الفصل الرابع

من إعاقات النمو الشامل

متلازمة الإسبرجر

متلازمة اسبرجر Asperger Syndrome

مقدمة :

بالرغم من قصر المدة التي انقضت منذ أن اكتشفت إعاقة التوحد تراكمت عشرات ، بل لا نبالغ إذا قلنا مئات البحوث التي أجريت على حالات التوحد وغيره من الإعاقات التي تضمها مجموعة إعاقات النمو الشائعة pervasive developmental disorders والتي تضم بالإضافة إلى التوحد إعاقات الإسبرجر Asperger والرت Rett واضطرابات الطفولة التحللية childhood disintegrative disorder ثم إعاقة النمو العامة غير المحددة PDD-NOS وتضيف بعض الدوائر المتخصصة إعاقة x الهش fragile x .

وقد تناولت هذه البحوث المجالات كافة ، وأدق التفاصيل عن أعراض وتشخيص والعوامل المسببة لكل إعاقة من هذه الإعاقات الخمسة ، كما تناولت العوامل المسببة المحتملة ، سواء كانت جينية (وراثية) أو عضوية بيولوجية عصبية أو كيميائية ، وتعمقت في دراسة مشكلات وأدوات القياس والتشخيص diagnosis والتصنيف classification والتقييم والتنبؤ بالتطورات المحتملة لمستقبل الحالة pro gnosis وأخيرا وليس آخراً دراسة أساليب وأدوات التدخل العلاجي والتأهيل والوقاية .

وقد كانت لنتائج تلك البحوث التي أجريت من منتصف التسعينيات حتى الآن ، نتائج جذرية على معلوماتنا عن هذه الإعاقات فأضافت الكثير عما كنا نعرفه عنها ، كما غيرت بعض المفاهيم والنظريات والتفسيرات . وما أضافته تلك البحوث من معرفة أساسية تلزمنا في التعامل السليم معها ، سواء من جانب الإخصائيين العاملين مع الأطفال أو الباحثين في الميدان أو الأكاديميين في مواقع الدراسة أو من جانب الآباء وأفراد أسرة الطفل الذي يعانى من إحدى تلك الإعاقات . وهنا نستعرض إعاقة الإسبرجر Asperger S Syndrome ثم ستتبعها بقية اضطرابات النمو الشائعة الأخرى مستعرضين فيها نتائج أحدث البحوث التي أجريت للتعمق في معرفة خصائصها، وما توصلت إليه من نتائج ، كما نستعرض فيها المعايير الخاصة بتشخيصها .

تعريـــف الاسبرجر :

ملازمة الإسبرجر هي إحدى إعاقات مجموعة اضطرابات النمو ذات الأصول التكوينيـــة البنيوية (Constitutional) والخلقية الولادية (congenital) (أي تكون موجودة عند الميلاد) ولكنها لا تنكشف مبكرا ، بل بعد فترة نمو عادى على معظم محاور النمو قـــد تمتد إلى عمر(٤-٦) سنوات ، وتصيب الأطفال ذوى الذكاء العادي أو العالي ، ونـــادراً ما يصاحبها تخلف عقلي بسيط ، وبدون تأخر في النمو اللغوي أو المعرفي.. وتتميـــز بقصور كيفي واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي مع سلوكيات شاذة واهتمامـــات محدودة غير عادية ، وغياب القدرة على التواصل غير اللفظي وعلـــى التعبيـــر عـــن العواطف والانفعالات أو المشاركة الوجدانية .

ومن حيث مدى انتشارها ، فإنه بسبب حداثة اكتشافها وغموض بعض جوانبهـــا مثـــل العوامل المسببة وصعوبات تشخيصها والتشابه الكبير بينهـــا وبـــين بعـــض الإعاقـــات الأخرى من اضطرابات النمو ، لا توجد حتى الآن إحصاءات دقيقة عن مدى انتشارها . لكن التقديرات المبدئية تشير إلى أنها أوسع انتشارا من التوحد وتتراوح بـــين (٣-٤) حالات من بين كل ألف ولادة حية ، كما أنها تنتشر أكثر بين الذكور عنها بـــين الإنـــاث بنسبة ١: ١٠.

