



Help

مركز هيلب للشرق الأوسط وشمال أفريقيا
Help Center in The Middle East & North Africa

علامات الخطر

أ. د. السيد كمال السيد ريشة
أستاذ ورئيس قسم علم النفس
كلية الآداب جامعة بنها

تأليف
د. بهاء الدين جلال
خبير واستشاري الإعاقة
بالوكالة الأمريكية للتعليم



CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE

يستعرض الكتاب مجموعة من علامات الخطر والإصابات التي قد تصيب الأطفال في الأعمار السنية المختلفة من خلال طرح لكل الأعراض التي تصاحب الأمراض والإضطرابات النفسية والجينية التي قد يصاب بها الأطفال من خلال شرح الأعراض والأسباب وطرق التشخيص والتدخلات المقننة علمياً والمعترف بها عالمياً.

كما يتطرق الكتاب إلى أكثر من 18 مقال علمي عن التوحد والتأخر الذهني وأمراض النطق واللغة وبطي، وصعوبات التعلم بأسلوب علمي ميسر للباحثين والمتخصصين وأولياء الأمور.



International Academy for Development
الأكاديمية الدولية للتنمية

علامات الخطر

تأليف

د بهاء الدين جلال

مدير مركز هيلب للشرق الأوسط وشمال إفريقيا



Help

إهداء

إلى كل أم وكل أب يحلم أن يرزق بطفل أو طفلة يكون مصابحا يضيء له حياته، ويدخل البهجة والسرور إلى كل الأسر الصغيرة والكبيرة،
إلى مجتمعاتنا العربية، إلى قاداتنا، إلى الباحثين في العلم، أهدى لكم هذا العمل.
أرجو أن يجعله الله في ميزان حسناتي، ويجعله علما نافعا للجميع.

د بهاء الدين جلال

مقدمة

إن العقل هو أساس كل شيء، ولذلك أكد القرآن الكريم أن الحساب لا يجوز إلا على الإنسان العاقل، وأن اكتمال العقل يأتي في مرحلة محددة من العمر.

إن دعوة القرآن الكريم للنظر العقلي دعوة صريحة لا تقبل التأويل، فقد جعل الإسلام النظر العقلي واجباً دينياً، وجعل ممارسة الوظائف العقلية فريضة إلهية؛ بل ومسؤولية حتمية لا يستطيع الإنسان الفكّك منها، وسيحاسب على مدى حسن أو إساءة استخدامه لها.

وعند الحديث عن النظر العقلي في القرآن الكريم، فإن الأمر يقتضي أن نتحدث أولاً عن مكانة العقل في القرآن الكريم، لأن العقل أساس النظر، ولا يوجد نظر بدون عقل، كما يقول الإمام الجويني: (إن شرط ابتداء النظر تقدم العقل)(1).

ولم يرد لفظ «عقل» في القرآن الكريم على الإطلاق، وإنما جاء (النظر العقلي)، بمعنى استخدام العقل في التعقل، لأن العقل ليس له ماهية قائمة بذاته، إنما هو عمليات عقلية صرحت بها الآيات الكريمة في مواضع كثيرة.

فجاءت مشتقات «العقل» في تسع وأربعين آية كلها بالصيغة الفعلية:

♦ صيغة عقلوه: مرة واحدة، سورة البقرة: 75.

♦ صيغة نعقل: مرة واحدة، سورة الملك: 10.

♦ صيغة يعقلها: مرة واحدة، سورة العنكبوت: 43.

♦ وتكررت صيغة يعقلون 22 مرة.

♦ وجاءت صيغة تعقلون 24 مرة.

وحيث لم ترد كلمة «العقل» بالصيغة الاسمية في القرآن الكريم، فقد وردت مرادفات العقل بالصيغة الاسمية مثل (اللُّب)، وجمعت على (الألباب) و(الحلْم) وجمعت على (الأحلام)، و(الحجر)، و(النُّهي) و(القلب)، و(الفؤاد)، وكلها جاءت بمعنى (العقل)، وجاءت آيات أخرى كثيرة تدعو إلى أعمال العقل في النظر والتأمل والتدبر و الفكر... إلخ.

ولذلك نجد أن أخطر ما يواجه الإنسان في حياته فقدان العقل، أو الإصابة العقلية، فالإعاقة الذهنية هي التحدي الذي يواجه الإنسان، وتتميز الإعاقة الذهنية (التي كانت تسمى بالتأخر العقلي)، بقدرة عقلية أقل من المتوسط، ونقص في المهارات اللازمة للحياة اليومية، ويمكن للأشخاص ذوي الإعاقات

الذهنية أن يتعلموا مهارات جديدة؛ ولكنهم يتعلمونها ببطء شديد، وهناك درجات متفاوتة من الإعاقة الذهنية، من خفيفة إلى عميقة..
إن هذا الكتاب يتطرق إلى خصائص مراحل النمو المختلفة للإنسان، ثم يتطرق إلى الإصابات التي قد تصيب الأطفال والأخطار التي تُهدد بهم، ويجب أن يراعي ولي الأمر ويعي هذه المخاطر وعلاماتها، من أجل التوجه المبكر إلى المتخصصين لمساعدة ابنه على تجاوز هذه الأخطار أو تحسين أدائه، حيث أن التدخل المبكر يعتبر من أهم الأعمال التي يجب أن تتم في مرحلة عمرية معينة، لما لها من تأثير يعتبر التأثير الأفضل في حياة الطفل.
إن هذا الكتاب يستعرض الأخطار التي قد تحيط بأولادنا في الصغر، وتم العرض بصورة واضحة وسلسة حتى تناسب جميع المستويات الثقافية.

تقديم

يتكون هذا الكتاب من مجموعة من المقالات العلمية التي كتبت على مراحل مختلفة من الزمن ونظرا لأننا في حاجة إلى تأصيل العلم للاستفادة منه في عملية البحث العلمي فقد رأينا ضرورة اصداره في كتاب يحمل عنوان علامات الخطر وقمنا في بداية الكتاب بترتيب المقالات العلمية التي تحدثت عن خصائص مراحل النمو من جميع مجالات النمو الخاصة بالمرحلة العمرية ومن ثم تم استعراض علامات الخطر وهي الاخطار التي قد تكون محدقه بابنائنا وهي اكثر انتشارا عن غيرها من الاصابات وهنا نعنى بعلامات الخطر اي الامراض او الاضطرابات التي قد تصيب ابنائنا بشكل كبير واصبحت في ازدياد في الاعوام الماضية قد نجد في بعض المقالات مكررة ولكن رغبتا ان نضعها كما هي فكل مقال صيغ بطريقة عملية مختلفة ونظرا للصياغة العلمية المتميزة لكل مقال لم نرغب في اجتزاز جزء منه وضم على مقال اخر يحمل نفس المضمون تقريبا ولكنه صيغ بطريقة مختلفة. كل الشكر والتقدير الى الاستاذ الدكتور السيد كمال السيد ريشة صديق العمر والذي يقدم كل الدعم العلمى ويشاركنا في كل الكتب العلمية التي تصدر عن مركز هيلب

د بهاء الدين جلال

مدير مركز هيلب للشرق الاوسط وشمال افريقيا

تطور النمو لدى الأطفال في المرحلة العمرية من 0 إلى 6 سنوات

مقدمة: تطور الأطفال:

إن التغييرات التي تحدث في نمو الطفل، ملحوظة ومميزة جداً خلال سنوات عمره الأولى، حيث يلاحظ القائمون على الرعاية (مقدموا الرعاية) والمختصون نمو وتطور الأطفال، حيث يبدأ الأطفال في التبسم والضحك والجلوس والحبو والمناغاة ومن ثم الكلام، كما يبدأ الطفل في مرحلة التنشئة الاجتماعية الاندماج، وممارسة اللعب الجماعي مع غيره من الأطفال، حيث يكتسب الأطفال مهارات هامة تساعدهم في الانسجام والتكيف مع غيرهم، مثل: تبادل الأدوار والمشاركة واتباع التعليمات، بالإضافة إلى المهارات التي ستساعدهم من الناحية الأكاديمية، مثل: الرسم والحساب والقراءة والكتابة.

