

هذا هو التوحد

العنوان الأصلي: Det här är autism

الكاتب: Eric Zander

ترجمة: Semantix

إن التوحد إعاقة. فالأشخاص الذين يُعانون من التوحد يكون لديهم صعوبات في التواصل والتفاعل مع الآخرين، ويكون لديهم أنماط محدودة ومتكررة من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة.

وغالباً ما يأتي التوحد جنباً إلى جنب مع إعاقات أو أمراض أخرى، على سبيل المثال اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط (ADHD)، والاضطراب اللغوي، والتخلف العقلي، والصرع. وتجدر الإشارة إلى أن أغلب الأشخاص الذين يعانون من التوحد يكون لديهم مستوى ذكاء متوسط، إلا أنه من الممكن أن يكون بينهم أيضاً من هم شديدي الذكاء ومن يُعانون من تخلف عقلي حاد. وهناك عدد قليل من الأشخاص المصابين بالتوحد لا يقومون بتطوير اللغة المنطوقة على الإطلاق أو يطورونها بشكل محدود للغاية، في حين تكون المهارات اللغوية لدى آخرين منهم متوافقة مع ما هو متوقع لفتنهم العمرية أو تكون أكثر تقدماً.

التوحد في التشخيصات المختلفة

هناك دليلان تشخيصيان دوليان تم فيهما وصف تشخيصات الطيف التوحدي. أحدهما الدليل الأمريكي DSM-5، والآخر هو دليل منظمة الصحة العالمية ICD-10.

وفي الدليل DSM-5، استبدل المصطلح autism spectrum disorder (ASD) (اضطراب التوحد الطيفي) التشخيصات السابقة والمنفصلة من الدليل DSM-IV-TR: متلازمة التوحد، ومتلازمة أسبرجر واضطراب المهارات العامة غير المحددة. وفي النسخة السويدية من الدليل DSM-5، Mini-D-5، فقد تم ترجمة مصطلح autism spectrum disorder (اضطراب الطيف التوحدي) إلى التوحد. وبدلاً من استخدام مصطلح "التوحد" فإنه من الشائع استخدام الاختصار الإنجليزي ASD أيضاً في اللغة السويدية.

وعندما يتم تشخيص التوحد في السويد، فإنه غالباً ما تستخدم معايير الدليل DSM-5. ولكن عندما يتم كتابة التشخيص في السجل الطبي للشخص فإنه يتم ترميزه وفقاً لـ ICD. وفي النسخة الحالية، ICD-10، فإن الاسم التشخيصي "التوحد" موجود في مرحلة الطفولة، وكذلك متلازمة أسبرجر، والتوحد غير النمطي. ووفقاً للأعمال التحضيرية في النسخة الجديدة، ICD-11، فسوف يتم إدماج التشخيصات السابقة المنفصلة، كما هو الحال في DSM-5، لتصبح جميعها تحت اسم تشخيصي واحد: autism spectrum disorder (اضطراب الطيف التوحدي). ومن المتوقع أن يتم الانتهاء من ICD-11 خلال عام 2018.

كيف يظهر التوحد؟

إن التوحد إعاقة مرتبطة بالتطور. وهذا يعني أن العمر والمستوى اللغوي والذكاء، إلى جانب أشياء أخرى، هي أمور تؤثر على كيفية ظهور أعراض التوحد لدى مختلف الأفراد. وتكون الأعراض أكثر وضوحاً خلال النشأة، ولكن مع التدريب والدعم يُمكن التعويض عن الصعوبات التي قد يواجهها الشخص في بعض السياقات.

وفي حالة الإصابة بمرض التوحد، فإن الأعراض التالية تكون موجودة، وفقاً للدليل DSM-5:

- قصور دائمة في القدرة على التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي
- أنماط محدودة ومتكررة في السلوك والاهتمامات والأنشطة.