خصائص وأعراض الإسبرجر :

كما هو الوضع في إعاقة التوحد ، فإن أعراض إعاقة الإسبرجر متعـــددة ومتنوعـــة، وتختلف من فرد إلى آخر . ومن النادر أن نجد طفلين من أطفال الإسبرجر متشـــابهين تماما .. وقد لاحظنا أن الأعراض التالية كافة يمكن أن توجد في حالات مختلفة ولـــيس في فرد واحد :

- غرابة أو شذوذ في العلاقات الاجتماعية التي غالباً ما تكون فجـــة غليظـــة ســـمجة خرقاء، إذا قورنت بعلاقات الأطفال العاديين .
- السذاجة وسلامة النية .
- نمو لغوي وحصيلة لفظية قريبة من العادية ولكن مع صعوبات في استخدامها .
- شخصية مرحة - حيوية - لماحة - طموحة .
- عادة ما يكون الفرد المصاب غير مدرك أو متفهم لمشاعر الآخرين .

- العجز عن البدء والاستمرار في حديث متبادل بشكل طبيعي متصف بالأخذ والعطاء مع الآخرين .
- سريع الانزعاج بسبب أي تغيير في الحياة أو للأعمال الروتينية أو التقلب أو التحول أو الانفعال بتغيير المكان أو برامج النشاط اليومي .
- منطلق في حديثه ولكنه حرفي يتمسك بالمعنى اللفظي الحرفي المباشر للكلمة أو الجملة في حديثه مع الآخرين أو في تفهمه لكلامهم أو لما يقرأ .
- فائق الحساسية للأصوات العالية والضوء القوى والروائح النفاذة .
- غالباً ما تدور اهتماماته أو أحاديثه على موضوعات محدودة ، ويهتم بالعلوم والحساب.
- شذوذ في حركاته وتحركاته وفى مزاولة الأنشطة الرياضية .
- يتمتع بذاكرة قوية لأدق التفاصيل ، ولكن مع غياب المرونة في التفكير .
- يعانى من صعوبات في النوم وفي تناول الطعام .
- يجد صعوبات في فهم واستيعاب ما يقرا أو يسمع .
- يستخدم تعابير وجه أو تواصل غير لفظي فج أو غير مناسب أو غير مستساغ .
- يستخدم في حديثه أنماطاً لفظية غيرعادية تتميز بالتكرار الممل أو تعليقات عنيفة أو غير مناسبة للموقف أو أحيانا جارحة .
- في كلامه مط أو تطويل في نطق الألفاظ مع لهجة متكلفة رسمية .
- يتحدث عادة بصوت مرتفع مطرد النغم أو النسق (Monotonous) على وتيرة واحدة.
- 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 .
- ندرة أو غياب القدرة على تفهم الآخرين أو وضع ذاته مكانهم .
- نتيجة لكل أو بعض تلك السمات يصعب عليه أو يستحيل تكوين صداقات ، أو إذا تكونت فلفترة قصيرة ، ثم تنقطع ؛ ولذا يعانى كثيرا أو دائما من الوحدة والعزلة .

- كثيرا ما يستغرق حتى أذنيه في خليط من الموضوعات المحددة تدور في إطار ضيق لا يحاول تجاوزه (مثل الطقس – قنوات التليفزيون– جداول قطارات السكة الحديد أو الطائرات – خرائط جغرافية ... إلخ) .
- المعاناة من صعوبات في الإدراك اللمسي والتآزر النفسحركى والإدراك المكاني والتخيل الفراغي أو التفكير المجرد .

تلك وغيرها بعض ما أمكن تسجيله من الخصائص السلوكية والسمات الشخصية لمن يعانون من إعاقة الإسبرجر ، مكررين ما أشرنا إليه قبلا ، وهي أنها لا تظهر جميعها في فرد واحد وتختلف الأعراض كثيرا من فرد إلى آخر.

هذا ونظرا إلى تشابه أعراض الإسبرجر مع الكثير من أعراض التوحد ، نود أن نوجه نظر القارئ ، في دراستنا الخصائص وأعراض الإسبرجر ، إلى التشخيص الفارق بينه وبين إعاقة التوحد فيما يأتي بعد (صفحة ٧٧) فإن هذا النوع من التشخيص يعتبر أقرب طريق إلى دراسة أهم أعراض الإسبرجر.

