

تمهيد:

التوحد إعاقة تطويرية قليلة الحدوث ما زال يكتنفها كثير من الغموض. فبالرغم من الإجماع على أنه حالة اضطراب في نمو الدماغ، إلا أن الفرضيات والآراء بشأنه تبقى متباينة وطبيعته تبقى غير مفهومة جيداً إلى الوقت الحاضر. ولعل التوحد قد حظي باهتمام لم تحظ به أية إعاقة أخرى. إنه حالة مثيرة للاهتمام إلى درجة أصبح معها لدى بعض عامة الناس فكرة عنه دون أن يكونوا على معرفة بطفل لديه هذه الحالة. وإذا ما سئل الناس عن ماهية التوحد فهم يستطيعون تقديم أجوبة والتعبير عن آراء تغطي مدى واسعاً من الأفكار مثل: إنهم منسحبون اجتماعياً، أو غير قادرين على التواصل، أو لديهم حب غير عادي للموسيقى، أو جيدين في الحساب، أو متخلفون عقلياً أو أذكاء جداً. وتعكس هذه الآراء البسيطة بعضاً من التباين الشديد الذي تتصف به حالة التوحد.

تعريف التوحد:

يعرف التوحد بأنه إعاقة نمائية (تطويرية) شديدة تنجم عن اضطراب دماغي ويرافقها مدى واسع من المشكلات التطورية وخاصة في مجالي التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي. فمن أهم خصائص التوحد ضعف التفاعلات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي والسلوك النمطي التكراري والاهتمامات المحدودة جداً (Simpson & Myles, 2008). وتتضح هذه الخصائص قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره. وقد يكون نمو الطفل طبيعياً في الشهور أو السنوات الأولى من العمر ومن ثم يتدهور النمو فلا يعود هذا الطفل يستجيب للناس بمن فيهم والديه. وتتراوح شدة التوحد وتتفاوت أعراضه بشكل واسع، فبعض الأطفال يستطيعون الاعتماد على أنفسهم في المستقبل وأما البعض الآخر فيحتاج إلى رعاية وإشراف متواصلين. (الخطيب، 1998).

والتوحد اضطراب مربك له مؤشرات وأعراض متباينة بل ومتناقضة أحياناً. فثمة فروق كبيرة بين الأطفال التوحديين، حيث أنهم يختلفون فيما بينهم من حيث الأنماط الشخصية والخلفيات الأسرية، والخبرات الحياتية. ويختلف الأطفال التوحديون وبشكل ملحوظ عن بعضهم البعض من حيث المهارات المعرفية، أو الأكاديمية، أو السلوكية، أو اللغوية (الخطيب، 1998). فبعض الأطفال التوحديين يعانون من ضعف عقلي شديد في حين أن أطفال آخرين يظهرون قدرات متميزة في الحساب أو في الذاكرة أو في الفن، ولكنهم يفتقرون إلى أي مهارات اجتماعية. وبعض الأطفال لا يتكلمون في حين أن بعضهم الآخر يتكلم وإن كان

كلامهم غير واضح للآخرين من حولهم. وينزعج معظم الأطفال التوحديين من التغيير في بيئتهم، أو يظهرون حركات من النمط نفسه مثل هز الجسم أو اللعب بالطريقة نفسها والانفصال عن البيئة والناس فيها. وبسبب هذا التباين، فقد يخفق حتى الأخصائيون في تشخيص حالة التوحد لأن الطفل قد يبدو مختلفاً جداً عن الأطفال التوحديين الذين يعرفونهم.

وبالرغم من أن مستويات شدة التوحد تختلف من طفل إلى آخر فإن العنصر المشترك بين الأطفال الذين لديهم توحد هو الافتقار إلى مهارات التواصل في مضمون اجتماعي. فعدم التواصل البصري، والتفكير المتمركز حول الملموس، والعجز عن معالجة المعلومات، والمشكلات الحسية والقلق والكلام الذي لا يعدو كونه صدى لكلام الآخرين، كل هذه العوامل تعيق قدرة الطفل على المبادرة إلى بناء علاقات اجتماعية متبادلة (الخطيب، 1998)..



نبذة تاريخية:

من أجل فهم التوحد فمن الضروري أن نلقي نظرة سريعة على التطور التاريخي لهذه الحالة. وكان كانر (Kanner) أول من وصف التوحد في الأربعينات من القرن الماضي. فقد قدم هذا الأخصائي قائمة بالخصائص السلوكية والنفسية التي يفترض أن تسهل عملية التعرف على الأفراد الذين يعانون من التوحد. ودحض كانر الفكرة القائلة بأن التوحد ينتج عن أنماط سيئة من الأبوة والأمومة وشجع الباحثين والمعالجين على التعامل معه بوصفه اضطراباً عصبياً بيولوجياً (الخطيب، 1998). لكن استخدام كانر لمصطلح "التوحد" أحدث أرباكاً منذ البداية لأن هذا المصطلح كان يستخدم لوصف الانسحاب إلى عالم الخيال الذي يظهره الأفراد الذين يعانون من الشيزوفرينيا (فصام الشخصية). وفي تلك الحقبة الزمنية، بدا التوحد وكأنه حالة يصاب بها الأطفال الذين ينحدرون من أسر متعلمة تنتمي للفئة الاقتصادية الاجتماعية ذات المستوى الجيد، ولكن ذلك كان يعكس تحيزاً في التعرف والإحالة أكثر مما يعكس الحقائق العيادية. وقد تناقلت وسائل الإعلام وحتى المراجع العلمية في العقود الماضية الشيء الكثير عن أسباب وعلاج التوحد لكن كثيراً مما كتب في هذا الخصوص لم تدعمه الأدلة العلمية (Simpson & Myles, 2008).

وفي الوقت ذاته، قام طبيب نفسي نمساوي اسمه أسبرجر (Asperger) بوصف مجموعة من الأعراض المرضية أطلق عليها اسم "الاضطراب التوحيدي" وذلك في تقرير له باللغة

الألمانية. ولا تختلف الأعراض التي ذكرها عن تلك التي قدمها كانر باللغة الإنجليزية. ومنذ ذلك الوقت، ظهرت في أدبيات الاضطرابات السلوكية مصطلحات مثل "متلازمة اسبرجر" للإشارة إلى الأطفال التوحديين وبخاصة الأكثر قدرة منهم. ومهما يكن الأمر، فما يزال هناك جدل حول مدى اختلاف التوحد عن متلازمة اسبرجر.