التفاعل الاجتماعي

تظهر الصعوبات في التفاعل الاجتماعي والتواصل الاجتماعي، أو ظهرت مسبقاً، في المجالات التالية:

التبادل الاجتماعي. إن التبادل الاجتماعي يعني القدرة على التفاعل مع الآخرين وأن يتم مشاركة الأفكار والمشاعر. ويظهر ذلك بالفعل لدى الأطفال الصغار الذين يعانون من التوحد من خلال أخذ الطفل لمبادرات قليلة للتفاعل أو لا يقوم بأخذ مبادرات على الإطلاق، ولا يقوم بمشاركة المشاعر مع الآخرين يقوم بتقليد سلوكيات الآخرين بشكل أقل، أو لا يقوم بتقليدها على الإطلاق. والأطفال الذين يتكلمون يستخدمون اللغة بشكل أكثر انفرادية وأقل تبادلية، على سبيل المثال يُسمى الأشياء ويطلبها بدلاً من التفاعل ومشاركة المشاعر والخبرات مع الآخرين. وبالنسبة للبالغين الذين طوروا مهارات التحدث لديهم فإنهم يعانون من صعوبة في معرفة كيف وأين يُمكن للشخص بدء محادثة، وما هو مناسب وما هو غير مناسب لقوله في المناسبات المختلفة. يتعلم بعض البالغين تعويض صعوباتهم عن طريق التفكير المتعمد واستخدام استراتيجيات تعلموها في المواقف الاجتماعية، وهو الأمر الذي يقوم به الغالبية العظمى من الأشخاص بشكل تلقائي بمساعدة حدسهم الاجتماعي. وهذا يتطلب الكثير من الطاقة العقلية، ويُمكن أن يسبب القلق.

التواصل غير اللفظي. قد يظهر ذلك الأطفال الصغار من خلال عدم قيام الطفل بالتواصل عن طريق العينين، أو أن لا يقوم/تقوم بالإشارة إلى الأشياء، أو يظهر أو يشير إلى أشياء لمشاركة الاهتمام. وقد يظهر ذلك أيضاً من خلال عدم متابعة الطفل لإشارات الآخرين. غالباً ما تكون الإيماءات قليلة جداً ويتم استخدامها بشكل محدود تلقائياً في التواصل، أو لا يتم استخدامها على الإطلاق. ولدى البالغين الذين تطورت اللغة لديهم بشكل جيد، فقد يتعلق الأمر لاحقاً بالمغايير غير الملحوظة في كيفية استخدام وتنسيق الاتصال بالعينين والإيماءات وغيرها من التواصل غير اللفظي مع الكلام.

الإنشاء والحفاظ وفهم العلاقات بالآخرين. إن الاهتمام الاجتماعي قد يكون محدوداً إلا أنه قد يكون أيضاً مختلفاً أو غير موجود على الإطلاق. قد يكون هذا واضح بشكل خاص لدى الأطفال الصغار، وهو يتمثل على سبيل المثال في عدم لعب الطفل لألعاب التظاهر المرنة مع آخرين أو أنها تحدث بدرجة محدودة أقل مما كان متوقفاً. وبالنسبة للأطفال الأكبر قليلاً، قد يقوم الأطفال باللعب مع الآخرين، ولكن ذلك فقط إذا قام الآخرون باتباع قواعد محددة للغاية لكيفية اللعب. ويُكافح اليافعون والبالغون كثيراً في فهم كيفية قيامهم بالتصرف مع الآخرين في المواقف المختلفة. ولعلمهم يفضلون القيام بأنشطة خاصة بهم أو قضاء الوقت مع الأفراد الأصغر سناً أو كبار السن بشكل كبير. ويرغب الكثيرون بالحصول على أصدقاء دون معرفة حقاً ما تعنيه الصداقة أو كيفية تكوين الصداقات والحفاظ على الأصدقاء.

السلوك المحدود والمتكرر

تظهر القدرة على القيام بالأشياء بطريقة محدودة أو متكررة أو ظهرت قبل ذلك في اثنين على الأقل من المجالات التالية:

السلوكيات المتكررة أو النمطية من أنواع مختلفة. قد تتمثل على سبيل المثال في التلويح باليدين أو الأصابع بطريقة مختلفة، أو استخدام الأشياء بطريقة متكررة (اللف، العد) أو استخدام اللغة بطريقة متكررة وغريبة (الاستخدام المتكرر للكلمات أو العبارات أو النغمات، أو الخلط بين الضمائر، أو التردد أي تكرير آخر ما قلّه شخص آخر بشكل فوري).