فعادة ما تتبع التنشئة المبكرة للطفل نهجاً متسلسلاً، حيث يحتاج الطفل لإتقان المهارة الأولى قبل اكتسابه للمهارة التي تليها، ولكن يتطور جميع الأطفال وفقاً لمعدلاتهم الخاصة، وفي بعض الأحيان، قد يستغرق الطفل وقتاً أطول لكي يتقن مهارة جديدة، وفي أحيان أخرى، قد يبدو الطفل أنه تجاوز إتقان مهارة ما في التسلسل المتوقع لسرعته في النمو والتطور، كما يمكن للمختصين رسم صورة واضحة للطفل في إطار بيئته المحيطة، وذلك من خلال الملاحظة الدقيقة والتقييم والتواصل مع مقدمي الرعاية للطفل، كما يحتاج تحديد المخاطر أو دواعي القلق والاهتمام أو حالات التأخر، إلى شرح وتفسير ضمن الإطار الكامل لمحيط الطفل.

وبالرغم من أن الملاحظة تحتاج إلى وقت، واتباع منهجية «التريث والترقب»، لكن في حالة التأخر، لا يعد ذلك من مصلحة الطفل، حيث يجب أن يؤدي التشخيص المبكر إلى التدخل المبكر، ويؤدي التدخل المبكر إلى زيادة التحفيز والتنشيط الدماغي (زيادة تحفيز وتنشيط العقل)، ويكون ذلك في الوقت الذي يكون فيه عقل الطفل متجاوباً ومُتقبلاً ومرناً، وقد يتضمن التدخل المبكر الأمور التالية:

- ◆ زيادة تشجيع الوالدين.
- ◆ توافر الفرص الإضافية للتواصل، والانخراط مع غيره من الأطفال والبالغين.
- ◆ مشاركة الطفل في أنشطة اللعب المتنوعة.
- ◆ خدمات متخصصة.

كما تبرز أهمية التدخل المبكر في استراتيجية الـ 18 شهراً المعززة، تؤكد هذه الاستراتيجية على تقييم تنمية كل طفل والصحة النمائية للطفل، أثناء زيارة مقدمي الرعاية الأولي في فترة الـ 18 شهراً.

يحقق الطفل تطوراً في سلسلة متصلة مستمرة تتأثر بعدة عوامل مختلفة، فعلى سبيل المثال: قد تم ملاحظة الاختلافات في النمو الجسماني

للأطفال، بناءً على الجنس والموقع الجغرافي، وكذلك الخبرات الأولية المبكرة (Burke، عام 2008)، كما يمكن للممارسات والعادات الثقافية، أن تؤثر على التنمية اللغوية وتنمية الأنماط الشخصية، واحترام الذات والثقة بالنفس، وكذلك الرسم (Burke، عام 2008)، كذلك سيساعد فهم إطار استمرارية عملية التنمية المختصين والمهنيين في دعم تنمية كل طفل وتحديد حالات التأخر.

يتطور الطفل بشكل كلي وشامل، لكن غالبًا ما يتم تقسيم التنمية إلى مجموعات لكل مجال، وفي هذا المرجع، تم تقسيم التنمية ومهارات التنمية إلى خمس مجالات، لمساعدة المختصين على فهم العوامل المحددة الخاصة ضمن إطار كل مجال.

يحتوي هذا القسم على بعض المعلومات الرئيسية الخاصة بمجالات التنمية التالية:

- ◆ النمو.
- ◆ التغذية.
- ◆ مهارات التغذية.
- ◆ طب صحة الأسنان.
- ◆ النمو.
- ◆ الإدراك الحسي.
- ◆ تطوير الشخصية.
- ◆ تطوير النواحي الجمالية.

كما ينبغي النظر إلى كافة البنود التنموية المدرجة ضمن إطار فئات السن والمجال في هذا المرجع، وعلى الرغم من اكتساب معظم الأطفال المهارات المدرجة لكل فئة عمرية، إلا أنه أحيانًا ما توجد أسباب معقولة عن:

لماذا لا يكتسب الطفل هذه المهارة؟

فعلى سبيل المثال، تمارس بعض الشعوب الأولى «مراسم احتفالية السير على الأقدام»، والتي تعني أن قدمي الطفل لم تطأ الأرض خلال العام الأول من عمره، وقد يؤثر مثل هذا التطبيق بشكل مؤقت على تطور مهارة الزحف (الهبوط) والمشى لدى الأطفال، لذا يجب أخذ هذا الأمر في الاعتبار، عند ملاحظة نمو الطفل.

لذا، فإن المتخصصين بحاجة إلى وضع كافة هذه الاعتبارات في الحسبان، حيث أنهم سيستخدمونها كمرجع لهم؛ أما إذا تم رصد ملاحظة واحدة أو أكثر من حالات التأخر الملحوظة في مجال التنمية، فينبغي على المختصين تشجيع الأسر على عرضه على طبيب، أو خبير مختص بالخدمات المتخصصة للأطفال.

أولاً: النمو الجسدي:

النمو:

- ◆ يعد النمو الجسدي المؤشر الأكثر استخداماً للتطور الصحي. ينمو الأطفال بمعدل مذهل، فعندما يبلغ الطفل عامين، ينمو وزنه ثلاثة أضعاف وزنه عند الميلاد، كما يبلغ طوله، نصف طول البالغين؛ أما عظامه اللينة وقت الميلاد، فتصبح أقوى وأصلب وأقدر على حمل وزنه، وتلتحم عظام الجمجمة وتصبح أكثر صلابة وتختفي المناطق اللينة في الرأس في غضون الـ 18 شهراً، كما يصبح لدى كل رضيع مسار نمو خاص به، أو سيتبع منحني خاصاً به ومناسباً له، ويعتمد منحني النمو على مجموعة من العوامل التي تتضمن:
 - ◆ الخلفية الثقافية.
 - ◆ الإمكانية الجينية.
 - ◆ المدخلات البيئية مثل: التغذية والتمارين والتحفيز الاجتماعي.

تستخدم في قياس نمو الطفل ثلاثة معايير:

- ◆ الوزن.
- ◆ الطول.
- ◆ محيط الرأس.

الوزن:

- ينمو الرضيع بشكل سريع، وتتحول زيادة الوزن إلى دهون للجسم، مضيفاً إليه سمات الرُّضْع، وعند مواصلتهم للنمو وزيادة المهارات الحركية، تتحول الدهون بشكل تدريجي إلى عضلات، مما يساهم في التغييرات التي تحدث في نسب الجسم .
- وفي غضون الأربعة أشهر الأولى، يزداد وزن الرضيع حوالي 20:30 جرام يومياً بزيادة إجمالية 3.6 كجم، حتى يصل الوزن الكلي (8 كجم) للبنين، وبزيادة إجمالية 3.15 كجم، حتى يصل الوزن الكلي (7كجم) للبنات، وبعد مرور هذا الوقت، تبدأ الزيادة المكتسبة في التباطؤ نسبياً.

الطول:

كما يزداد الطول بشكل سريع. يزداد طول الرضيع خلال الأربعة أشهر الأولى حوالي 14 سم (6 بوصات)، كذلك يبدأ نمو الطول في التباطؤ نوعاً ما فيما بعد؛ أما عندما يبلغ الطفل عامين، يصل إلى نصف طول البالغين.

محيط الرأس:

عند الميلاد، تكون كتلة جسم المولود في رأسه، ولكن بمرور عامين، ينمو الطفل بشكل يعطيه السمات والخصائص الأقرب لشكل البالغين، تتابع الرأس مراحل النمو، والتي يمكن ملاحظتها من خلال قياس محيط الرأس.

جداول / مخططات النمو:

تم رسم وتخطيط تلك المعايير الثلاثة على جداول النمو، بالرغم من نسبة الهبوط والصعود المعروفة خلال الـ 18 شهراً الأولى، وعادة ما يتبع الطفل منحني ما على جدول (مخطط النمو)، كما أن البنات والأولاد لهم أنماط نمو مختلفة.

ولهذا السبب، يوجد جداول نمو مختلفة لكلا الجنسين، فعلى سبيل المثال، إذا اتبع الولد نسبة 50% في الطول، فهذا يعني أن 50% من الأولاد ممن لهم نفس الفئة العمرية سيكونون أطول منه، و 50% آخرين أقصر منهم؛ أما إذا اتبعت البنت 60% من نسبة الوزن، فهذا يعني أن 40% من البنات ممن لهن نفس الفئة العمرية سيكون أكثر وزناً، و 60% منهن سيكن أقل وزناً منها.