أسباب التوحد:

ليس هناك سبب واحد للتوحد يمكن التأكد منه. فالتوحد يرتبط باضطرابات في مواقع عدة من الدماغ. وللعوامل الوراثية دور في القابلية لحدوث التوحد في نسبة كبيرة من الحالات، لكن آلية انتقال التوحد تبقى غامضة والجينات المسؤولة عنه غير معروفة بعد. ويرتبط التوحد في حالات قليلة جداً بالعوامل التي ينجم عنها تشوهات ولادية (خلقية). وثمة أسباب أخرى عديدة مفترضة للتوحد (مثل: اللقاحات). فالبعض يعتقد أن التوحد ينتج عن لقاح الحصبة والنكاف واللقاحات التي تحتوي على الزئبق لكن البحوث العلمية بينت عدم صحة هذه الفرضية. (He- flin & Alaimo, 2007)

ومن التفسيرات التي لم تعد مقبولة الاعتقاد بأن الوالدين يتحملان المسؤولية وبخاصة الأم التي كانت تتهم بأنها لم تزود طفلها بالحنان والدفء الكافيين. ولحسن الحظ، أن مثل هذه الآراء التي لا أساس لها نبذت في ضوء نتائج البحث العلمي التي أثبتت عدم صحتها. ويعود الفضل في دحض مثل هذه التفسيرات إلى الطبيب الأمريكي ليو كانر الذي دحض الفكرة القائلة بأن التوحد ينتج عن أنماط سيئة من الأمومة وشجع المعالجين على التعامل معه بوصفه اضطراباً عصيباً بيولوجياً (Aarons & Gittens, 1992)، ومع ذلك فقد انبثقت مؤخراً فرضيات مشابهة تزعم أن التوحد ينتج عن انهيار العلاقة ما بين الأم وطفلها وإن هذه الفرضية توفر القاعدة اللازمة للمعالجة. وقد دافع بعض المتخصصين في الطب النفسي عما سمي "العلاج من خلال حمل الطفل". ولا يشمل هذا الأسلوب كما قد يبدو للوهلة الأولى أن تحمل الأم طفلها بحنان أو أن تعانقه وإنما أن تحمله رغماً عنه وأن لا تنزله من بين يديها رغم مقاومته ورغم البكاء والصراخ. ومن الصعب علينا أن نتصور كيف يمكن لهذا الأسلوب أن يعالج التوحد. (الخطيب، 1998)..

وتجمع المراجع العلمية الحديثة على أن أسباب التوحد بيولوجية. وتتناقض هذه الأدلة مع الاعتقادات التي كانت سائدة لفترة من الزمن ومفادها أن التوحد حالة تحدث لدى الأطفال الذين ينحدرون من أسر متعلمة تنتمي للفئة الاقتصادية الاجتماعية ذات المستوى الجيد.

التوحد

فالدراسات العلمية المعاصرة تشير إلى أن التوحد حالة قد يعاني منها الأطفال من الشرائح الاجتماعية كافة بصرف النظر عن المتغيرات المعرفية أو الاقتصادية الاجتماعية أو الأصول العرقية. وتشكل العلاقة القوية بين التوحد والتخلف العقلي دليلاً إضافياً على أن أسباب التوحد ليست نفسية أساساً. (الخطيب، 1998)..

وتشير البحوث إلى أن أقارب الأطفال التوحديين أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بالتوحد. وهي توضح أيضاً أن نسبة كبيرة من أقارب هؤلاء الأطفال تعاني أو كانت تعاني من اضطرابات كلامية، أو صعوبات تعلمية، أو إعاقات معرفية بسيطة أخرى. ومن جهة أخرى، يرتبط التوحد ببعض الاضطرابات الجسمية (مثل: الحصبة الألمانية وبعض الفيروسات بل وحتى الفطريات، والتشنجات في مرحلة الرضاعة، واضطراب عملية التمثيل الغذائي، وبعض الاضطرابات الوراثية كالتصلب التدرني ومتلازمة الكروموسوم الجنسي الهش. وعلى ضوء الأدلة العلمية المتزايدة التي تتوفر حول الدور السببي للعوامل البيولوجية في التوحد، أصبح ينظر إلى هذه الحالة بوصفها اضطراباً جسياً وليس اضطراباً انفعالياً. (الخطيب، 1998)..

نسبة انتشار التوحد

التوحد حالة قليلة الحدوث نسبياً حيث تقترح معظم المراجع العلمية الحديثة أن نسبة حدوثه تتراوح بين 1-2 من كل 1000 طفل. أما نسبة حدوث اضطرابات الطيف التوحدي فتتراوح بين 4-6 من كل ألف طفل. والتوحد أكثر شيوعاً لدى الذكور منه لدى الإناث بمعدل أربعة أضعاف (الخطيب، 1998).. وخلافاً لما يعتقد كثير من، ليس هناك زيادة في نسبة حدوث التوحد فالزيادة في عدد الحالات التي يتم رصدها وتسجيلها ناتج عن تطور أساليب التشخيص وتغير معايير مؤخرًا. ويحدث التوحد في كل دول العالم لدى الأسر من مختلف الشرائح العرقية والاجتماعية.



خصائص الأطفال التوحيديين:

يتميز التوحد بمجموعة من الخصائص أو الأعراض من أهمها الخصائص التي تمت الإشارة إليها سابقاً وهي: العجز في التفاعلات الاجتماعية، والعجز في التواصل، والاهتمامات المحدودة، والسلوك النمطي. وثمة خصائص أخرى معروفة لكنها ليست ضرورية لتشخيص التوحد مثل: الأنماط غير التقليدية (الانتقائية) المتعلقة بالغذاء. وتشمل أوجه العجز في الخصائص الاجتماعية لدى الأطفال الذين لديهم توحد في ضعف أو انخفاض ملحوظ في: الانتباه للمثيرات الاجتماعية، والابتسام للآخرين أو النظر إليهم، والاستجابة عند مناداة أسمائهم. كذلك فهم نادراً ما يتواصل بصرياً مع الآخرين، ويتخذون أوضاعاً جسمية تنمو عن عدم الاهتمام بالغير. علاوة على ما سبق، فهم قليلاً ما يبدون تفهماً اجتماعياً، أو يبادرون إلى الاقتراب من الآخرين، أو يستجيبون للعواطف التي يعبر عنها من حولهم، أو يتواصلون مع الغير بطرائق غير لفظية. لكنهم يطورون علاقات ارتباط بالأشخاص المقربين منهم. وربما لا يكون صحيحاً أن هؤلاء الأطفال يفضلون الوحدة لكنهم يواجهون صعوبات جمّة في إقامة علاقة صداقة مع الأطفال الآخرين. وثمة ما يشير إلى أن نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال، وخاصة من يفتقرون إلى مهارات الكلام، يظهرون سلوكيات عدوانية ونوبات غضب شديدة.