اكتشاف متلازمة الإسبرجر :

من المصادفات العجيبة التي من النادر حدوثها ، أنه في ذات الفترة الزمنية التي اكتشف فيها العالم الأمريكي كانر ظاهرة التوحد عام ١٩٤٣ في أحد عشر طفلا من الأطفال الذين كان يتعامل معهم في الولايات المتحدة، كان العالم النمساوي **Hans Asperger** الذي كانت صلته بالعالم الأمريكي صديقه كانر قد انقطعت بسبب الحرب العالمية الثانية بعد تخرجهما من الجامعة في ألمانيا، بل كان يفصله عن كانر المحيط الهادي وآلاف الأميال ، قد اكتشف في ضاحية من ضواحي فيينا عام ١٩٤٤ حالات لا تختلف كثيرا عن حالات كانر . لم يسبق أن عرفت في تاريخ طب الطفولة أو علم النفس أو الطب النفسي عندما اكتشف كل من كانر وإسبرجر حالاتهما اللتين كانتا يجمع بينهما الكثير من نواحي التشابه من جهة ، وبعض الاختلافات من جهة أخرى (سنتعرض لها فيما بعد) .

وبالرغم من أن ما كتبه كانر عن حالات التوحد **autism** التي اكتشفها عام ١٩٤٣ قد تعدد وتكرر نشره في معظم الدوريات العلمية ، وعقدت لمناقشتها الندوات والمؤتمرات في الدوائر العلمية والجامعات الأمريكية ، فإن بحوث (إسبرجر) وأخبار حالاته ظلت

باللغة النمسوية حبيسة مكتبه في فيينا وبعض الدوائر العلمية الضيقة المحيطة به و لم تصل أخبارها حتى إلى خارج النمسا في دول أوروبا ، وبالتالي لم يسمع عنها في الولايات المتحدة أو في غيرها لأسباب عدة، أهمها أن أبحاث إسبرجر تمت في أوائل الأربعينيات ، عندما كانت النمسا كغيرها من دول القارة الأوربية بأكملها غارقة في نيران الحرب العالمية الثانية ، وكانت النمسا ذاتها محتلة بواسطة الألمان ، وكانت مع دول أوروبا معزولة تماما ، ولا يوجد أي اتصال بينها وبين أمريكا .. ومن جهة أخرى، كانت تقاريرها مكتوبة باللغة النمساوية التي لم تكن بطبيعة الحال منتشرة كاللغة الإنجليزية التي نشرت بها أبحاث كانر عن التوحد ، ولهذه الأسباب لم تنتشر أخبارها ولا حتى في الدوائر العلمية لسنوات طويلة إلى أن التقى (إسبرجر) نفسه بإحدى طبيبات الأطفال الإنجليز "Lorna Wing " (والتي تعانى ابنتها من حالة التوحد) عام (١٩٨١) في أحد اللقاءات العلمية في فيينا، وقامت بتلخيص بحثه بالإنجليزية ضمن سلسلة من دراسة الحالات كانت تقوم بإصدار تقارير دورية عنها .

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

ومن هنا جاء انتشار 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 "international classification of diseass" في إصداره العاشر (ICD -10) وقد تم ذلك على أساس دراسات تناولت ما يقرب من ألف حالة من حالات الأطفال والمراهقين الذين ظهرت عليهم الأعراض المشتركة للإسبرجر (كما سنوردها فيما بعد) مما برر اعتباره إعاقة مستقلة ، بالإضافة إلى التوحد تحت مظلة اضطرابات النمو الشائعة ؛ ومن هنا جاء انتشار أعمال إسبرجر ومفهوم إعاقته في العالم أجمع .

وكانت الحالات التي تشخص الآن على أنها إعاقة (إسبرجر) يطلق عليها أسماء مختلفة، منها ما كان يعتبره نوعا من أنواع التوحد بسبب التشابه الكبير بين أعراض الإعاقتين فسميت أحيانا باسم "توحد الكبار" (Adult Autism) حيث إن أعراضه لا تظهر مبكرا كما يحدث في حالة التوحد ، ولكنها تبدأ في الظهور في سن متأخرة ، وكان يطلق عليه

البعض مصطلح التوحد ذي الأداء الوظيفي العـالي autism high functioning" أو إعاقة التوحد الخفيف "mild autism ؛ لبساطة أعراضه و سرعة استجابته لبـرامج التدخل العلاجي والتأهيل ... وذلك لأن إعاقة الإسبرجر لا تصيب المتخلفين عقليا مثل حالات التوحد ؛ حيث يعانى أكثر من ٧٠% حالات التوحد من تخلف عقلي متوسـط أو شديد يعرقل برامج التأهيل والتدريب .

وفى مرحلة أخرى خلال السبعينيات والثمانينيات كان يطلق على حالات إعاقة الإسبرجر مصطلح (الشخصية الفصامية) " schizoid or schizotypal personality.