التغذية:

تعتبر الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، هي المرحلة الأكثر حسماً في نمو الطفل، حيث ينمو الطفل بشكل سريع خلال هذه المرحلة طبقاً لتقرير منظمة الصحة العالمية .

فالطعام الصحي لا يساعد فقط في مرحلة نمو الجسم فحسب؛ ولكنه أساسي في مرحلة نمو وتطور العقل، كذلك قد تم ربطها بالتعليم ومرحلة الاستعداد للالتحاق بالمدرسة، لذا يمكن أن تؤدي نتائج سوء التغذية المبكرة إلى مجموعة متنوعة من التحديات والصعوبات التي يتعرض لها الطفل، مثل:

- ◆ حالات التأخر في التطور الحركي و المعرفي.
- ◆ مشاكل اجتماعية ونفسية.
- ◆ صعوبات في التركيز والانتباه.
- ◆ ضعف التحصيل الأكاديمي.⁽¹⁾

(1) (منظمة الصحة العالمية لعام 2003).

وواحدة من دواعي القلق الرئيسية الأخرى من مشاكل النمو، السممنة في مرحلة الطفولة (بدانة الأطفال). ففي عام 2004، أفادت التقارير بأنه يعاني 26% من الأطفال الكنديين من عمر 2 إلى 7 سنوات من زيادة الوزن أو البدانة. وقد تم ربط البدانة بمجموعة من الأمراض مثل: مرض السكر وأمراض القلب والسكتة الدماغية، وارتفاع ضغط الدم وبعض الأمراض السرطانية.⁽²⁾

التوصيات الرئيسية الواردة:

- ◆ تُقصر رضاعة الأطفال على الرضاعة الطبيعية فقط لمدة الستة أشهر الأولى، وتستمر الرضاعة الطبيعية حتى يبلغ الطفل العام الثاني أو أقل.
- ◆ يحصل الطفل على مكمل (حبوب فيتامين د يومياً)، أثناء فترة الرضاعة وحتى بلوغ العام الأول.
- ◆ يتم إعداد وتخزين اللبن الصناعي طبقاً للمبادئ الإرشادية للتخزين.
- ◆ يتم تخزين لبن الأم المعصور طبقاً للمبادئ الإرشادية.
- ◆ لا يسخن لبن الأم المعصور أو اللبن الصناعي في الميكروويف.
- ◆ لا تضاف المواد الصلبة أو مواد التحلية إلى زجاجة الرضاعة، مثل: (الحبوب أو عصير الذرة).
- ◆ لا يتم إعطاء الماء أو أية سوائل أخرى قبل بلوغ الستة أشهر.
- ◆ يتم إدخال الأغذية التكميلية، عندما يبلغ الطفل 6 أشهر، مع الاهتمام الشديد بالأطعمة الغنية بالحديد، مثل: (الحبوب الغذائية الغنية بالحديد واللحوم والسّمك وصفار البيض المطهو، والبقوليات المطبوخة بشكل كامل، والجبن النباتي المصنوع من فول الصويا)، بعد إدخال الأطعمة الصلبة.
- ◆ يتم عرض مجموعة متنوعة من الأطعمة المناسبة لعمر الـ 6 أشهر.
- ◆ تجنب الأسماك عالية الزئبق أو تقديمها على استحياء (نادراً).
- ◆ لا يُعطى لبن الأبقار (3.25% دسم الحليب) للأطفال قبل 9-12 شهراً.
- ◆ لا يتم إدخال مشروبات فول الصويا الغنية بالعناصر الغذائية، قبل أن يبلغ الطفل 24 شهراً.
- ◆ لا يتم إعطاء المشروبات النباتية الأخرى، مثل: الأرز كبديل لحليب الأبقار.
- ◆ لا يشرب الطفل أكثر من 4 جرّامات من عصير الفواكه يومياً حتى يبلغ الـ 18 شهراً، ولا أكثر من 6 جرّامات من عمر الـ 18 شهراً إلى أن يبلغ الـ 6 سنوات.

(LITCH 2007) (2)

- ◆ لا يتم إعطاء الطفل أيًا من مواد التحلية أو الغازية أو المنبهات (الكافيين).
- ◆ يتناول الطفل ما بين 35 إلى 60 مللى لبن يوميًا، منذ توقفه عن الرضاعة الطبيعية.
- ◆ يتناول الطفل حليب الأبقار (3.25% دسم الحليب) حتى عمر العامين، ومن ثم تناول حليب أبقار مخففة الدسم (أقل دسامة 1% أو 2% دسم).
- ◆ يمكن تناول الأطفال الماء بين الوجبات والأطعمة الخفيفة، لإرواء الظمأ عند الحاجة.
- ◆ يتم عرض الطعام من كافة المجموعات الغذائية باستمرار يوميًا.
- ◆ يحق للطفل أن يقرر كمية الطعام التي سيتناولها (لا إجبار على الطعام/ لا للتغذية القسرية).
- ◆ تحديد جدول غذائي للطفل يتضمن 3 وجبات رئيسة، يتخللها 3 - 2 وجبات صحية خفيفة يوميًا، مع فاصل 3-2 ساعات بين الوجبات الرئيسية والوجبات الخفيفة.
- ◆ نادرًا ما يتخلل مدخلات الطعام المقدمة للطفل الدهون، التي تحتوي على دهون غير مشبعة (دهون متحولة)، ودخول الدهون المشبعة بشكل ضئيل.
- ◆ يتم تقديم الطعام على منضدة، مع عدم وجود أشياء مشتتة للانتباه، مثل: التلفاز.
- ◆ تصبح أوقات تناول الأسرة للطعام شيئًا اعتياديًا متكررًا للطفل.

مهارات التغذية:

يولد الأطفال ولديهم القدرة على الامتصاص، وعندما يولد الطفل بعد إكماله لمدة الحمل الطبيعية، عادة ما تكون لديه القدرة على الامتصاص والبلع والتنفس.

تعتمد زيادة مهارات التغذية على تنمية وتطور مهارات الطفل:

- ◆ المهارات الحركية الكبرى: مثال: (القدرة على الجلوس).
 - ◆ المهارات الحركية الدقيقة: مثال: (القدرة على التقاط الأشياء الصغيرة).
 - ◆ القدرة على رؤية الأشياء، مثل: (تنسيق الحركة بين اليد والفم).
 - ◆ تطور الأسنان/ مثل: (القدرة على المضغ أو العض).
- تندرج مهارات التغذية في نمو الأطفال وفقاً لعمر الرضّع، والأطفال في سن الحبو و قبل دخول المدرسة، وذلك بسبب:

◆ عادة ما تندرج مهارات التغذية في تقييم الأطفال.

◆ كما أن بعض مهارات التغذية هي بمثابة مؤشرات للاستعداد لمرحلة دخول المدرسة.

يرجى ملاحظة أن: قد تختلف الممارسات الغذائية للطفل وفقاً للممارسات الثقافية (مثل: تلقيم الطعام للطفل حتى سن دخول المدرسة، الأواني المستخدمة في تقديم الطعام للطفل، المكملات الغذائية المضافة وفقاً لبعض الثقافات إلى النظام الغذائي). ينبغي على المختصين استكشاف ودعم الممارسات الثقافية، إن لم تكن صحة الطفل عرضة لأي ضرر كنتيجة لهذه الممارسة والتطبيق.

ثانياً: صحة الفم والأسنان

تظهر 20 سنّة نفضية/ لبنية (غير دائمة- قابلة للتغيير) من عمر العامين إلى الثلاثة أعوام. يمكن أن يتأخر ظهور/ نمو الأسنان حتى يبلغ الطفل عامه الأول. ليس المهم شكل/ مظهر الأسنان بقدر أهمية تسلسل وتعاقب نمو الأسنان. تبدأ مرحلة الأسنان الدائمة منذ الميلاد⁽³⁾، ولكن لن تظهر السنة الدائمة الأولى، إلا عند وصول الطفل إلى ما يقرب من الستة أعوام الأولى⁽⁴⁾. تميل الأسنان اللبنية إلى صغر الحجم وقصر الطول ولون بيض الحليب، بينما تميل الأسنان الدائمة إلى الاتساع ذات لون أبيض أو رمادي⁽⁵⁾. كما تم ملاحظة بعض الاختلافات وفقاً للجنس/ النوع، مثل: (عندما ما يتأخر ظهور الأسنان قليلاً في البنات)⁽⁶⁾. يقدم الجدول التالي نظرة عامة على المظهر التقريبي للأسنان الأولية أو اللبنية في الأطفال⁽⁷⁾.