الارتباط الروتيني القوي ومقاومة التغيير. قد يتم إزعاج البعض منهم بالتغييرات الطفيفة التي يتم إجراؤها على الأمور الروتينية والخطط اليومية، أو كيفية القيام بعمل بعض الأشياء، على سبيل المثال. قد يتعلق الأمر بأن يكون الشخص مرتبطاً بالروتين بشكل مبالغ به، وأن يتبع القواعد بعناية، وأن يتكلم ويفكر بطريقة روتينية تقريباً مع وجود مساحات صغيرة جداً للتغيير، على سبيل المثال طرح الأسئلة نفسها مراراً وتكراراً مع معرفتهم للجواب.

التعلق في حالة الاهتمامات المحدودة غير المألوفة في التكايف أو التركيز. إنها في المقام الأول تكاتف غير عادي، إلا أن الاهتمام في حد ذاته قد يكون غير عادي. قد يركز الطفل على مقعد المرحاض أو المكينة الكهربائية، أو على الديناصورات والملوك الإنجليزية، في حين أن الكبار قد يكون لديهم اهتمام قوي بأمور مثل اللغة أو جداول المواعيد.

ردود فعل غير عادية أو اهتمامات مرتبطة بالرائحة والشعور والانطباعات البصرية أو السمعية. قد يتعلق الأمر برائحة قوية، أو تتعلق بأشياء أو أسطح، أو أن يكون الشخص مفتون بالأشياء الدوارة أو البراقة وما شابه ذلك. قد يكون لدى البعض حساسية أكثر مما هو طبيعي أو أقل مما هو طبيعي لانطباعات عقلية مختلفة، وأن يكون لديهم ردود فعل قوية تجاه بعض الأصوات العادية أو يصحوا

حساسين أو غير حساسين بشكل كبير وملحوظ تجاه البرودة أو الحرارة أو الألم. وغالباً ما يرتبط هذا النوع الذي لديه دود فعل قوية وروتينات صارمة بالعادات الغذائية المحدودة والمختلفة.

يتعلم العديد من البالغين ذوي معدل الذكاء الجيد وذوي اللغة المتطورة كيفية إخفاء سلوكياتهم المحدودة والمتكررة. إلا أن الاهتمامات الخاصة المتكررة قد تكون أيضاً مصدراً للفرح وتقدم فرصاً إيجابية في التعليم والحياة المهنية اللاحقة لبعض الأفراد. ومن الشائع عدم حدوث ذلك للبالغين الذين ظهرت لديهم صعوبات واضحة في تلك المجالات خلال مرحلة الطفولة.

صعوبات أخرى تواجه الأشخاص الذين يعانون من التوحد

غالباً ما يكون التوحد مُصاحباً لإعاقات أخرى، وتشخيصات وأمراض نفسية. وهي تؤثر على الكيفية التي يظهر بها التوحد، وعلى نوع الدعم الذي يحتاج إليه الشخص المتوحد. ومن أمثلة التشخيصات أو الأمراض المصاحبة:

- التخلف العقلي (الاضطراب العقلي النمائي)
- الاضطراب اللغوي
- الحالات المرضية الطبية أو الجينية (على سبيل المثال متلازمة الكروموسوم إكس الهش، التصلب الحدبي، الورم العصبي الليفي، الصرع)
- الاضطرابات النفسية (شدوذ الحركة الفصامي)
- اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط (ADHD)، أو اضطراب الوسواس القهري، أو الاكتئاب، أو اضطراب القلق.

متى يُمكن اكتشاف التوحد؟

يظهر التوحد لأول مرة خلال مرحلة الطفولة المبكرة، إلا أنه من الممكن أن لا يتم ملاحظته حتى وقت لاحق. مازلنا لا نستطيع أن نكتشف بطريقة مؤكدة علامات تبين إصابة الطفل بالتوحد قبل نهاية عامه الأول. وبالنسبة للعديد من الأطفال فإن ذلك يظهر من خلال انخفاض سلوكياتهم الاجتماعية، وبطء التطور اللغوي لديهم تدريجياً أو تغييره. ومع ذلك فقد يتأجل الأمر لبعض الأطفال إلى سن المدرسة أو قد يستغرق الأمر وقتاً طويلاً قبل أن تُصبح الأعراض واضحة ومعيقة للغاية بحيث يتم ملاحظتها. ومع أساليب اليوم فإنه من غير المألوف التشخيص بالتوحد قبل 18 شهراً من عمر الطفل. إلا أنه يحدث أيضاً بأن يحصل بعض الأفراد على تشخيص بعد أن يُصبحوا بالبالغين.