وكان يستتبع هذا التقلب في تعريف تلك الحالات بطبيعة الحال ، قصور في تشخيصها ، وبالتالي في إمكانات وبرامج ووسائل التدخل العلاجي والتأهيل ، سواء على المستويات الطبية والتربوية والاجتماعية ، بل في توجيه آباء وأمهات وأسر الأطفال المصـابين ، إلىأساليب التعامل معهم وتنشئتهم.

ومع تعدد البحوث التي تتناول إعاقات النمو الشاملة المختلفة ، لازال هناك الكثير مـن الغموض الذي يحيط ببعض جوانب الإسبرجر؛ فلسنا نعـرف حتـى الآن بدقـة درجـة انتشاره ولا نسبة الإصابة بين الإناث والذكور ولا العوامل المسببة : هل هي جينيـة أو بيئية ؟ أو كلاهما .. ومع أن إعاقة الإسبرجر يمكن أن تعتبر إعاقة مميزة ، وليست بأية حال نوعا من أنواع إعاقة التوحد بناء على ما أكده الدليل الدولي لتشخيص الإعاقـات والأمراض النفسية في الطبعة الأخيرة المعدلة (d.s.m.4) فإنه لازالت هناك قلة من بين دوائر المختصين في هذا المجال ، تجادل حول ماهية إعاقة الإسبرجر: هل هـو نـوع مستقل من أنواع الإعاقة، أو أنه نوع أو فئة أو صورة أخرى من صور إعاقة التوحـد "الأوتيزم" ؟.

كما يعتبر البعض – من جهة أخرى – أنه طالما لا توجد حتـى الآن وسـائل أو أدوات معملية أو فحوصات عضوية للكشف عن التوحد أو الإسبرجر، فإنه من المتعذر الحكـم على الحالة بأنها توحد أو إسبرجر ، أو أنهما إعاقة واحدة بصورتين أو درجتـي شـدة مختلفتين ، بالنسبة إلى هذا الفريق من المختصين الذين يرفضون فكرة أن الإسـبرجر هو مجرد نوع من أنواع التوحد ، فإنهم يعتمدون ويبررون إيمانهم بأن الإسبرجر إعاقة محدودة بذاتها، وليست نوعا من التوحد بأن المرجـع الـدولي الإحصـائي للإعاقـات والأمراض النفسية (D.S.M.4) يؤكد تلك الحقيقة ، ويعتبـرون أن التحديـد الـدقيق

للفروق الفاصلة بين الإعاقتين يمهد الطريق إلى تحديد أدق لأساليب التدخل العلاجي ورسم برامج التأهيل الناجح للرعاية والتدريب والتعليم. ويؤكد البعض أن هذه الفروق بين الإعاقتين أكثر وضوحاً في المراحل الأولى لظهور واكتشاف الإعاقة والأعراض الفارقة بين كل من التوحد والإسبرجر.

وعلى العموم ، فإننا نعتقد أنه مادام العلم عاجزا عن التحديد الدقيق للعوامل المسببة لكل من التوحد والإسبرجر ، فسيظل الخلاف قائما حول ماهية كل منهما وكيفية التشخيص الدقيق لكل من الإعاقتين والتفرقة والتعريف الصريح الذي لا يسمح بالخلط بينهما ، وتحديد ما إذا كان كل منهما نوعا مستقلاً ، أو أنهما صورتان لإعاقة واحدة .

التشخيص الفارقي بين الإسبرجر والتوحد :

يقصد بالتشخيص الفارقي – هنا – أنه أحد عناصر تشخيص الإسبرجر التي تحدد الفرق بينه وبين التوحد (أو بينه وبين إعاقات أخرى) .

وقد ورد اسم الإعاقتين كما ذكرنا في الدليل الإحصائي "D.S.N.4" تحت مسمى إعاقات النمو الشاملة perivasire developmental disorders ويعنى ذلك بطبيعة الحال بأن بين الإعاقتين جوانب تشابه ، كما أن بينهما اختلافات تميز كلاً منهما عن الآخر . وتدور أوجه التشابه حول نواحي القصور في القدرة على التفاعل الاجتماعي والاتصال أو التواصل وفي محدودية الاهتمامات وأوجه النشاط ، أما الاختلافات بينهما فإنها تتعلق بما يلي :