الشكل/ المظهر (وفقاً للشهور)	الأسنان اللبنية غير الدائمة
10 - 6	القواطع الوسطى- السفلى/ قواطع الفك السفلي
21-7	القواطع الوسطى- العليا/ قواطع الفك العلوي
21-8	القواطع الجانبية العليا
61-7	القواطع الجانبية السفلى
32-61	الأنياب
91-21	الأضراس الأولى
33-02	الأضراس الثانية

(Sada Etoile 2005) (3)

(MIADO/NIWIL 2002) (4)

(Braon 2007) (5)

(MIADO/NIWIL 2002) (6)

(MIADO/NIWIL 2002) و (Braon 2007). (7)

واحدٌ من الشواغل الرئيسية بين المختصين في مجال طب الأسنان، ولا يزال موجوداً في مجموعة من الأطفال الصغار وهو تسوس الأسنان المبكر في مرحلة الطفولة، والذي يُعرف أيضاً بـ (التسوس المبكر للأطفال)، وهي من المشاكل الصحية العامة التي يمكن الوقاية منها، فغالباً ما تنتقل بكتريا الأسنان من مقدمي الرعاية للطفل من خلال بعض الممارسات والتطبيقات، مثل: تشارك وتقايم أواني الطعام و تنظيف اللهاية أو السكاته (بلعاب/ ريق) مقدم الرعاية.⁽⁸⁾

كما يمكن لتسوس الأسنان في مرحلة مبكرة أن يؤثر على الطفل من ناحية:

- ◆ التركيز.
- ◆ القدرة على الأكل والنوم.
- ◆ الشكل / المظهر.
- ◆ صحة الأسنان الدائمة.
- ◆ النمو.

هناك العديد من عوامل الخطر المتعلقة بتسوس الأسنان المبكر لدى الأطفال، والتي تتضمن:

- ◆ الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض.
- ◆ عدم توافر إمكانية الحصول على رعاية الأسنان.
- ◆ الافتقار إلى التوعية بأهمية العناية بالأسنان.
- ◆ انخفاض المستوى التعليمي لدى الوالدين.
- ◆ التاريخ العائلي المرضي لتسوس الأسنان.
- ◆ الأنماط الغذائية الغنية بالسكر.

(8) الأكاديمية الأمريكية لطب أسنان الأطفال لعام 2004).

الصحة العامة. (وفقاً للأكاديمية الأمريكية لطب أسنان الأطفال لعام 2008 وجمعية أونتاريو للصحة العامة لطب الأسنان لعام 2003)

- ◆ عدم الرضاعة الطبيعية.
 - ◆ الرضاعة الطبيعية عند الحاجة، ولكن بدون الممارسات الصحية العامة الفموية للنظافة الشخصية.
 - ◆ عدم تعرض الأسنان للفلوريد.
 - ◆ التعرض للتدخين السلبي من الدرجة الثانية أو الثالثة. وفقاً ل⁽⁹⁾
- يعتبر ظهور التقرحات البيضاء في مينا الأسنان، هو المؤشر الأولي لتسوس أسنان الأطفال المبكر⁽¹⁰⁾، والذي قد يؤدي إلى ظهور تغيير في اللون مائلاً إلى اللون البني مشيراً إلى ظهور تسوس/ تجويف الأسنان⁽¹¹⁾.

- يمكن أن تتأثر صحة ونمو الأسنان بعدة عوامل مثل: ⁽¹²⁾
- ◆ الإصابات في الطفولة التي تؤثر على الفم والأسنان.
- ◆ عادات المص التي تستمر بعد بروز الأسنان اللبنية.
- توفر الرعاية الصحية الجيدة للفم، الأساس الجيد لنمو الأسنان، والتمتع بصحة جيدة للأسنان، كما تدعم العوامل الآتية صحة الأسنان الجيدة:
- ◆ الحمل الصحي.
- ◆ نظم التغذية الصحية.
- ◆ الاهتمام بنظافة الأسنان جيداً.
- ◆ الاستخدام المناسب لمادة الفلوريد.
- ◆ الزيارات المنتظمة لطبيب الأسنان⁽¹³⁾.

الحمل الصحي- الأسنان الصحية:

يبدأ نمو الأسنان اللبنية لدى الأطفال خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل.

(9) (الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال 2003 & 2000Denny Eat All & Narco Eat All 2003 & 2006 Bogis and Edelstein).

(10) (Norco 2003)

(11) (Yarnell 2007)

(12) www.mhp.gov.on.ca/english/health_promotion/cinot.asp

(13) (Kolkarney 2003)



تساعد العوامل الآتية في بناء الأساس لأسنان صحية ولنموها بشكل سليم:

- ◆ الحمل الصحي.
- ◆ التغذية الجيدة.
- ◆ الحصول على كمية كافية من الكالسيوم.
- ◆ تجنب تعاطي مواد النيكوتين والكحول وبعض العقاقير.

تناول الطعام المغذي الصحي:

- ◆ يجب أن يتناول الرضع والأطفال طعاما مغذيا صحيا.⁽¹⁴⁾
- ◆ تجنب استخدام المواد المُحَلِّية للمشروبات، فعلى الأرجح يعتبر السكر هو أكثر المواد المسببة لتسوس الأسنان.
- ◆ يجب أن تقتصر المشروبات والأطعمة المحلاة على فترة الوجبات، كما تساعد الوجبات الخفيفة الغنية بالنشويات على تسوس الأسنان.

الاهتمام بنظافة الفم جيداً:

غالبًا ما تنتقل بكتيريا الأسنان من مقدم الرعاية إلى الطفل، حيث يمكن نقلها من مقدم الرعاية عن طريق: التقبيل واللعب وبعض الممارسات، مثل: تشارك وتقاسم أواني الطعام و تنظيف اللهاية أو السكاته بلعاب/ ريق مقدم الرعاية، لذا، ينبغي أن يتمتع الوالدان أو مقدم الرعاية بصحة جيدة للفم، كي ينعم الطفل بصحة جيدة للفم.

ولدعم صحة فم الأطفال بشكل جيد، يمكن متابعة التالي:

- ◆ استخدام أواني طعام ولهاية وألعاب نظيفة.
- ◆ تنظيف لثة الأطفال الذين هم دون الـ 12 شهرا بقماشة رطبة مبللة بعد الطعام وقبل النوم.
- ◆ تنظيف الأسنان بفرشاة أسنان ناعمة وملائمة لهذا السن، بمجرد ظهور الأسنان.
- ◆ غسل أسنان الأطفال مرتين يوميًا، أو بعد كل وجبة في حالة ظهور عوامل الخطر.
- ◆ ويجب أن يتم غسل أسنان الأطفال الصغار تحت إشراف من الكبار.

(14) www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-eng.php

- ◆ عدم دخول الطفل للنوم مصطحباً قنينة لبن أو عصير أو سائل محلى. (من المستحسن وجود الماء فقط).
- ◆ الاهتمام الشديد باستراتيجيات الوقاية من الإصابات.
- ◆ تشجيع الطفل على التوقف عن عادات المص غير المجدية، مثل: مص الإصبع أو اللهاية، خاصة بعد نمو جميع الأسنان.

الحصول على كمية كافية/ مناسبة من الفلوريد:

- ◆ قد يكون استخدام صنوبر المياه لغسل الفم (في المناطق التي يوجد بها صنوبر مياه معالجة بالفلوريد)، مفيداً وقد يمنح بعض الوقاية للأطفال.
- ◆ إذ لم تتوافر المياه المعالجة بالفلوريد، فيمكن لطبيب الأسنان أن يوصي بعلاج الفلوريد، بمجرد بزوغ الأسنان.
- ◆ لا يجب استخدام معجون الأسنان الذي يحتوي على مادة الفلوريد لمن هم دون سن الثلاث سنوات، أو حتى يصبح الطفل قادراً على البصق بشكل كامل.
- ◆ يجب ألا يزيد استخدام معجون الأسنان عن مسحة صغيرة أو بنقطة بحجم البازلاء.
- ◆ عدم السماح الأطفال ببلع معجون الأسنان، لأنه قد يؤدي في تغيير لون الأسنان الدائمة.