ما هي أسباب التوحد؟

يرجع التوحد إلى مجموعة متنوعة من التشوهات البيولوجية المعروفة وغير المعروفة في الدماغ. وهذا يؤثر على طريقة الدماغ في دمج ومعالجة وتفسير المعلومات، أي الوظائف المعرفية. والإدراك المختلف هو ما يؤدي إلى الصعوبات في التفاعل الاجتماعي والأنماط السلوكية المحدودة والمتكررة.

وغالباً ما يكون هناك عنصر جيني ووراثي قوي عند الإصابة بالتوحد، ولكن تبين أيضاً أن العديد من العوامل البيئية البيولوجية المعروفة ترتبط بزيادة خطر الإصابة بالتوحد. وقد تكون على سبيل المثال العدوى والأمراض أو بعض أنواع الأدوية والعلاجات خلال فترة الحمل. كما يزداد الخطر أيضاً إذا تعرضت الأم للملوثات البيئية ومبيدات الآفات وإذا كان الوالدين بسن كبير.

ما هو مدى شيوع التوحد؟

في السنوات الأخيرة، ارتفع عدد الأشخاص الذين يعانون من تشخيص التوحد بشكل حاد واليوم، 1-2% من السكان في السويد لديهم تشخيص التوحد. والتفسيرات الشائعة لهذه الزيادة هي أن مفهوم التوحد قد اتسع ليشمل المزيد من الناس، وأنها أصبحت أفضل في الكشف عن التوحد وتشخيصه، ولكن لا يمكن استبعاد أن التوحد أصبح أيضاً أكثر شيوعاً. وتجدر الإشارة أيضاً أن عدد الأولاد (الذكور) الذين حصلوا على تشخيص التوحد أكبر من عدد البنات (الإناث) اللاتي حصلن على نفس التشخيص. وقد تم التفكير بما إذا كانت هذه الاختلافات بين الجنسين في عدد التشخيصات تعكس فرقا حقيقيا في حدوث التوحد أو إذا كان نادرا ما يتم تشخيص الفتيات بالإصابة به لأنه لا يتم التعرف على الأعراض لديهن بسهولة مثل ما يكون عليه الحال مع الأولاد.

ماذا يُمكن للشخص أن يفعله؟

في الوقت الحاضر، الإجراءات الأكثر فعالية في التوحد هي التدخلات السلوكية وتستند إلى مهارات التعلم النفسية فيما يتعلق بكيفية تعلم الأفراد المصابين بالتوحد على النحو الأفضل. لا يزال لا يوجد أي علاج طبي فعال لأعراض التوحد. والهدف من هذه الجهود هو تحسين نوعية حياة الفرد وقدرته على العمل بشكل مستقل من خلال البناء على نقاط القوة والتعويض عن الصعوبات من خلال التعلم والتدريب والدعم. ومن خلال بيئة يكون فيها الأشخاص متفهمين للأمر ولديهم معرفة بشأن التوحد، كما أن وجود بيئة مهينة بشكل مناسب هي أحد الأجزاء الهامة أيضاً. وتختلف الحاجة إلى الدعم اختلافاً كبيراً من فرد إلى آخر ويمكن أن تختلف أيضاً اختلافاً كبيراً

خلال مراحل مختلفة من الحياة. والنقطة الرئيسية هنا هي أن التوحد إعاقة مستمرة مدى الحياة وأن الشخص المصاب بالتوحد في كثير من الأحيان، ولكن ليس دائماً، يكون في حاجة إلى نوع من أنواع الدعم أو المساعدات طوال حياته.

التحقيق التشخيصي

ينبغي أن تستند المساعدة والدعم لمرض التوحد إلى الإمكانيات الخاصة لدى كل شخص واحتياجاته من الدعم. وغالباً ما تكون الخطوة الأولى هي الحصول على تشخيص. ونظراً للتنوع الكبير في القدرة الوظيفية لدى الأشخاص الذين يعانون من التوحد، فإنه لا يكفي ملاحظة استيفاء معايير التشخيص فقط. من أجل الوصول إلى وصف صحيح لاحتياجات الدعم للشخص، فإن هناك حاجة إلى قيام فريق من الأطباء وعلماء النفس على الأقل بإجراء تقييم أوسع للقدرة الوظيفية للفرد. ويتألف هذا التقييم التنموي المتنوع من وصف تفصيلي لمستوى التطور لدى الشخص، وقدرته على الأداء في حياته اليومية، ومستوى تطور اللغة لديه، وقدرته على التفاعل ونوعية الحياة، إلى جانب أمور أخرى. ويكون هذا الوصف لاحقاً بمثابة الأساس للمساعدات المخصصة للفرد. وبالنسبة للغالبية العظمى ينبغي أن يتم متابعة الوصف الوظيفي والتحقق منه مرة أو عدة مرات خلال مراحل التطور.