١- درجة القصور أو الإعاقة .. فبينما طفل التوحد يعانى من تأخر أو توقف تام في نموه اللغوي وفي القدرة على التخاطب والاتصال ، فإن طفل الإسبرجر لا يبدى مثل هذه الأعراض ؛ حيث لا يحدث تأخر أو توقف في نمو هذه القدرات. ولو أنه قد يعانى من صعوبة في تفهم كلام الآخرين ، وخاصة بالنسبة إلى ما قد يحتويه الحديث من تورية أو تشبيهات غير مباشرة أو نكات هادفة أو معان مجردة أو إدراك العلاقات (بين السبب والنتيجة) أو الجزء بالكل – والقدرة على التعميم وإدراك التشابه والاختلاف والتحليل والتأليف والمفاهيم التي ليس لها مرجع محسوس (مثل الديمقراطية والضمير والشرف) .

٢- أما الاختلاف الثاني في حالات الإسبرجر فإنه يتمثل في القدرات المعرفية . فبينما نجد حالات توحد تجمع بينه وبين التخلف العقلي ، نجد أن من النادر أن نشاهد قصوراً في النمو المعرفي ملحوظاً في حالات الإسبرجر التي تكون معدلات الذكاء بها عادية أو ربما عالية ؛ بما يسمح بالنمو المعرفي لدرجة مناسبة له ، ولإمكانات البيئة الثقافية التي يعيش فيها طفل الإسبرجر.

٣- بينما نجد أن أكثر من ٧٠% من حالات التوحد تعانى من تخلف عقلي ؛ مما يزيد من صعوبة وشدة هذه الإعاقة ، ويقلل من اجتماعات نجاح برامج التدخل العلاجي والتأهيل . نلاحظ في حالات الإسبرجر ندرة في حالات التخلف العقلي؛ مما يخفف من شدة الأعراض ، ويزيد من احتمالات نجاح برامج التدخل العلاجي والتأهيل .

٤- طفل الإسبرجر لا يتجنب الآخرين من الأقران أو الكبار ، كما يفعل طفل التوحد ، بل يقبل على التعامل معهم بنشاط - ولو أنه بأنشطة ضيقة الحدود- تدور غالبا حول اهتماماته وحاجاته الشخصية التي قد تبدو غريبة ، وعادة غير مألوفة للطفل العادي .. والواقع أن لكل طفل من أطفال أو شباب الإسبرجر ميولاً زائدة نحو مجال أو نشاط أو هواية أو فن أو رياضة معينة (كرة القدم - الطيران - الفلك - الموسيقى - الهنود الحمر - صيد الأسماك - المسرح - العلوم - الرياضيات ... إلخ) يكثر ولا يمل من الحديث عنها .. وغالبا ما يؤدى 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 .

٥- وقد يتساءل بعض المهتمين من الدارسين أو الآباء عما إذا كان الإسبرجر هو ذاته أو أنه متشابه أو صورة أخرى من صور التوحد العالي وظيفيا ؟ high functioni9ng autism. والإجابة عن هذا التساؤل هي بالنفي ، برغم وجود بعض التشابه بينهما الآن في حالات الإسبرجر، ويكون معدل الذكاء اللفظي متساوياً أو متقارباً من معدل الذكاء غير اللفظي ، والفرق بينهما - في الغالب - كبير .

٦- إذا قارنا إعاقة الإسبرجر بإعاقة التوحد ، فإننا نستطيع اعتبار حالات الأول من حيث الشدة أخف بدرجة كبيرة من الثاني ، وذلك بالنسبة إلى الأعراض المشتركة المتشابهة في الحالتين (مثل القصور الشديد في التفاعل الاجتماعي والتواصل غير اللفظي والتقاء العيون وتفهم العواطف والانفعالات والتعبير عنها والمشاركة الوجدانية وغيرها) إلى درجة جعلت بعض العاملين في المجال يعتبرون - كما ذكرنا قبلا - أن الإسبرجر هو نوع من التوحد الخفيف - هذا بالإضافة إلى أن بعض الدوائر العلمية تعتبر حالات الإسبرجر الخفيفة سمة من سمات الشخصية "personality style " .

ويرى أحد المؤمنين بهذا المفهوم {S.G uillbert} أننا نستطيع رسم خط مستقيم بين نقطتين أ، ب ، أحد أطرافه "أ" إعاقة الإسبرجر ، والطرف الآخر"ب" سمة الشخصية الإسبرجرية بما يكون متغيراً مستمراً متواصلاً continuum ثم نفحص بدقة حالات عدد كبير من أطفال مصابين ، أو يشك في إصابتهم بإعاقة الإسبرجر ، فإننا نجد أي فرد منهم يمكن أن يقع على نقطة معينة من هذا المنحنى عند أول أو عند أية نقطة بينهما .