زيارة طبيب الأسنان بشكل منتظم:

- ◆ ينبغي أن تكون الزيارة الأولى لطبيب الأسنان، في عمر الستة أشهر الأولى عند ظهور أول سنّة، ولكن لا تتجاوز عمر الـ 12 شهر.
- ◆ التأكد من أن الطفل له زيارة منتظمة لأخصائي طب الأسنان.
- ◆ تكاليف الوقاية وتفادي معظم مشاكل الأسنان أقل كثيراً من تكاليف العلاج.⁽¹⁵⁾

AAP, 2003, 2008; AAPD, 2004; AAPD/AAP, 2008; Alsada et al., 2005; Boggess & Edelstein, 2006; Dini et al., 2000; Kulkarni, 2003; Nainar & Mohummed, 2004; (15)

(OAPHD, 2003



ثالثاً: النوم

إن النوم لهو أمرٌ حيويٌّ، ولكن يُغفل عن وظيفته وأهميته كثيراً في نمو الطفل.

- ◆ حيث يمنح النوم الكافي للطفل: -
- ◆ الانضباط الذاتي.
- ◆ النمو.
- ◆ الصحة البدنية.
- ◆ التذكر.
- ◆ الوظائف الإدراكية.
- ◆ كما ترتبط قلة النوم بـ:
- ◆ التشتت الأسري.
- ◆ مشاكل وصعوبات.
- ◆ اكتئاب/ إجهاد الوالدين.

يستغرق الأطفال بعض الوقت لتطوير نظام النوم والاستيقاظ والساعة البيولوجية عندهم. وقد يستغرق الأمر وقتاً أطول لدى بعض الأطفال عن غيرهم.

تلعب الكثير من العوامل دوراً هاماً، مثل: الأوقات المثالية والعوامل البيولوجية والعوامل البيئية، مثل: بيئة المنزل والحالة المزاجية للطفل. وفقاً لـ (مركز التدريب والخبرة في مجال النماء في مرحلة الطفولة المبكرة لعام 2008).

فالأطفال عند الميلاد يكون لديهم أنماط نوم مختلفة جداً عن أنماط نوم البالغين. حيث يقضي نصف الأطفال نومهم في نوم حركة العين السريعة أو النوم النشط، حيث يعرف نوم حركة العين السريعة بالسرعة والنفس غير المنتظم، وحركات الجسد المتكررة والضوضاء، مثل: البكاء أو الشخير وحركة العين السريعة.⁽¹⁶⁾ يخزن الطفل في ذلك الوقت كافة خبرته، فيمثل نوم حركة العين السريعة جزءاً هاماً في التعلم فيما بعد.

كما يقضي الأطفال أيضاً نصف نومهم أيضاً دون حركة العين السريعة في نوم هادئ، يتميز في هذه الحالة بالنوم العميق، حيث التنفس البطيء

(Andres 2003) (16)

المنتظم وحركة الجسد هادئة، كما لا يمكن إزعاج الطفل بسهولة.

تبلغ دورة نوم الأطفال 60 - 50 دقيقة، وهذا يعني أنه سيقضي حوالي 30 - 20 دقيقة في نوم مع حركة العين السريعة بنفس مقدار الوقت من النوم الهادئ، ومن ثم يستيقظ الطفل متنقلاً من مرحلة النعاس إلى مرحلة اليقظة الهادئة، وأخيراً مرحلة النشاط واليقظة، وهذا ليس قبل أن يتعلم الطفل ذو الأربعة إلى الستة أشهر بعض السلوكيات الكافية، التي يمكنه بها تهدئة نفسه لخرط نفسه بالنوم خلال ساعات الليل.

وبحلول العام الثالث من عمر الطفل، يقل نوم حركة العين السريعة من 30% إلى 70%، وبذلك ينعم بنوم هادئ. كذلك تطول دورة النوم تدريجياً. وعند بلوغ سن المراهقة، سيصل الأطفال إلى مراحل البالغين من حيث قضاء 20% في نوم حركة العين السريعة إلى 80% من النوم الهادئ، وتبلغ دورة النوم حينئذ 90 دقيقة.

يتفاوت مقدار النوم تفاوتاً كبيراً من طفل لآخر، فقد يصل نوم الأطفال ممن هم فوق عمر الستة أشهر إلى 16 ساعة يومياً.⁽¹⁷⁾

كما أفادت التقارير أن نوم بعض من الأطفال يستغرق 10 ساعات يومياً. قد يصل نوم الأطفال من عمر الستة أشهر إلى 12 شهراً إلى 14 ساعة يومياً.

أما نوم الأطفال في سن الحبو فيصل إلى 10 - 13 ساعة يومياً، وقد يصل نوم أطفال عمر مرحلة ما قبل دخول المدرسة إلى 10 - 12 ساعة يومياً.⁽¹⁸⁾

يمكن ربط اضطراب النوم لدى الأطفال في سن الحبو وفترة ما قبل المدرسة إلى مجموعة من الأمور:

- ◆ رفضهم الدخول إلى النوم، أو رفضهم عن النوم في أسرّتهم.
- ◆ الاعتماد على وجود مقدم الرعاية، والقيام ببعض الأفعال للتهدئة، مثل: الرضاعة أو الهز.
- ◆ الخوف والقلق من الأوقات الليلية.
- ◆ انسداد أو عائق في مجرى التنفس، مثل: التنفس غير المنضبط (حشجة في التنفس)، أو الشخير أو التوقف المؤقت عن التنفس، كنتيجة للحمية الأنف أو التهاب الجهاز التنفسي.⁽¹⁹⁾

(17) (الجمعية الكندية لطب الأطفال لعام 2007)

(18) (الجمعية الكندية لطب الأطفال لعام 2007).

(19) (Andres 2003).

ولأن النوم هو عملية حيوية للنمو الصحي، فتطوير استراتيجيات النمو سيكون أمراً جيداً لمقدمي الرعاية لمساعدة الأطفال ممن تجاوزت أعمارهم 6 أشهر على تطوير نمط نمو صحي، وذلك من خلال:

- ◆ حاجة الأطفال إلى القيلولة بقدر حاجتهم إلى وقت نوم الليل، يجب أن تكون فرص الحصول على قيلولة وفقاً لتحديد روتين معتاد أو وفقاً لرغبة الطفل.
- ◆ إمكان إدخال الطفل للخلود إلى النوم وقت شعوره بالنعاس، وكذلك في حالة يقظته، مما قد يساعد الطفل على اكتساب سلوك لتهدئة نفسه حتى يخلد إلى النوم.
- ◆ ربما يساعد تحديد وقت لنوم الطفل ليلاً ولأوقات القيلولة، ومكان محدد للنوم في شعور الطفل بسكينة، كما سيساعده في الاستغراق في النوم بطريقة أسهل.
- ◆ قد تساعد السكاته أو اللهاية الطفل في النوم، وذلك بعد إجراء عملية الرضاعة بشكل جيد.
- ◆ اصطحاب الطفل بمجرد إصداره لصوت منزعج أثناء دورة نومه، فقد يكون في مرحلة نوم حركة العين السريعة في ذلك الوقت.⁽²⁰⁾

رابعاً: الإدراك الحسي (الحواس)

يدرك الطفل العالم من حوله من خلال حواسه.

تم وصف الخمس حواس على النحو التالي:

- ◆ اللمس.
- ◆ التذوق.
- ◆ الشم.
- ◆ السمع.
- ◆ الرؤية.

يُولد الطفل وقد تعمل بعض حواسه بشكل جيد، أو تتطور تماماً وبشكل كامل، مما يساعده في التواصل مع مقدم الرعاية، مما يشكل تجاربه وخبراته. يتصل ويرتبط النمو الحسي بالخمس حواس، فعلى سبيل المثال: يرتبط السمع بشكل وثيق مع نمو الحصيلة اللغوية، وترتبط الرؤية مع التطور والنمو المعرفي؛ أما حاسة اللمس ترتبط مع الارتباط والنمو العاطفي. وغالباً ما يمكن إدراج مراحل الإدراك الحسي في نمو الطفل وفقاً لعمره. كذلك يمكن إدراج السمع والرؤية في مرحلة نمو سن الحبو وفقاً للعمر أيضاً، وبعد ذلك، يمكن تضمينهم في خمس مجالات للنمو. يرجى ملاحظة أن: Burke في عام 2008 قد سلط الضوء على حقيقة توافر عدد ضئيل من الأبحاث المستندة إلى الأدلة في نطاق اللمس والتذوق والشم بعد الميلاد.