ومن حيث التواصل فإن نصف هؤلاء الأطفال لا تتطور لديهم القدرة على استخدام الكلام بشكل وظيفي في الحياة اليومية. وتظهر الاختلافات في النمو اللغوي والكلامي لدى بعض هؤلاء الأطفال مبكراً. ففي السنة الأولى من العمر، تأخذ أشكالاً متنوعة منها عدم المناغاة، ونقص الاستجابة، والتلميحات غير التقليدية. وفي السنتين الثانية والثالثة وما بعد ذلك يكون عدد المفردات لدى هؤلاء الأطفال محدوداً ويميلون إلى تكرار كلام الآخرين وذلك ما يعرف بكلام الصدى. (Heflin & Alaimo, 2007).

ويظهر هؤلاء الأطفال أشكالاً مختلفة من السلوك التكراري كالسلوك النمطي: (الذي يتمثل بحركات غير وظيفية كالرفرفة باليدين أو هز الجسم للأمام والوراء)، والسلوك الاستحواذي/القسري: (كترتيب الأشياء وفق نمط معين)، والسلوك الرتيب المقاوم للتغيير: (كأن يصر الطفل على عدم تغيير مواقع الأشياء في المنزل)، والسلوك الطقوسي: (كتأدية الأنشطة اليومية بالأسلوب نفسه مرة تلو أخرى)، والسلوك المحدود (كإهتمام ببرنامج تلفزيوني واحد)، وإيذاء الذات: (كأن يعض الطفل يده).

ومن المشكلات الأخرى: الاستجابة غير التقليدية للاستثارة الحسية، والمشكلات الحركية



مثل: ضعف مستوى التوتر العضلي والمشي على أصابع القدمين، ومشكلات النوم والتي تتمثل في صعوبة النوم والاستيقاظ في الليل وفي أوقات مبكرة في الصباح. هذا وتظهر نسبة قليلة من هؤلاء الأطفال قدرات استثنائية. (Simpson & Myles, 2008).

وغالباً ما تمثل مشكلات النوم لدى الطفل التوحدي إزعاجاً هائلاً لبعض الأسر. فبعض الأطفال التوحديين لا ينامون بما فيه الكفاية أو يستيقظون في الليل بشكل متكرر. وثمة تقارير تفيد بأن بعض الآباء قد يفقدون السيطرة على أنفسهم جراء ذلك فيقومون بتقييد أطفالهم في غرف نومهم. ومع أن هذا الأسلوب يبعث على الصدمة والرعب إلا أنه أجراء قد يتفهمه البعض في ضوء الإزعاج الهائل الذي يسببه الطفل التوحدي لجميع أفراد أسرته.

مشكلة أخرى تتطلب رعاية خاصة هي إصرار الطفل على تكرار أنشطة محددة دون كلل أو ملل (مثل: فتح وإغلاق الأبواب مرة تلو أخرى، أو مشاهدة برنامج تلفزيوني معين ولا شيء غيره، أو الاستماع إلى أغنية ما دون توقف، أو الاستمرار في طرح أسئلة عديمة المعنى).

وقد يكون الطفل قادراً على العناية بنفسه لكنه يرفض التعاون عندما تحاول أمه مساعدته في ارتداء الملابس، أو تنظيف أسنانه، أو غير ذلك. وقد يستغرق تدريب الطفل على استخدام الحمام زمناً طويلاً، وقد لا يقبل بعض الأطفال استخدام سوى حمام معين. كذلك قد يتطور لدى بعض الأطفال رعب من الحمام أو قد يكررون بعض الأنشطة المتعلقة باستخدامه مرة تلو أخرى.

وغالباً ما تكون عادات الطفل التوحدي في تناول الطعام عادات صعبة جداً ومزعجة للوالدين إلى درجة كبيرة. فقد لا يتناول الطفل سوى بعض أنواع الطعام والشراب المحددة وقد لا يستخدم إلا بعض الأدوات. وقد يصبح الطفل بديناً بسبب إصراره على تناول بعض أنواع الطعام أو نحيفاً بسبب رفضه المستمر تناول كميات كافية من الطعام. لكن تجارب أولياء الأمور تيلين إمكانية التأثير في هؤلاء الأطفال وتشجيعهم على تناول أنواع مختلفة من الطعام. وإذا أخفق أولياء الأمور في تغيير العادات الغذائية للطفل كونهم عودوهم على تناول أنواع محددة فقط من الطعام لفترة طويلة، فقد تكون هناك حاجة إلى استشارة أحد المتخصصين في تعديل السلوك. وإذا نجحت برامج تعديل السلوك فذلك ليس صحيحاً فقط لكنه غالباً ما يهيئ الفرص لتعميم العادات من المدرسة إلى البيت وقد يترك أثراً إيجابياً على سلوك الطفل أيضاً. وقد تشعر الأسرة بالحرص بسبب سلوك طفلها التوحدي غير المقبول اجتماعياً فيما يتعلق بالمائدة مما يجعل من الصعب عليها اصطحابه لتناول الطعام في مكان عام. من ناحية أخرى،

فإن الأطفال التوحديين الذين يعانون من إعاقة شديدة تتطور لديهم عادة تناول المواد غير القابلة للاستهلاك (كالأزهار، والرمل، والورق... الخ) ويحتاج الأطفال في هذه الحالات إلى مراقبة متواصلة خوفاً من أن يعرضوا أنفسهم للهلاك بسبب ابتلاع أشياء خطيرة.



واقترحت في السنوات الماضية معايير عديدة وأصبحت الممارسة تتمثل بعد مجموع النقاط التي تنطبق على الطفل لتشخيص حالته. وجوانب القصور في هذا النظام التشخيصي واضحة كل الوضوح. فقد تنطبق ست أو سبع من تسع خصائص على الطفل ومع ذلك يكون التشخيص أنه لا يعاني من التوحد. وعلى كل حال، فمع زيادة مستوى معرفة الباحثين بحالة التوحد، أصبح الممارسون ينزعون نحو استخدام منحنى عملي يستند إلى الخبرة العيادية للتشخيص (Aarons & Gittens, 1992)، هذا وما زالت الخصائص التي أوردتها كانر جديرة بالذكر لأنها تصف النمط التقليدي للتوحد (انظر الجدول 1-8).