الجهود المبكرة

يُرى أنه من المهم اكتشاف التوحد في أقرب وقت ممكن لأن هناك بعض بحوث الدعم التي أظهرت أن جهود المساعدة المبكرة لديها تأثيرات أفضل كلما تم تنفيذها بوقت مبكر. ولا تزال لا توجد طرق فعالة للكشف المبكر عن التوحد، على الرغم من استخدام عدة طرق في بلدان مختلفة. وباستخدام الطرق المتاحة في الوقت الحاضر، فإنه لا يُمكن أن يتم التشخيص بالتوحد إلا بعد سن سنة واحدة، إلا أنه عادة ما يتم التشخيص خلال فترة ارتياد الطفل لروضة الأطفال أو المدرسة. وبالنسبة لأطفال روضة الأطفال، يوصى بجهود التأهيل بعد التقييم الفردي، مثل برامج التعلم المكثف المتنوعة التي تعتمد على التحليل السلوكي التطبيقي (TBA). وكثيراً ما تنطوي هذه البرامج على عدة ساعات من التدريب كل يوم. وقد يستفيد العديد من الأطفال أيضاً من برامج أقل استهلاكاً للوقت أو جهوداً أكثر تركيزاً، مثل برامج دعم الاتصالات المختلفة والبرامج القائمة على اللعب. وفي سن روضة الأطفال، يتم بذل هذه الجهود في المنزل وفي روضة الأطفال بالتعاون بين الآباء والأمهات وروضة الأطفال وجهة التأهيل.

وبالنسبة للأطفال الأكبر سناً والبالغين التي تطورت اللغة لديهم بشكل جيد والذين يكونون ذوي مستوى ذكاء جيد، فإن هناك أشكال مختلفة من برامج التدريب على المهارات الاجتماعية. وغالباً ما يحتاج تلاميذ المدارس إلى بيئة مدرسية صديقة للتوحد وإلى دعم إضافي.

المؤلف

إريك زاندر، دكتوراه، خبير نفسي، يعمل في مركز اضطرابات النمو العصبي (Center of Neurodevelopmental Disorders) في معهد كارولنسكا (Karolinska Institutet (KIND))، في جامعة لوند، وفي قسم الطب النفسي للأطفال والشباب، وقسم العلوم السريرية، وفي عيادة الأطفال والشباب في معهد كارولنسكا (BUP KIND) التابعة لمجلس محافظة ستوكهولم، وفي عيادة الأطفال والشباب BUP Helsingborg Psykiatri Skåne، في إقليم سكونه.

المراجع والروابط

Autismspektrumtillstånd .Diagnostik och insatser, vårdens organisation och patientens .delaktighet – En systematisk litteraturoversikt .المجلس السويدي لتقييم التكنولوجيا الصحية. (2013).

الرابطة الأمريكية للطب النفسي. (2013). الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (النسخة 5) (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 ed.) .Arlington, VA: الرابطة الأمريكية للطب النفسي.

الترجمة السويدية: Mini-D 5 المعايير التشخيصية وفقاً للدليل DSM-5 .Stockholm: Pilgrim Press.

FAQs on Autism Spectrum Conditions .(Bölte, S., & Hallmayer, J. (2011) حالات الطيف التوحيدي). (أسئلة وأجوبة حول التوحد، متلازمة أسبرجرس، والتوحد غير النمطي، إجابات من قبل الخبراء الدوليين). Autism, Aspergers Syndrome, and Atypical Autism Answered by International Experts Commonwealth, MA, Hogrefe Publishing :Göttingen, Germany.

Lancet, 383(9920), .(التوحد) Autism .(Lai, M. C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2014) 896-910.

منظمة الصحة العالمية (1993) [WHO]. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research (الدليل ICD-10 للاضطرابات العقلية والسلوكية: المعايير التشخيصية للبحوث). Geneva, WHO.

www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10/psykiatrikoder

www.ki.se/kind/start

www.barnsutveckling.se

www.autismforum.se