وبهذه المناسبة وجدت العالمة كلين {Ami Klin 1994} في بحث مسحي أجرته على أسر مجموعة من أطفال التوحد والإسبرجر أن نسبة تتعدى ٤,٥% من إخوة ، بل من آباء الأطفال الذين يعانون من حالات التوحد والإسبرجر يعانون (أي الإخوة والآباء) من درجات بسيطة من بعض أعراض "الإسبرجر" بما يمكن أن يطلق عليهم حالات الشخصية الإسبرجية ، مما يشير إلى نتيجتين : أولهما أن الإسبرجر حالة حقيقية إذا قورنت بالتوحد، وثانيهما أن العامل الجيني غالباً ما يلعب دوراً كعامل مسبب في وراثة التوحد أو الإسبرجر أو غيرها من اضطرابات النمو .

٧- بالرغم من أن أطفال كل من إعاقة التوحد والإسبرجر يولدون حاملين العامل المسبب لإعاقتهم (والذي قد يكون عاملاً جينياً أو وراثياً أو ربما عضوياً عصبياً حدث في فترة الحمل ، فإن توقيت بدء ظهور الأعراض يختلف بين الإعاقتين؛ فبينما يمكن الكشف عن ظهور أعراض التوحد بعد الولادة بقليل أو قبل عمر سنتين ، غالبا ما تظهر متأخرة عند عمر ٤-٦ سنوات ، أو أحيانا بعد ذلك ، بل فى حالات أخرى قد لا تظهر حتى يدخل الطفل مرحلة

المراهقة... هذا الفرق وفى توقيت ظهور الأعراض من الإعاقتين من أهم عناصر التشخيص الفارقى.

٨- مع أن طفل الإسبرجر يعانى من العزلة الاجتماعية والوحدة مثل طفل التوحد، إلا أن الفرق بين الحالتين هو أن طفل التوحد غير واع لوجود الآخرين حوله ، ولا يبدي أي إحساس أو اهتمام بوجودهم ولا يحاول التواصل معهم .. بينما طفل الإسبرجر يدرك جيدا وجود الآخرين حوله ، ويشعر بهم ويبذل محاولات مستميتة للحديث معهم ، ولكن قصور قدراته في التفاعل الاجتماعي وغلظة وفجاجة أسلوبه في المبادأة وتركيزه على اهتماماته وحاجاته الخاصة واستمراره في الحديث عن موضوعات لا تحظى باهتمام الآخرين أو متابعتهم، وبرغم انصرافهم عنه ، فإنه يستمر في الحديث ؛ مما يؤدى إلى شعورهم بالملل والتبرم من أسلوبه على نحو لا يتيح الفرصة لتكوين واستمرار علاقاته الاجتماعية معهم .

تشخيص حالات الإسبرجر في ضوء معايير الدليل الإحصائي (D.S.M-4)

فيما يلي نص تلك المعايير التي وضعتها الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين بهذا الدليل عام ١٩٩٤_ American Association of psychiatrists (1994)

أولاً : عدم ظهور أي قصور أو تأخير في النمو اللغوي أو المعرفي ، وأن يكون الطفل قد بدأ يستخدم كلمات مفردة للتعبير قبل أن يصل إلى عمر سنتين . ويستطيع تكوين جمل من كلمتين أو أكثر قبل الوصول إلى عمر ٣ سنوات على الأكثر . وفى خلال تلك السنوات الثلاث الأولى ، يجب أن تكون مهارات رعاية الذات وحبه الاستطلاع لظواهر وأحداث البيئة المحيطة ومتطلبات النمو وفق قواعد السلوك التوافقي لهذه المهارات قد تم اكتسابها بما يتناسب مع مراحل نموه ومعدل نمو ذكائه على مدى تلك السنوات الثلاث . إلا أن نموه الحركي قد يعانى من تأخر أو سلوك فظ أخرق clumsiness كثيرا ما لوحظ في أطفال الإسبرجر؛ إلا أنه شيء عادى ، وليس من شروط التشخيص.

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

١- الفشل أو العجز عن التواصل غير اللفظي عن طريق التعبير بالعين (تبادل النظرات) أو بتعابير الوجه أو بأوضاع أو بحركات الجسم أوبالأيدي أو بالأصابع أو بالرأس .. إلخ .