اللمس:

يدعم اللمس بعد الولادة وحتى قبلها النمو البدني المبكر، وهذا أمر حيوي لتطوير النمو العاطفي القوي. حيث يمنح اللمس الشعور بالأمان والراحة، بالإضافة إلى البحث والاستكشاف. يحدث الاستكشاف من خلال اللمس المبكر عن طريق الجلد والفم، ومن ثم الأيدي والأصابع⁽²¹⁾

(21) (Burke 2008).

التذوق والشم:

منذ الميلاد، يستطيع الطفل إظهار الحب والكراهية لمجموعة من الروائح. حيث تتغير رائحة السائل الأمنيوسي (السائل المحيط بالجنين) وكذلك رائحة لبن الأم بعد ذلك وفقاً للنظام الغذائي الذي تتبعه الأم، مما يمنح الطفل مجموعة من الخبرات المبكرة التي تثير وتحفز حواسه وتؤثر على اختياراته.⁽²²⁾

السمع:

تتطور حاسة السمع بشكل كامل عند الولادة، كما يمكن تحديد حالات فقدان السمع عند حديثي الولادة. فيمكن أن يكون لفقدان السمع عند صغار السن من الأطفال تأثيراً عميقاً دائماً وطويل الأمد على حياتهم بالمستقبل. وفقاً لحجم الخطورة، فقد يرتبط فقدان السمع في الأطفال إلى حالات تأخر في الحالة النفسية والاجتماعية والعاطفية والإدراكية والمعرفية والأكاديمية واللغوية وتأخر في تنمية مهارات الكلام⁽²³⁾. لذا، تعتبر استراتيجية التشخيص والتدخل المبكر مفتاح النتائج الإيجابية فيما بعد.

- غالباً ما يتم استخدام بعض وسائل التدخل مع الأطفال ذوي الإعاقات السمعية والتي منها:
- وسائل التكنولوجيا السمعية مثل (سماعات أذن/ مساعدات سمعية وزراعة قوقعة الأذن).
- لغة الإشارة.
- الاتصال الكلي.
- برامج العلاج اللفظي السمعي.
- علاج النطق والعلاج اللغوي.
- الدعم الأسري.⁽²⁴⁾
- وقد تم ربط عوامل الخطورة بفقدان السمع في مرحلة الطفولة والتي منها:

(22) (Burke 2008).

(23) (Peugeot 2005 & Thompson 2001 & Wada 2004)

(24) (Peugeot 2005 & Thompson 2001)

- ◆ التاريخ الأسري من فقدان السمع الدائم في مرحلة الطفولة.
- ◆ الأطفال المبتسرين « ولد قبل مياعده» والعناية المركزة لحديثي الولادة لمدة تزيد عن 5 أيام.
- ◆ الالتهاب داخل الرحم أو فيما بعد الولادة.
- ◆ انخفاض الوزن عند الولادة.
- ◆ نقص الأكسجين في الفترة القريبة من وقت الولادة.
- ◆ الإصابة بمرض الصفرة.
- ◆ شذوذ/ مفارقة العظم الصدغي و القحفي وإصابة الرأس. (خاصة حالات الكسور)
- ◆ المتلازمات المقترنة بفقدان السمع.
- ◆ اضطرابات مصاحبة للتليف التدريجي للأعصاب، أو خلل الأعصاب بالأطراف الحسية والحركية.
- ◆ العلاج الكيميائي.⁽²⁵⁾

بدأ العمل ببرنامج سماع الأطفال لفحص السمع لحديثي الولادة مع الفحص الشامل في اغلب دول العالم، وبات العمل به راسخاً حتى الآن، فتجري جميع المستشفيات تقريباً فحصاً شاملاً وخدمات متابعة لحالات الأطفال بعد الميلاد والتي أصبحت متاحة في كل المجتمعات المحلية.

الرؤية:

آخر ما يتطور من حواس الطفل بعد الميلاد هي حاسة النظر. يكتمل نمو العينين عند اكتمال العمر ستة أشهر؛ أما تنسيق النظر بين العينين يحدث عندما يبلغ الطفل 12 شهر.⁽²⁶⁾ عند هذه المرحلة، تصل رؤية الأطفال إلى مرحلة الرؤية لدى الكبار.⁽²⁷⁾ تتيج قدرة الرؤية عند الأطفال الكثير من فرص التعلم والتطور بشكل عام، خاصة في السنوات الأولى الحاسمة من عمر الطفل. تعد الرؤية بمثابة «الحاسة الأكثر أهمية» طبقاً لـ (Rodlov 2003) ص 492، حيث تؤثر على التعليم المبكر من خلال: «المحاكاة/ التقليد والتقليد البصري

(25) (اللجنة المشتركة المعنية بفحص سماع الأطفال حديثي الولادة عام 2005 Mineco and Meda 2007-Biog).

(26) (Pantel 2009).

(27) (Rodlov 2003)

بصفة رئيسة، والتواصل والنمو الحركي والمفاهيم والتصورات المكانية والتوازن والترتيب الدائم للأشياء والتطور اللغوي والتفاعل الاجتماعي. طبقاً لـ (Rodlov 2003) ص (492).

في حقيقة الأمر، يتضمن 80% من تعليم الطفل الرؤية. وبالتالي، يرتبط ضعف النظر بآثار عكسية سلبية على التحصيل الدراسي والإنجازات التعليمية للطفل والاختيارات المهنية فيما بعد. (28)

نظراً لأهمية الرؤية وتأثيرها على نمو وتطور الأطفال، فإن التشخيص والتدخل المبكر أمر هام. إذا كان الفحص المبكر وافي، فيمكن علاج كثير من مشاكل الرؤية وبنائج مواتية مع الأطفال. (29)

يقدم فحص البصر مجاناً في بعض الدول للأطفال حتى عمر 19 عام، كما يجب إجراء الفحص عند عمر الستة أشهر، وعمر الثلاث سنوات، ومن ثم إجراؤه بشكل سنوي. كذلك يمكن إجراء الفحص من خلال طبيب العيون، أو الطبيب الأساسي المعالج للطفل. هناك برامج للتدخل المبكر لحالة فقدان وضعف البصر في العديد من دول العالم، وذلك لمنح الطفل الذي ولد أعمى، أو ضعيف البصر أفضل بداية ممكنة لحياته. كما قدمت الدول الأجنبية وكذلك بعض الدول العربية تمويلاً للخدمات المتخصصة التي تركز على الأسرة، فهي متاحة للطفل منذ الميلاد وحتى دخوله الصف الدراسي الأول. يمكن للكثير من العوامل أن تؤثر على فقدان البصر، مثل: سوء التغذية أو نقص الأكسجين أو الفيتامينات (30). فهي نادرة الحدوث في الدول التي تقدم رعاية صحية جيدة للأطفال، ولكن على الأرجح يمكن حدوثها في الدول النامية. يوجد عدد ضئيل من العوامل التي يمكن ربطها بفقدان البصر: عوامل مرتبطة بفترة ما قبل الولادة، مثل: تعاطي المخدرات أو العدوى أو تناول الأدوية والعقاقير، أو الاضطرابات التي تحدث للجنين جراء تناول الكحوليات، أو الولادة قبل الميلاد « أطفال مبتسرين».

- ◆ العوامل الوراثية.
- ◆ أمراض الشبكية.
- ◆ الإصابة في العين.
- ◆ إعتام عدسة العين.

(28) (الجمعية الكندية لطب الأطفال).

(29) (كاريرو 2003 والجمعية الكندية لطب الأطفال 2003 & Rodlov 2003).