الجدول (1-8) الخصائص الرئيسية للتوحد

الخصائص الرئيسية للتوحد

- 1- العجز عن بناء العلاقات: فالطفل التوحدي يواجه صعوبة في التفاعل مع الناس ويهتم بالأشياء أكثر مما يهتم بالأشخاص.
- 2- التأخر في اكتساب اللغة: بعض الأطفال التوحديين يكلم وييقون كذلك، إلا أن أطفالاً آخرين يكتسبون اللغة ولكنهم يتأخرون في ذلك مقارنة بالأطفال العاديين.
- 3- استخدام اللغة المنطوقة بطريقة غير تواصلية بعد تطورها: قد يكون لدى بعض الأطفال التوحديين ذخيرة لفظية كافية، إلا أنهم يواجهون صعوبة في استخدام الألفاظ بطريقة ذات معنى في المحادثة.
- 4- التردد الكلامي غير الطبيعي: من الصفات الرئيسية للأطفال التوحديين تردد الكلمات والجمل.

5- عكس الضمائر: وذلك يعني أن الطفل يستبدل أنت بأنا

6- اللعب بطريقة نمطية تكرارية: إن قدرة الأطفال التوحديين على اللعب بوجه عام محدودة جداً، فهم يكررون النشاط نفسه ويخفقون في اكتساب مهارات اللعب التخيلي.

7- الانزعاج من التغيير: حيث يقاوم الأطفال التوحديون التغيرات البسيطة في البيئة المحيطة والحياة اليومية.

8- الذاكرة الاستظهارية الجيدة: تتمتع نسبة كبيرة من الأطفال التوحديين بذاكرة جيدة من النوع الاستظهارية.

9- المظهر الجسمي العادي: حيث دفعت هذه الحقيقة البعض إلى الاعتقاد بأن الأطفال التوحديين يتمتعون بذكاء عادي، وهو اعتقاد تبين مع الأيام أنه خاطئ.

ويقدم الخطيب (2008) المعلومات التوضيحية التالية عن خصائص الطفل التوحدي:

- يتصرف وكأنه لا يعي وجود الآخرين وكأنه لا يتفهم مشاعرهم فهو يعامل الأشخاص وكأنهم إناث، ولا يشعر مع الشخص الذي يبدو عليه الضيق، لا يفهم حاجة الآخرين إلى الخصوصية.

- لا يشعر بالحاجة إلى مساعدة الآخرين في الظروف الصعبة، أو أنه يعبر عن تلك الحاجة بطريقة شاذة، فهو لا يبحث عن الراحة حتى عندما يكون مريضاً أو عندما يتعرض للأذى أو التعب.

- لا يقلد الآخرين فهو لا يلوح بيده مودعاً، ولا يقلد نشاطات الأم في المنزل.

- لا يلعب لعباً اجتماعياً أو أنه يلعب بطريقة شاذة فهو لا يشارك في الألعاب الجماعية، ويفضل أن يلعب وحده، ويستخدم الأطفال الآخرين في اللعب كأنهم أدوات.

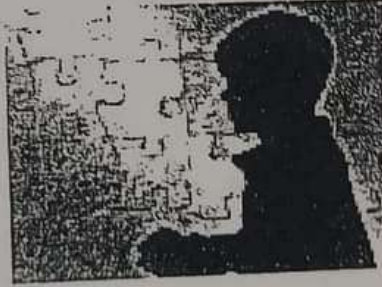
- يظهر قصوراً كبيراً في القدرة على بناء علاقات صداقة.

- يصدر أصواتاً غير مفهومة، ولا يظهر تعبيرات وجهية ملائمة.

- يتواصل بطريقة لفظية شاذة وهو يتشنج عندما يقترب منه الآخرون، ولا يرحب بالوالدين أو الزوار، ويخلق بطريقة ثابتة في المواقف الاجتماعية.

- لا يقوم بأنشطة تخيلية كلعب أدوار الراشدين مثلاً أو تمثيل حركات أو أصوات الحيوانات.

- يخرج الكلام بطريقة شاذة سواء من حيث حدة الصوت، أو علوه، أو معدله.
- لديه اضطرابات ملحوظة في محتوى الكلام أو شكله بما في ذلك الكلام النمطي مثل التكرار الميكانيكي لدعائيات التلفزيون أو قول (أنت) بدلاً من (أنا) أو التكلم عن أشياء ليست ذات علاقة بالموضوع.
- لديه قصور واضح في القدرة على تقليد الآخرين أو التحدث معهم رغم قدرته على الكلام والتحدث عن الموضوع نفسه رغم عدم استجابة الآخرين له.
- يقوم بحركات جسمية نمطية مثل: ثني اليدين، أو هز الرأس، وما إلى ذلك.
- ينشغل بشكل متواصل بالأجزاء، وشم الأشياء أو تحسس ملمسها بشكل متكرر، أو التعلق بأشياء غير اعتيادية "مثل: الإصرار على حمل قطعة قماش أو خيط... الخ".
- يصرّ على تباع النمط نفسه في النشاطات مثل: الإصرار على تباع الطريق نفسه عند الخروج من البيت. ينفع بشدة عند حدوث تغيرات في البيئة كتغيير مكان الكرسي في الغرفة مثلاً.
- يظهر مدى محدوداً جداً من الاهتمامات أو ينهمك بشيء معين على الدوام مثل: الاهتمام فقط بترتيب الأشياء في صف أو بوضعها فوق بعضها البعض.



