماغ

العوامل البيئية:

- ✓ عدوى فيروسية خلال الحمل (مثل الحصبة الألمانية)
- ✓ التعرض للملوثات والمواد السامة (كالرصاص والزئبق)
- ✓ مضاعفات الولادة (نقص الأوكسجين، الولادة المبكرة)

العوامل المناعية:

- ✓ ارتفاع مؤشرات الالتهاب الدماغي لدى بعض المصابين
- ✓ اضطراب المناعة الذاتية عند الأم

خامسا: أعراض اضطراب طيف التوحد حسب المراحل العمرية

❖ **من الولادة حتى عمر سنتين:**

- ضعف أو غياب التواصل البصري عند الرضاعة أو عند النداء عليه
- عدم الابتسامة أو التفاعل مع الأصوات والوجوه المألوفة
- تأخر في إصدار الأصوات أثناء المناغاة أو تقليد تعابير الوجه
- غياب محاولات الإشارة إلى الأشياء أو جذب الانتباه
- مقاومة التغيير أو الانزعاج عند تعديل الروتين اليومي

❖ **من سنتين إلى 5 سنوات:**

- تأخر في اكتساب اللغة أو غيابها الكلي
- استخدام اللغة بطريقة غير عادية (تكرار كلمات، رتابة في النغمة)
- صعوبة في اللعب التخيلي أو التفاعل مع أقرانه
- ظهور سلوكيات نمطية (مثل رفرفة اليدين أو الدوران)
- انشغال غير عادي بأجزاء من الأشياء بدل استخدامها الكلي

❖ **من 6 إلى 12 سنة:**

- استمرار صعوبات التفاعل الاجتماعي (عدم فهم القواعد الاجتماعية، اللعب الانفرادي)
- تواصل محدود أو غير مرن في المواضيع
- مقاومة التغيير في النشاطات اليومية أو البيئات الجديدة
- استمرار السلوكيات النمطية أو تطوير اهتمامات شديدة الضيق
- استجابات غير معتادة للمثيرات الحسية (تجنب الأصوات العالية، أو جذب انتباه غير عادي للأنوار)

❖ **مرحلة المراهقة:**

- صعوبات متزايدة في العلاقات الاجتماعية والاندماج المدرسي
- قلق أو اكتئاب نتيجة الوعي بالفروقات الاجتماعية
- سلوكيات متكررة تزداد في حالات التوتر
- الحاجة إلى دعم متواصل للتعامل مع التغيرات النفسية والجسدية

سادسا: طرق التشخيص

سن التشخيص: في السياق الجزائري، غالبا ما يتم تشخيص اضطراب طيف التوحد في سن متأخرة مقارنة بالتوصيات العالمية. بينما تنصح الهيئات الدولية (مثل منظمة الصحة العالمية) بالكشف المبكر في سن 18 إلى 24 شهرًا تصل حتى 6 أشهر في بعض الحالات، إلا أن العديد من الحالات في الجزائر تشخص بعد سن 3 سنوات، وغالبا بين 4 و6 سنوات، بسبب:

- ضعف الوعي المجتمعي حول علامات التوحد المبكرة
- نقص في التكوين المتخصص للكشف المبكر لدى بعض الأخصائيين.
- محدودية توفر مراكز التشخيص المتخصصة في المناطق الداخلية والجنوبية.

طرق التشخيص الشائعة في الجزائر: في المراكز المتخصصة، يتم الاعتماد على تشخيص سريري وسلوكي من طرف فريق متعدد التخصصات، يشمل غالبا: أخصائي نفساني عيادي، أرطوفوني، طبيب مختص في الأمراض العقلية للأطفال.

الأدوات الأكثر استخداما محليا:

- **مقياس CARS** : الأكثر اعتمادًا لسهولة تطبيقه وتوفره
- **M-CHAT** : بدأ استخدامه تدريجيا في الفحص المبكر في رياض الأطفال أو من طرف الأرطوفوني
- **الملاحظة السريرية المباشرة:** من طرف الفريق المختص

- **تشخيص سلوكي** :يعتمد على ملاحظة الأعراض عبر المواقف الاجتماعية والتواصلية والسلوكية.

أدوات مقننة:

- **ADOS-2** : يستخدم للتقييم السريري المباشر
- **ADI-R** : مقابلة تشخيصية مع الوالدين
- **CARS** : يقيس شدة الأعراض وفق 15 محور
- **M-CHAT**: أداة فحص مبكر من 18 إلى 30 شهر

التقييم الأرطوفوني:

- فحص مهارات التواصل اللفظية والغير لفظية
- دراسة استخدام التواصل الوظيفي

الفحوصات الإكلينيكية الداعمة:

- تخطيط الدماغEEG
- الرنين المغناطيسيIRMF
- فحص السمع والبصر
- تحاليل وراثية في الحالات المعقدة

سابعا: التكفل والعلاج

برامج التدخل المبكر: هناك برامج تُطبق قبل سن 5 سنوات لزيادة المهارات التواصلية والمعرفية

أهمها برنامج Lovaas مثلا

برنامج تحليل السلوك التطبيقي(ABA) : يعتمد على مبدأ التكييف الإجرائي، يستخدم لتعديل السلوك، وتعليم المهارات الأكاديمية والاجتماعية

التكفل الأرطوفوني: يعتمد على تطوير اللغة الشفوية، أو استخدام وسائل بديلة (الصور، الإشارات) باستخدام برنامج PECS والتركيز على التواصل الوظيفي.

التكفل الحسي الحركي: من خلال تحسين تنظيم الاستجابات الحسية وتنمية المهارات الحركية الدقيقة والكبرى.

الارشاد الأسري والدعم التربوي: من خلال إدماج الأسرة في العملية العلاجية وتكييف البرامج المدرسية حسب قدرات الطفل مع تطبيق برامج الدمج الجزئي للحالات ذات الدرجة الخفيفة.

التكفل متعدد التخصصات: يشمل: الأرطوفوني، الأخصائي النفسي، العلاج الوظيفي، الطب العقلي، الأخصائي التربوي

يعد اضطراب طيف التوحد أحد التحديات الكبرى التي تواجه الصحة النفسية والبرامج التربوية المعاصرة. التقدم في مجال البحث العلمي مكن من تشخيص أفضل وتكفل أكثر فاعلية، إلا أن التوحد يظل اضطرابا معقدا يتطلب تدخلا مبكرا، متعدد التخصصات، ومتكيف مع حاجات كل فرد. وإدماج الأسرة والمجتمع في هذا المسار يمثل شرط أساسي لنجاح التكفل وتحسين جودة الحياة.