(30) (أويوبورهورو، عام 2005)

- ◆ الإصابة بالمياه الزرقاء.
- ◆ الإعاقه مثل: (الشلل الدماغي أو متلازمة داون).
- ◆ الإصابة بتورم المخ.
- ◆ الإصابة بداء السكر.⁽³¹⁾

فغالبًا لا تظهر أية أعراض على الأطفال ممن يعانون من مشاكل الرؤية. ففي حقيقة الأمر، ربما يتم تشخيصهم بصعوبات التركيز، أو صعوبات التعلم كتشخيص خاطئ. وبالرغم من أن هذه العوامل ليست شاملة؛ إلا أن توافر بعض هذه العلامات يشير إلى مصدر قلق:

- ◆ حركة الرموش المفرطة.
- ◆ حك/ فرك العينين بشكل متكرر.
- ◆ صعوبات التنسيق بين اليد والعين.
- ◆ صعوبات الإدراك الحسي العميق.
- ◆ الرؤية المزدوجة.
- ◆ التحديق.
- ◆ الاقتراب الشديد من التلفاز أو من الكتاب.
- ◆ إغلاق أو تغطية أحد العينين بشكل متكرر.
- ◆ فرط إفراز الدموع من أحد العينين أو من كليهما.
- ◆ الحساسية المفرطة للضوء.
- ◆ بروز العين بشكل مفرط للغاية.
- ◆ تحول العينين بشكل متكرر أو دائم بعد عمر الـ 6 أشهر.
- ◆ تدلي الجفن.
- ◆ التهابات العينين أو حكة العينين أو التهاب الجفن/ تيبس الأهداب أو تكتل حول أو فوق العين.
- ◆ تورم واحمرار الجفن.

(31) (Carrero 2003& Olver . Cassidy 2005 & Oyohoruru 2005 & Rudolf 2003).

- ◆ قلة التواصل البصري من عمر الـ 3 أشهر.
- ◆ قلة تثبيت البصر، أو تعقب الأشياء المتحركة من عمر الـ 3 أشهر.
- ◆ عدم الوصول الدقيق للأشياء في عمر الـ 6 أشهر.
- ◆ تشنج حركات العينين بشكل متكرر عمودياً ورأسياً.
- ◆ حالات عدم التناظر في حجم البؤبؤ.
- ◆ أي تشوهات أو تغييرات غير طبيعية واضحة في شكل أو تركيبة العين.
- ◆ عدم وضوح البؤبؤ الأسود (مثل: ضباب في القرنية أو ميل البؤبؤ إلى اللون الأبيض).⁽³²⁾

الشخصية:

يتضمن تطور شخصية الطفل تطور وتنمية التالي:

1. الأسس الأدبية والسلوكيات الأخلاقية المتضمنة لفهم روح العدالة والإنصاف، والصواب والخطأ والعواقب المترتبة عليها.
 2. روح التعاطف وتعزيز السلوك الاجتماعي السليم، متضمناً كونك قادراً على فهم مشاعر وأحاسيس الآخرين، وما ينتابهم وما يشعرون به، ومساعدتهم أو التخفيف عنهم من خلال التركيز على الآخر، وليس على النفس.
- تتشارك المهام الاجتماعية والعاطفية والوظائف الإدراكية بشدة في تنمية شخصية الطفل.

الفهم الأدبي والسلوك الأخلاقي:

على الرغم من أن الكبار هم الأكثر تأثيراً على السلوك الأخلاقي للأطفال، ولكن بمرور الوقت يطور الأطفال مجموعة من المعايير الداخلية الشخصية،⁽³³⁾ وبنهاية مرحلة الطفولة المبكرة يقوم الأطفال بإضفاء الكثير من القواعد والسلوكيات الأخلاقية، وملاحظة الفرق بين الحتميات الأخلاقية والتقاليد الاجتماعية، ومسألة الاختيارات الشخصية.

- توقع من الطفل أن يقوم بالتالي في المرحلة العمرية من عامين إلى خمس سنوات:
- ◆ القيام بالسلوكيات الأخلاقية النموذجية، مثل: (عدم التعدي على ممتلكات طفل آخر).

(32) (Sener 1997 & Tamblin 1995& Rodlov 2003 Ulver and Cassidy 2005 & Pantel 2009 Shilov and Haneman& 1997).

(33) (Burke 2008).

- ◆ الاستجابة لمخالفة القواعد والقوانين بالتعاطف القائم على الشعور بالذنب مثل: (استيعابه بأن تصرفه قد يؤدي مشاعر الآخ، أو يلحق به ضرراً جسدياً).
- ◆ التركيز على السمات والنتائج الملحوظة عند إصدار الأحكام الأخلاقية، مثل: (الضرر الجسدي أو العقاب أو موقف الكبار).
- توقع من الطفل أن يقوم بالتالي في المرحلة العمرية من عمر ست سنوات:
- ◆ ملاحظة الفرق بين رموز السلطة الشرعية. (الفرق بين الأب والأم والإخوة - المدرسة والأم)
- ◆ ملاحظة الفرق بين الحتميات الأخلاقية والتقاليد الاجتماعية، ومسألة الاختيارات الشخصية.
- ◆ تأجيل الإشباع وتحمل الجوع.
- ◆ مثل (انتظار الوقت والمكان المناسب لإشراك نفسه من أجل خدمة مصالحه الشخصية أو الأفعال المغرية).
- ◆ يكون لديه روح العدالة والإنصاف بشكل قوي وقائم على مبدأ المساواة.⁽³⁴⁾

مستويات إدراك العدالة الإيجابية:

يمكن تغيير آراء الأطفال بشأن مسألة العدالة الإيجابية (أو فهمهم عن كيفية اعتقادهم في وجوب توزيع الممتلكات/ الممتلكات بشكل عادل). وبمرور الوقت، يعتقد الأطفال أن المساواة يجب أن تشكل الأساس للمشاركة مع الآخرين. فقد حدد ديمون الخطوط العريضة لمراحل ومستويات إدراك الطفل حتى سن العشر سنوات؛ بل وأقل من ذلك.

واليكم وصفه لمستويات الإدراك بشأن العدالة الاجتماعية في الأطفال حتى عمر السابعة:

◆ المستوى أ: (4 سنوات وأقل من ذلك):

تأتي خيارات العدالة الإيجابية من تمنى حدوث شيء. ببساطة، تؤكد الأسباب الأمنية أكثر من محاولة تبريرها. مثل (يجب أن أحصل على هذا الشيء لأنني أرغب في الحصول عليه).

◆ المستوى ب: (4: 5 سنوات):

ستظل تعكس الاختيارات الرغبات، ولكن يبررها الطفل وفقاً للصفات الخارجية وحقائق ملحوظة مثل: الحجم والجنس، أو عوامل جسدية أخرى للشخص، مثل: (يجب أن ننال الأفضل لأننا فتيات). مثل هذه التبريرات، يتم الاحتجاج لتغييرها بعد القيام بالفعل وتحقيق المنافع الشخصية في نهاية الأمر.

(34) (Burke . Roberts 2009)

◆ المستوى ج (5:7 سنوات):

تأتي خيارات العدالة الإيجابية من مفهوم المساواة التامة في الأعمال، مثل: (يجب أن ينال كل شخص نفس الشيء الذي يناله غيره). حيث يرى الأطفال المساواة على أنها منع الشكوى أو الشجار، أي نوع من أنواع النزاع والصراع.

التعاطف:

إن التعاطف هو القدرة على فهم مشاعر الآخرين والشعور بما يشعرون به. يبدأ التعاطف في الظهور مبكراً، من عمر الـ 18 شهراً وبزيادة الحصيلة اللغوية للطفل، يصبح لديه القدرة على التعبير عن مشاعره وعواطفه بالمزيد من الدقة. لا يفضي تعبير المرء عما يشعر به إلى التعاطف تلقائياً. لذا، ينبغي أن يتعلم الأطفال عما يشعر به الآخرون من خلال قراءة التلميحات والإشارات من الآخرين، وأن يضعوا أنفسهم مكان الآخر. حيث يعتبر التعاطف بمثابة دافع وحافز قوي للسلوك الاجتماعي الإيجابي، و الأفعال التي تنفع شخصاً آخر دون أدنى توقع لمكافأة لنفسه. (35)

تم تصميم برنامج « جذور التعاطف » وهو برنامج فريد من نوعه مصمم من أجل الأطفال في مرحلة رياض الأطفال حتى مرحلة الصف الدراسي 8. حيث يزور الطفل الرضيع وأبويه أو أحد الأبوين الفصل على مدار العام.

يتفاعل الأطفال مع الرضيع، ويتم مناقشة التطورات التي تحدث للطفل والمشاعر التي يشعر بها.

وبالتالي، يتم تعزيز مشاعر الأطفال وتحسين مهاراتهم الاجتماعية والعاطفية. يظهر الأطفال المشاركون في برنامج جذور التعاطف مستوى أقل في مشاعر العدوان. بذور التعاطف هو فرع منبثق من برنامج أسس جذور التعاطف، فهو برنامج مخصص للأطفال من عمر الثلاث إلى خمس سنوات.