تشخيص التوحد

لقد كان تشخيص التوحد كان وما يزال أمراً صعباً تعتره مشكلات عدة. وفي السنوات الماضية، اقترحت معايير عديدة لتشخيص التوحد وأصبحت الممارسة تتمثل بعد مجموع النقاط التي تنطبق على الطفل لتشخيص حالته. وجوانب القصور في هذا النظام التشخيصي واضحة كل الوضوح. فقد تنطبق ثمان من تسع خصائص على الطفل ومع ذلك يكون التشخيص أنه لا يعاني من التوحد. ولعل أسلوب تسجيل النقاط المستخدم لتشخيص حالة التوحد قد أسهم في خلق هذا الارتباك. إلا أن تقدماً قد أحرز في الآونة الأخيرة مع تخلي



الباحثين عن النظرة الضيقة لهذه الحالة وتبينهم للمنحى الوصفي في تشخيصها (Hefflin & Alaimo, 2007)

والتشخيص هام، فأولياء الأمور يريدون أن يعرفوا طبيعة مشكلات أطفالهم لأن غياب هذه المعرفة ينجم عنه شعور بعدم الأمن والإرتباك. ومن المفيد الإشارة هنا إلى أن عدداً من الأخصائيين قد يتجنب إبلاغ الوالدين بالتشخيص لاعتقاده بأنه بذلك يحمي أولياء الأمور من الضغوط النفسية. لذلك قد ينتقل بعض أولياء الأمور من أخصائي إلى آخر باحثين عن استشارة تلو أخرى لأن أحداً لم يخبرهم بمشكلة طفلهم بطريقة واضحة تعكس مشكلاته الحقيقية (Aarons & Gittens, 1992)، ويصعب على أولياء الأمور أن يتعاملوا مع أطفالهم بواقعية ودون أن يفهموا جيداً طبيعة المشكلة التي يعانون منها. وعليه فالتشخيص الصحيح والمبكر للتوحد يقلل من احتمالات شعور أولياء الأمور بالذنب على افتراض أنهم المسؤولون عن الاضطراب السلوكي لدى أطفالهم.

وقد يتساءل البعض عن الأخصائيين المؤهلين لتشخيص التوحد. والإجابة هي أن مسؤولية تشخيص التوحد يجب أن توكل لفريق متعدد التخصصات. ولعل خبرة الأخصائي بالتوحد أكثر أهمية من التخصص نفسه. وبوجه عام، فإن الأخصائيين الذين قد يشتركون في التشخيص هم أطباء الأطفال، وأخصائيو العلاج النطقي، والأخصائيون النفسيون، وأخصائيو التربية الخاصة. إلا أن المتخصصين في التربية الخاصة وعلم النفس أو طب الأطفال أو العلاج النطقي في الدول العربية لا يمتلكون عموماً معلومات كافية عن طبيعة التوحد مما يستدعي تغيير الواقع وإنشاء مراكز بحثية متخصصة في تشخيص التوحد ومعالجته. (Aarons & Gittens, 1992)

ولأن الكشف والتدخل العلاجي المتأخر قد ينطوي على مشكلات كثيرة على المدى الطويل، يقترح على الوالدين عرض طفلهم على أحد الأخصائيين إذا لاحظا أيًا من الأعراض التالية عليه قبل أن يبلغ الثالثة من عمره:

- عدم مناغاة الطفل عندما يصبح عمره 12 شهراً.
- عدم استخدام الطفل للإيماءات (مثل: التلويح باليدين أو التأشير للأشياء) عندما يصبح عمره 12 شهراً.
- عدم قيام الطفل بقول كلمات منفردة عندما يصبح عمره 16 شهراً.
- عدم استجابة الطفل لاسمه.

• عدم قيام الطفل بقول جمل من كلمتين عندما يصبح عمره 24 شهراً.

• فقدان الطفل لمهارات لغوية أو اجتماعية كان تعلمها في وقت سابق.

وتتلخص معايير تشخيص التوحد التي تتبناها الجمعية الأمريكية للطب النفسي في أن يظهر لدى الطفل ما لا يقل عن ست مؤشرات إثنان منهما يتصلان بضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي وواحد يتصل بعجز عن التواصل، وواحد يتصل بالسلوك المحدود أو التكراري. أما المؤشرات الأخرى فهي تشمل: عدم الاستجابة العاطفية أو الاجتماعية، اللغة غير المفهومة أو التردد اللغوي، والانشغال بأجزاء الأشياء، وعدم المبادرة إلى اللعب الرمزي أو التخيلي. ويقدم دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتشخيص الاضطرابات العقلية إثني عشر معياراً لتشخيص التوحد. وتقع هذه المعايير ضمن ثلاث فئات هي:

أ- قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة.

ب- قصور التواصل اللفظي وغير اللفظي.

ج- مدى محدود جداً من النشاطات والاهتمامات.

ووفقاً لهذا الدليل، يجب أن ينطبق على الطفل ستة على الأقل من المعايير الإثنى عشر الواردة أدناه. وهذه المعايير الستة يجب أن تشمل فقرتين على الأقل من فقرات مجال القصور النوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفقرة واحدة على الأقل من فقرات مجال القصور النوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي، وفقرة واحدة على الأقل من فقرات مجال المدى المحدود من النشاطات والاهتمامات.

أولاً: قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي:

ويتضح هذا القصور من خلال ما لا يقل عن مؤشرين اثنين من المؤشرات التالية:

• ضعف كبير وملحوظ في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل: التواصل بالعين، وتعبيرات الوجه، والأوضاع الجسمية، والتلميحات الاجتماعية الهادفة لتنظيم التفاعلات الاجتماعية.

• الإخفاق في تطوير علاقات مع الزملاء تتناسب والعمر الزمني.

• عدم المبادرة إلى مشاركة الآخرين في الأدوات، والاهتمامات، والانجازات (كعدم إظهار أو إحضار أو التأشير إلى الأشياء المعنية).

• عدم التفاعل الاجتماعي والعاطفي.

ثانياً: قصور نوعي في التواصل:

- ويتضح هذا القصور من خلال مؤشر واحد على الأقل من المؤشرات التالية:
- تأخر أو غياب اللغة الشفوية كاملاً (دون محاولة تعويض هذا الضعف من خلال وسائل تواصل بديلة كالإشارات مثلاً).
- وفي حال القدرة على الكلام، يظهر عجز عن التحدث مع الآخرين.
- استخدام اللغة بشكل تكراري نمطي أو التحدث بلغة مبهم غير مفهومة.
- عدم المبادرة إلى اللعب التخيلي والمتنوع أو اللعب الاجتماعي المستند إلى التقليد والمناسب للعمر الزمني.

ثالثاً: أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة تكرارية ومحدودة:

- ويتضح هذه الأنماط من خلال مؤشر واحد على الأقل من المؤشرات التالية:
- الانهماك التام بنمط أو أكثر من الأنماط السلوكية أو الاهتمامات أو الأنشطة التكرارية غير العادية.
- التمسك بطريقة جامدة غير مرنة بروتين أو طقوس محددة.
- أفعال حركية تكرارية ونمطية (مثل الررفة باليدين).