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

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

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.

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 آخر - غياب القدرة على تحقيق تكامل سلوكيات التواصل الاجتماعية والانفعالية .

ثالثا: الاندماج في سلوكيات وأنشطة محدودة نمطية أو طقوس تتكرر لفترات طويلة دون ملل ، مع عدم الاهتمام بما يدور حوله أثناءها ، أو الاهتمام بأشياء تافهة، والتعامل معها بشكل غير هادف (مثل فحص أجزاء زهرة أو جهاز أو حلقة مفاتيح أو جزء يدور مثل ريش المروحة أو الغسالة أو غيرها أو في شكل التصاق بعادات حركية فيها تكلف أو غرابة .

هذا ونظرا إلى اكتشاف وتشخيص إعاقة الإسبرجر ، فإن هناك من البالغين في عمر ٢٠ أو حتى ٤٠ سنة ، مرت سنوات عمرهم ولم تشخص حالاتهم على أنها إسبرجر إلا حديثا.

التدخل العلاجي :

حتى الآن وكما الوضع في حالة التوحد ، طالما لم نصل بعد إلى تحديد العوامل المسببة للإسبرجر ، لا يمكن الادعاء بأن هناك علاجاً طبياً له ، والتدخل التعليمي الفردي هو المسار المعتمد حالياً لتأهيل طفل الإسبرجر ، والذي يعتمد على إجراء تقييم شامل لخصائص ومستوى قدرات ومهارات الطفل عن طريق الملاحظة الموضوعية ويطبق بعض أدوات القياس مثل PEP-R الذي يمكننا من تحديد استراتيجية 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 غير المرغوبة ، وتوفير برامج العلاج الطبيعي والنفسحركي وتدريبات التكامل الحسي وغيرها مما سبق عرضه بالتفصيل في الفصل الثالث صفحة (٨٤).

وفيما يلي نورد باختصار الإرشادات أو ما يمكن أن نسميها الوصايا العشرين للمدرسين والآباء في تعاملهم مع طفل الإسبرجر :

- المصاب الذي يعاني من إعاقة التوحد هو طفل قبل أن يكون معاقاً ، له حقوق الطفل السوي واحتياجاته مثله يحتاج إلى رعاية وإشباع .
- تقبله وعامله برقة ودعه يشعر بحبك وحنانك واهتمامك ، ولكن دون تدليل ومع استخدام الحسم في تنفيذ تعليماتك .
- يؤكد العالم سبرجر مكتشف تلك الإعاقة أنهم يتعلمون أفضل بواسطة المدرس الذي يتقبلهم ويحبهم ويغمرهم بحنانه ورقته معهم ، ويتمتع بروح الفكاهة .
- التزم في مخاطبتك معه باستخدام لغة سهلة مبسطة مدعومة بالإشارات والتواصل غير اللفظي ولغة العيون وتعابير الوجه واليد .. إلخ .
- التزم أيضاً بالبساطة في توجيه تعليماتك دون تكليفه بعدة أعمال متتالية دفعة واحدة مع الاستعانة بالصور والمجسمات أو الوسائل التعليمية ، وتأكد أن ما تكلفه به من أعمال في حدود قدراته ومهاراته حتى تجنبه المعاناة من مشاعر الفشل والدونية ، وتأكد أنه تفهم ويستوعب تعليماتك .

- كن حاسماً في اصرارك على أن يبادلك النظر (التقاء العيون) طوال حديثك معه أو حديثه معك وشجعه بالمديح إذا فعل ، وعاقبه بعدم إجابة طلباته إذا تجنب النظر لعينيك .
- 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 واستخدم العقاب المعنوي كلما اقتضى الأمر مع شرح لماذا عاقبته .
- مع الأطفال الصغار الذين لم يتعلموا الانصات لتعليماتك ، استعمل الغناء البسيط مع الصور والبيان التوضيحي العملي في تواصلك مع الطفل .
- اعط الطفل الفرصة دائماً للاختيار بين بديلين أو أكثر بدلاً من أن تفرض عليه بديلاً واحداً .
- اعط الطفل من آن لآخر فرصة للعب الحر والترفيه المناسب بأنشطة بناءة يحبها ويفضلها .
- أخبر الطفل مسبقاً بأي تغيير في الروتين اليومي وامتنع عن أي تغيير فجائي .
- 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 .
- 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 .
- درب الطفل – عندما يشترك في نشاط أو لعب جماعي – أن يلعب دوره بالتناوب مع الأطفال الأخرين (Turn Taking) وأن ينتظر في هدوء دوره .
- خلال الأنشطة الجماعية لأطفالك يتوفر لك فرصة ثمينة ، 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 اعطائي كتاب الأزهار – تفضل هذا دورك في الغناء" .. إلخ.