وهناك اضطرابات متنوعة تتشابه أعراضها مع التوحد وبالتالي يجب التمييز بينها وبين التوحد. وتعرف هذه العملية بعملية التشخيص الفارقي (Differential Diagnosis). فعلى سبيل المثال: التخلف العقلي والاضطراب اللغوي حالتان يجب التأكد من عدم وجودهما قبل تشخيص الاضطراب على أنه توحد. كذلك يجب فحص الطفل للتأكد من عدم وجود مشكلات جينية أو طبية مثل الفينيل كيتون يوريا ومتلازمة كروموسوم X الهش حيث يصاحب هذان الإضطرابان التوحد في بعض الحالات. (Hefflin & Alaimo, 2007).

الجدول (2-8): اضطرابات أخرى تشترك مع التوحد ببعض الخصائص العامة

- 1- متلازمة أسبرجر: تشمل أعراض هذه المتلازمة قصوراً في مهارات التوازن، والاكتئاب، والكلام التكراري، وإخراج الصوت بالوتيرة نفسها، وكراهية التغيير، وحب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، ومعظم هؤلاء الأطفال لديهم نسبة ذكاء عادية.

- 2- متلازمة كروموسوم X الهش اضطراب حسي في الكروموسوم الجنسي الانثوي (X) معظم الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط إلى متوسط غالباً ما تظهر استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت. واضطرابات الاداء اللفظي وغير اللفظي. واضطرابات معرفية.
- 3- متلازمة لاندو-كليفر في هذه الحالة ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث سنوات من العمر ولكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك غالباً ما يشخص الطفل خطأ بأنه أصم.
- 4- متلازمة مونياس تسبب مشكلات عدة في الجهاز العصبي المركزي بما فيها شلل عضلات الوجه مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية ومشكلات سلوكية كتلك التي تنتج عن التوحد.
- 5- متلازمة ريت تحدث لدى الاطفال في معظم الحالات من اعراضها عدم القدرة على استخدام اليد اليمنى أو اليسرى.
- 6- متلازمة سلوتس تسبب سرعة كبيرة في النضج وكر حجم الحمضة والتخلف العقلي وتغيرات وجهية شاذة ومن الاعراض المشابهة للتوحد الرأس قصور المهارات الاجتماعية، الكلام التكراري والدوران في المكان نفسه.
- 7- متلازمة توريتي تتصف بحركات لا إرادية كرمش العين وتلمظ الشفاه وهز الكتفين بطريقة شاذة.
- 8- متلازمة وليامز اضطراب نادر يشترك مع التوحد بعض الخصائص مثل: التأخر اللغوي والحركي والحساسية المفرطة للصوت، وهز الجسم والتعلق بالأشياء بطريقة غير طبيعية.

علاج التوحد:

التوحد ليس مرضاً بالمعنى التقليدي بل هو حالة اضطراب. ومع أن البرامج العلاجية للتوحد قد أصبحت أكثر فائدة في السنوات الماضية، إلا أنه غير قابل للشفاء. وتحقيق برامج التدخل المبكر نجاحاً مقبولاً في مساعدة الأطفال الذين يتم تشخيص التوحد لديهم مبكراً في اكتساب المهارات الاجتماعية وتعلم مهارات العناية بالذات. وثمة قصص نجاح في التعامل مع التوحد من المستوى البسيط، لكن الأمر مختلف بالنسبة للتوحد من المستوى الشديد حيث أنه

يتعذر أن يصبح الطفل معتمداً على ذاته في تأدية مهارات الحياة اليومية. (Gittens, (Aarons & 1992).

والهدف من علاج التوحد هو تخفيف أعراضه وتحسين أداء الطفل. ولا يوجد علاج ينفع في كل الحالات فالعلاج يتم تصميمه حسب الحاجات الفردية للطفل. وبوجه عام، يتضمن علاج التوحد تنفيذ برامج تدريبية خاصة وبرامج تعديل سلوك مكثفة وطويلة المدى في وقت مبكر. فمثل تلك البرامج غالباً ما تساعد في تطوير المهارات اللغوية، والاجتماعية، ومهارات العناية بالذات. ويستخدم كذلك برامج لتطوير مهارات التأزر الحسي الحركي (لخفض الحساسية المفرطة للمس والصوت)، والعلاج بالفن والموسيقى.

وغالباً ما يصف أطباء الأطفال عقاقير طبية مختلفة لتخفيف بعض الأعراض المرافقة أو لمعالجة المشكلات المصاحبة للتوحد مثل: إيذاء الذات، والسلوك العدواني، والنشاط الزائد، والاكتئاب، وغير ذلك. ومن تلك العقاقير: العقاقير المنشطة نفسياً (لخفض الحركة المفرطة و معالجة مشكلات التشنج وعدم القدرة على التركيز ومن الأمثلة عليها: الرتالين، والدكسدرين)، والعقاقير المضادة للذهان التي تعرف بالعقاقير المهدئة الرئيسية: (لخفض السلوك النمطي والعدواني وإيذاء الذات والتهيج ومن الأمثلة عليها: ميلاريل، وهالدول، وثورزاين)، والعقاقير المضادة للتشنجات (الاختلاجات) والتي تعطى في حال حدوث نوبات صرعية لدى الطفل ومنها: تجرتول وديلانتين، والعقاقير المضادة للاكتئاب وتشمل: ليثيوم، وديباكوت، وبروزاك، والعقاقير المضادة للقلق وتشمل: فالسيوم، ولبيريوم، وتوفرانيل، وإيلافيل.

وفي سعيهم المتواصل لمساعدة أطفالهم التوحديين، قد يحاول أولياء الأمور كل شيء ممكن بما في ذلك الحمية الغذائية التي قد يجربوها هم أنفسهم أو يسمعون عنها من الآخرين. والافتراض الذي يستند إليه في معالجة التوحد بالحمية الغذائية هو أن بعض أعراض التوحد قد تنتج عن ردود فعل تحسسية لبعض أنواع الطعام أو عن نقص بعض الفيتامينات أو الأملاح المعدنية في جسم الطفل. من الحميات الغذائية التي يعتقد أنها مفيدة للأطفال التوحديين الطعام الخالي من الجلوتين وهي مادة توجد في الدقيق وتخلو من الكازين (البروتين الأساسي الموجود في الحليب). ومؤخراً، شاع استخدام السكرتين: (هرمون يستحث الإفرازات في الجهاز الهضمي) إلا أنه لا تتوفر أدلة علمية مقنعة على فاعلية هذا العلاج أو العلاجات التي تمت الإشارة إليها سابقاً. (الخطيب، 1998).



واعتقاداً منهم بأن المواد الاصطناعية المضافة للطعام، والمواد الكيماوية، والعطور، والرصاص، والألمنيوم، ينصح كثير من الأطباء بضرورة تجنب الطفل التوحدي التعرض إليها. ولعل أفضل نصيحة يمكن تقديمها في هذا السياق هي الحد إلى أقصى درجة ممكنة من المواد الغذائية غير الطبيعية. هذا وتستخدم المراجع العلمية ذات العلاقة بالتوحد مصطلح "الحساسية المخية" للإشارة إلى التأثيرات السلبية للحساسية للغذاء على الدماغ. فهذه الحساسية على ما يعتقد ينجم عنها انتفاخ في أنسجة الدماغ والتهابات مما يؤدي إلى اضطرابات في تعلم الطفل وسلوكه. ومعروف أن أي غذاء قد يؤدي إلى ردود فعل تحسسية، إلا أن المواد الغذائية التي يعتقد أنها ترتبط بالاضطرابات السلوكية أكثر من غيرها هي: السكر، والطحين، والحليب، والبندورة، وبعض الفواكه. والمفتاح للمعالجة الناجحة هو معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية وغالباً ما تكون مواد عدة مسؤولة عن ذلك.

ومنذ مطلع عقد الستينيات من القرن الماضي، أشارت تقارير عدة إلى نجاح الفيتامينات في تحسين أداء الأطفال التوحديين. ويقدم العلاج بالفيتامينات بوصفه أسلوباً يحسن السلوك ويجعل عملية التمثيل الغذائي في جسم الطفل طبيعية. وقد وجدت الدراسات أن فيتامين ب-6 يجعل الموجات الدماغية طبيعية ويسيطر على النشاط الزائد ويحسن السلوك العام. كذلك فهو على ما يعتقد يخفف تأثيرات ردود الفعل التحسسية وذلك من خلال تقوية جهاز المناعة. كذلك فإن لفيتامين ب-6 والمغنيسيوم فوائد أخرى منها: تحسين الكلام، وتحسين أنماط النوم، وتخفيف القابلية للتهيج، وتحسين مستوى الانتباه، وزيادة مستوى الدفاعية للتعلم، وتخفيف مستوى إيذاء الذات والإثارة الذاتية، وتحسين المستوى الصحي العام. والتحسين في سلوك الطفل قد يظهر أحياناً أثناء أيام قليلة، إلا أن الفيتامينات غالباً ما تحتاج إلى (60-90) يوماً لتبدأ تأثيراتها بالظهور. هذا وينبغي على الأسرة إتباع تعليمات الطبيب المعالج فيما يتعلق بالجرعة ومواعيد تناول الطفل للفيتامينات. (الخطيب، 1998)..

مواقع عن التوحد على شبكة الانترنت

Autism Research Institute

(<http://www.autismresearchinstitute.com>)

Autism Network International (<http://ani.autistics.org>)

PACER's Web site (www.pacer.org)

Autism Society of America (<http://autism-society.Org>)

تعليم الأطفال التوحديين:

ينطوي تعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد على تحديات حقيقية. وتنجم هذه التحديات جزئياً عن طبيعة التوحد، حيث ليس هناك استجابات مشتركة يظهرها جميع الأطفال التوحديين، فكل طفل له شخصيته وأنماطه السلوكية الخاصة (Simpson & Myles, 2008) وبالرغم من كل شيء، فالأطفال التوحديون قادرين على التعلم وذلك حق من حقوقهم. وبشكل عام، يحتاج الأطفال الذين لديهم توحد إلى برامج توفر فرصاً مكثفة للتعليم الفردي المناسب، والتفاعل الاجتماعي، والنمو والدعم. وينبغي على البرامج التربوية والعلاجية القائمة على رعاية الأطفال ذوي التوحد أن تراعي المبادئ الأساسية التالية، (Aarons & Gittens, 1992) He- (2007) flin & Alaimo:

- 1- التدخل المبكر أمر حيوي جداً لهؤلاء الأطفال ولذلك يجب البدء بتنفيذ البرامج التدريبية والعلاجية الخاصة للطفل مبكراً جداً.
- 2- إن أكثر الأساليب العلاجية فاعلية في تطوير مهارات وسلوك هؤلاء الأطفال هي الأساليب التي توظف مبادئ تعديل السلوك في بيئة تربوية منظمة تركز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية.
- 3- يجب أن توجه البرامج التربوية والعلاجية نحو تلبية الحاجات الفردية للطفل، وأن يتم تنفيذها بطريقة شمولية ومنظمة بعيداً عن العمل العشوائي.
- 4- يجب الاعتماد على البيانات العلمية لتحديد طبيعة البرامج اللازمة وللحكم على فاعليتها.
- 5- يجب أن تستخدم البرامج نظاماً فردية لحفز الأطفال على التعلم. وتستند هذه النظم عموماً إلى مبدأ التعليم الشهير المعروف باسم مبدأ الأثر والذي ينص على أن السلوك يزداد إذا كانت النتائج المترتبة عليه إيجابية.

6- يجب أن تكون الأوضاع التعليمية منظمة وتخلو من المشتتات وتسمح بممارسة التدريس الفردي والتدريس في مجموعات صغيرة. ويجب استخدام النشاطات نفسها وفقاً لجدول يومي روتيني.

7- الاهتمام بإحداث تغيير طويل المدى في سلوك الطفل وذلك يمكن أن يتحقق من خلال: تقديم البرامج يومياً وعلى مدار العام ومنذ مرحلة الطفولة المبكرة، وتعليم الأطفال في مواقف مختلفة وعلى أيدي أشخاص عدة وباستخدام مواد متنوعة، وتوفير برامج فعالة لتدريب الوالدين لكي يصبح هناك اتساق بين الأساليب المستخدمة في المدرسة والأساليب المستخدمة في المنزل.



أسر الأطفال التوحديين:

إنه لأمر في غاية الأهمية أن تشارك الأسرة بشكل فعال في البرنامج التربوية والتدريبية التي يتم تقديمها للطفل التوحدي. ويجب على المعلمين وغيرهم التعامل مع أولياء الأمر بوصفهم شركاء فيقدموا لهم المعلومات كافة والبرامج التدريبية والإرشادية الضرورية ويعرفونهم بحقوقهم وأدوارهم. فرعاية الطفل التوحدي تتطلب بذل جهود مشتركة ومستمرة من جميع الأطراف ذات العلاقة. ومن الضروري الإشارة هنا إلى التباين الواسع في قدرات أولياء الأمور، وحاجاتهم، وخصائصهم. ويقترح على الأسر التي لديها طفل توحدي ما يلي:

- 1- إيجاد متخصص (طبيب أو متخصص في التربية الخاصة أو في علم السلوك أو غير ذلك) أو فريق من المتخصصين أهل للثقة بمعنى أنهم يعرفون التوحد جيداً ويعرفون البرامج الفعالة ومقدميها في المجتمع المحلي. فلعل طبيب الأسرة أو طبيب الأطفال يستطيع المساعدة وتزويد الأسرة بمعلومات مفيدة. كذلك فإن معاهد أو مراكز التربية الخاصة المحلية تكون على معرفة بالجهات القادرة على تقديم التدريب والدعم للأطفال التوحديين وأسرهم.