- تعلم كيف تتصرف مع المشاكل السلوكية من عدوان أو انطواء أو خجل أو سرقة سواء عن طريق العقاب والإهمال أو التجاهل أو الحرمان من طعام أو مشاركة الآخرين .
- بعض أطفال الإسبرجر لديهم مواهب عالية في الرسم أو التعامل مع الكمبيوتر ، شجعهم على تطويرها .
- 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 استمارة اهتمامه .
- حاول معالجة السلوكيات الشاذة لطفلك بالكشف عن أسباب تلك السلوكيات ومعالجتها بما يناسبها من أنشطة .
- 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 .

المراجـــع

1- Ami Klim, {1995} Yale child study center : Asperger syndrome, guide- lines for assessment ,Diagnosis and intervention .

2- American psychiatric association {1994}. diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-iv (4^{th} ed} .Washington. DC:A author.

3- Bishop·V·M·.{1989}. Autism. Asperger s syndrome and semantic - pragmatic disorder: Where're the boundaries ? British journal of disorders of communications, 24, 107-121.

4- Denckla ,M.B.{1993}. the Neuropsychological or social-emotional learning Disabilities. archives of neurology, 40,461-262 .

5-.Firth, u. {end.} {1991}. Autism and Asperger syndrome. Cambridge, uk:cambridge university press .

6- Kanner, l. {1943} autistic disturbances of affective contact. nervous child,2. 217-253 .

7- Kiln's.{1994}.Asperger syndrome. child and adolescent psychiatry clinic of north America, 3,131-148 .

8- Mcdougle, c.j.,price, l.h., and volkmar,f.r.{1994} recent advances in the phamactherapy of autism and related condition . child and adolescent psychiatry clinic of North America, 3,71-90.

9- Mesibov,g.b.(1992}. treatment issuses with high-functioning adolescents and adults with autism. in e. Schopler & G·B·. Mesybor {eds.} high- functioning individuals with autism {pp.143- 156}. New York: Plenum Press.

10- Rourke, b. {1989}. Nonverbal learning Disabilities: the syndrome and the model . New York, Guilford Press.

11- Van BurgundiesME., & woods. A.V.{1992} Vocational possibilities for High-functioning adults with autism. in e. Schopler, & G·B Mesibov {eds.}, High- functioning individuals with autism {pp.227-242}. new York : Plenum Press .

12- Viler, K·S·{1986}.Righ-hemisphere deficit syndrome in children. American journal of psychiatry, 143,1004-1009.

13- Volkmar,F.R., Klin, a., Siegel, b., Szatmari, P.,Lord, c., Cicchetti, DV.,& Ratter ,M.DSM-IV Autism/ Pervasive Developmental Disorders; Field Trial American Journal of Pyschiatry, 151,1361-1367.

14- Wing, L. {1981}. Asperger s Syndrome: A clinical accounts. Psychological Medicine , 11, 115-130 .

1- Medicine no 127. L0ndon: Mckeith Press 1993. Eds Hberg B. Wahlstrom J. and Anvret M.

2- Momura N,Segawa M.Hasegawa M. Rett Syndrome Clinical Studies and Pathophysiological Consideration. Brain & Dev 1984 :6: 475-86

3- Kerr AM. Stephenson JBP. Rett Syndrome in the West of Scotland Br. ModJ 1985 , 291 : 579-82 carly predictive

4- Witt Engerstrom Rett Syndrome : Apilot study on potential symptomatology. Brain & Development 1987:9 : 481- 486 .

5- 5-Kerr A, Stephenson JBP. Astudy of the natural history of rett s Syndrome in 23 girls. Am J Med Genet 1986; 24; 77-83.

6- 6- Kerr AM Montaguej, Stephenson JBP. The hands and the mind, pre- and post - regression in Rett Syndrome Brain Dev 1987:9:487-90.

7- Witt Engerstrom I. Rett Syndrome in Sweden . Actaq Ped Scand 1991 :S 369.

8- Menti Defie Res 1987: 31:93 subjects with Rett Syndrome . J Neurosurg Psychiatry 1990;53:874-9.