2- يشكل التوحد عبئاً نفسياً ثقیلاً على الأسرة كلها ومصدراً لضغوط نفسية شديدة بسبب الأنماط السلوكية التي يظهرها الطفل وبسبب حاجته إلى عناية متواصلة. وينبغي على الأسرة (وخاصة الوالدين) إيجاد الوقت لإعطاء الأطفال الآخرين الاهتمام الذي يستحقونه وللإسترخاء والتمتع بالحياة قدر المستطاع. فعلى سبيل المثال: من المفيد مخالطة الأشخاص السعداء، وزيارة الأماكن أو مشاهدة البرامج أو الأفلام المفضلة، والتخفيف من المنبهات مثل: القهوة والشاي والسجائر، وتخيل الأشياء التي تبعث الراحة في النفس، والمشى، وتعلم وممارسة الاسترخاء العضلي. وبغير ذلك فالتوحد قد يترك تأثيرات سلبية على العلاقات الزوجية وعلى حياة الأسرة بوجه عام.

3- التعرف إلى أسر لديها أطفال توحديون فمثل هذه الأسر قد تكون مصدر دعم كبير وقد تقدم نصائح مفيدة. وفي حال وجود جمعيات للتوحد في المجتمع المحلي، يقترح التعرف عليها وربما الانضمام إليها والمشاركة في أنشطتها. وفي حال عدم توفر مثل هذه الجمعيات، يمكن المبادرة إلى إنشائها.

4- القراءة عن التوحد للتعرف على الحقائق العلمية ذات العلاقة به وتجنب تبني الاعتقادات الخاطئة أو اللجوء إلى أساليب عديمة الفائدة وهي كثيرة رغم أن بعض الكتيبات أو المواقع على الانترنت تقترحها. ولأن المراجع المتوفرة حول التوحد باللغة العربية محدودة جداً، قد لا تجد الأسر العربية مفرأ من الوصول إلى المعلومات التي تقدمها مواقع متخصصة على شبكة الانترنت باللغة الإنجليزية.

5- تعلم الصبر فسلوك الطفل التوحدي لا يتغير بسرعة أو سهولة فالتوحد إعاقة بالغة الصعوبة وتفرض على الأسرة امتلاك قدرة كبيرة على الاحتمال. ومع أن التوحد ليس قابلاً للعلاج فذلك لا يعني فقدان الأمل ولكن دون بناء قصور في الهواء. ومهما بلغت الصعوبات فستتطور استراتيجيات الأسرة في التدبر وستصبح مع الأيام أكثر تفهماً وتقبلاً وفاعلية في التواصل والتعامل مع الطفل التوحدي.

6- إن الرعاية اليومية للطفل التوحدي تنطوي على أوقات عسيرة للوالدين وللأمهات بوجه خاص. وكذلك فإن البحث عن جهة محلية تقدم برامج وخدمات نوعية للأطفال التوحديين ليست أمراً يسيراً. وفي ضوء ذلك، يتحتم على الوالدين أن يعتنيا بنفسيهما وبطفلهما أيضاً وأن يحصلوا على الدعم الذي يحتاجان إليه. وقد يتوفر مثل هذا الدعم من خلال التعرف إلى أسر أخرى لديها أطفال توحديون أو التواصل مع مثل هذه الأسر أو جمعياتهم عبر الانترنت.

7- الحصول على مساعدة للطفل دون تأخير، فالتدخل المبكر ذو فوائد كبيرة. فمعروف أن السنوات الخمس الأولى من العمر بالغة الحساسية والأهمية للنمو الإنساني وينبغي عدم إضاعتها في انتظار حلول سحرية لمشكلة الطفل أو في أشياء لن تترك أي أثر على الطفل (فعلى سبيل المثال: إن البحث عن الأسباب أو عن علاج طبي للتوحد غالباً ما يكون دون طائل لأن الأسباب غير مفهومة ولأنه لا يتوفر علاج طبي للتوحد). فالطفل بحاجة إلى برامج تدريبية مكثفة ومستمرة يقدمها متخصصون مؤهلون يفهمون التوحد جيداً ويصممون برامج لتعديل سلوك الطفل وتحسين مهاراته التطورية.

8- التعرف جيداً إلى الخصائص السلوكية للطفل التوحدي وتعديل أنماط تنشئة الطفل وفقاً لتلك الخصائص. ومن المفيد تحديد المواقف والأشياء التي تزعج الطفل وتسبب اضطراباً في سلوكه لتجنبها. فلعل بعض أو معظم أنماط التربية التقليدية التي يستخدمها أولياء الأمور مع أطفالهم الطبيعيين لن تجدي نفعاً مع الأطفال التوحديين.

9- عدم عزل الطفل أو تجنب تفاعله مع الأطفال الآخرين من عمره. فالأطفال جميعاً يتعلمون من تفاعلاتهم الاجتماعية ويجب إتاحة الفرص للطفل التوحدي للتفاعل مع الأطفال الآخرين رغم أن ذلك قد يكون عصبياً أو محرجاً لأسرة الطفل وأن الأسر الأخرى قد لا تشعر بالارتياح. فالطفل التوحدي قد لا يبادر إلى التفاعل الاجتماعي وأن الأطفال الآخرين قد يرفضونه بسبب سلوكياته وعجزه السلوكي والتواصل، لكن ذلك لا يعني حرمانه من فرص التعلم والنمو كغيره من الأطفال. وتعرف أسرة الطفل مع الأيام إلى أين تذهب بالطفل، ومع أي الأسر تتفاعل، وما إلى ذلك.

10- عدم فقدان الأمل والاستسلام لليأس. ولعل أسرة الطفل التوحدي تفعل خيراً لنفسها ولطفلها إن هي ركزت على الحاضر وحرصت على الحصول على كل الخدمات الممكنة ولم تشغل نفسها في المستقبل أكثر مما ينبغي وأسرع مما ينبغي.