طرق دعم تنمية وتطوير شخصية الطفل في المراحل المبكرة:

- إن المقترحات الآتية، هي طرق ووسائل لدعم تطوير شخصية الطفل في بيئة المرحلة المبكرة من الطفولة:
- ◆ بناء حس مجتمعي وروح الجماعة لكي يتعلم الأطفال سوياً في بيئة محاطة بالاحترام والسكينة.
- ◆ منح الفرص للطفل كي يكون له صوت وحق في إرساء القواعد والقوانين، والنتائج المترتبة على من يخالف تلك القواعد.
- ◆ تهيئة الأسباب للعواقب والنتائج المترتبة، والتأكيد والتركيز عليها كلما أمكن، وعلى الآثار الممكنة جراء أفعال الأطفال داخل الجماعة.

(35) (آيزنبرغ وفايس وسينباد كما ذكر في 2008 Burke).

- ◆ إتاحة الفرص للأطفال للتعاون مع القرناء.
- ◆ تساعد مناقشة القصص والتجارب اليومية الطفل على أخذ مشاعر الآخر في عين الاعتبار، وتمييز الحقيقي عن الوهمي منها.
- ◆ استخدام لعب الأدوار في الأحداث اليومية، الذي يؤدي إلى: الإحباط وخيبة الأمل، والاضطرابات والتوتر والشجار والبهجة والفرح، كي يتيح الفرص للطلاب لرؤية الأشياء والأمور من منظور الآخر.
- ◆ مناقشة مفاهيم العدل وعدم الإنصاف.
- ◆ استخدام القصص والأدب والتاريخ والأحداث الجارية و/ أو الأفلام، إثارة النقاش الذي يثير الاستدلال والتفكير في مرحلة أعلى.
- ◆ كن مثلاً أعلى وأشير إلى النماذج التي يحتذى بها داخل إطار الأسرة والمجتمع. (مقتبس من دوسكا وويلان عام 1975 وهايدينز عام 1995 كما ذكر في Burke عام 2004).
- ◆ دعم تقديم برنامج بذور التعاطف، أو برنامج جذور التعاطف في مرحلة التعليم المبكر ومؤسسات الرعاية.

النواحي الجمالية (المهارات الفنية):

- كما يكتسب الأطفال مزيداً من القدرة على التحكم والسيطرة في مهارات الحركة الدقيقة والقدرات المعرفية، يمكنك أيضاً ملاحظة التقدم الذي يحرزه الأطفال في التعبير الإبداعي من خلال الرسم. يمكن لمجموعة من العوامل أن تؤثر على تنمية الفن لدى الأطفال، مثل:
- ◆ القدرة على حمل أدوات متنوعة للكتابة.
 - ◆ الاطلاع على وسائل إعلامية وثقافية متنوعة.
 - ◆ الاختلافات بين الجنسين.
- على الرغم من السنوات التي يمر بها الأطفال، فقد تختلف المراحل المتنوعة من التنمية الفنية، إلا أن يجتاز الأطفال عادة هذه المراحل بنفس الترتيب والتسلسل.

مراحل تنمية الفنون:

على النحو الوارد في (Wannamaker . Falklak Wlanski . Mikri 1980 & Kellogg 1969 & Gatskill 1958 & Andin 1983 & Burke 2008) على النحو الوارد في (Bertin 1987 . Lowenfield & 2001).

1. مرحلة الشخبطة (من عمر 18 شهر حتى الثلاث سنوات) والتي تتسم بـ:

◆ النقاط.

◆ الخطوط.

◆ الزجاج. (الخطوط المتعرجة)

◆ بصمات الأصابع

2. مرحلة الرموز أو مرحلة التخطيط المسبق، وذلك من عمر (ثلاث إلى ست سنوات) والتي تتسم بـ:

◆ الأشكال (مثل: الدوائر والمثلثات والمربعات) ورسم الصليب (الخطوط المتقاطعة).

◆ المجسمات والأشكال الدائرية.

◆ رسم المانديلا.

◆ رسم الشموس.

◆ رؤوس كبيرة.

◆ شكل مسبط لصورة الإنسان مثل: (دبوس الشعر والشرغوف/ فرخ الضفدع).

3. مرحلة التمثيل والتخطيط من عمر (الست إلى التسع سنوات) والتي تتسم بـ:

السماوات المشتركة الموجودة في رسم الأطفال، من حيوانات وأشجار وأزهار ومنازل وسيارات إلخ.

ولقد تبين أن الفنون مثل الفنون البصرية/ المرئية والموسيقى والدراما، تلعب دوراً هاماً في تنمية الأطفال وتطورهم، ومثال على ذلك: برنامج « ال سيستيم » وهو برنامج موسيقي في فينزيولا، مخصص للأطفال من عمر العامين إلى الـ 18 عاماً، وقد تم تطبيق هذا البرنامج في أكثر من 20 دولة من بينها كندا، وذلك نظراً لنتائجها وآثارها الإيجابية على الأطفال،⁽³⁶⁾ مما أوضح لنا أن الفنون هي جزء هام في التعلم من خلال إشراك كافة المجالات، والتي من الممكن أن تكون عنصراً أساسياً في الارتقاء بمسار الطفل.

يحتاج الأطفال الرضع إلى الرعاية الشديدة البالغة، والتغذية منذ لحظة الميلاد حتى بلوغ قدرتهم على الحياة بشكل أفضل في داخل عالمنا المعقد،

(36) (McCarthy, Harst . McCarthy 2009).

وعلى الرغم من كون الطفل الصغير عند الولادة بلا حول ولا قوة؛ إلا أنه يتمتع ببعض المهارات، بالإضافة إلى مجموعة قوية من ردود الأفعال، مما تساعده على العيش والبقاء على قيد الحياة، وبينما تتلاشى هذه الانعكاسات وردود الأفعال تدريجيًا؛ إلا أنه سرعان ما تنمو مهاراته بشكل سريع خلال الـ 12 شهرًا الأولى.

انعكاسات/ ردود أفعال حديثي الولادة:

يتمتع حديثوا الولادة بمجموعة متنوعة من ردود الأفعال الهامة لاستمرار الحياة والتطورات اللاحقة،⁽³⁷⁾ يمكن وصف رد الفعل/ الانعكاس بـ « شيء فطري/ خَلقي » واستجابة تلقائية لأشكال خاصة من أشكال التحفيز والتنشيط،⁽³⁸⁾ على الرغم من اختلاف الأعمار التي تتلاشى فيها تلك الانعكاسات وردود الأفعال لدى الأطفال، إلا أن استمرار تلك الانعكاسات متجاوزة لمعدل ونطاق العمر الطبيعي، قد يشير إلى وجود مشاكل عصبية لدى الأطفال.⁽³⁹⁾ وللحصول على المزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى قسم علامات ودلائل التطور غير النمطي/ غير القياسي لدى الأطفال الرضع والذي قد يشير إلى أمر أكثر خطورة.

(37) (Burke 2008).

(38) (Burke 2008 ص 147)

(39) (Comili . Musmans 2007).

مرفق في الجدول التالي، موجز لبعض انعكاسات/ ردود أفعال الأطفال الواردة:

المهمة والوظيفة	سن التلاشي والزوال	الاستجابة	المثير/ المحفز	الانعكاس/ رد الفعل
حماية الرضيع من المثير والحافز القوي	دائمة مستمرة	يغمض الرضيع جفن عينيه سريعاً	تسليط ضوء ساطع مشرق على العين، أو التصفيق بالقرب من رأسه	رمش العين
مساعدة الرضيع على إيجاد الحلمة للرضاعة	3 أسابيع (استدارة الرأس طوعاً منذ ذلك الوقت)	استدارة الرأس تجاه المصدر المثير	ملاطفة الوجنتين بالقرب من زاوية الفم	منعكس اللقم- منعكس لقم الحلمة لدى الرضيع
السماح بالرضاعة	الاستعاضة عن ذلك بالمص الطوعي/ الاختياري بعد بلوغ 4 أشهر	يمص الرضيع إصبعه بشكل إيقاعي	وضع إصبع اليد داخل فم الرضيع	المص
مساعدة الطفل على البقاء على قيد الحياة حال سقوطه في الماء	6 أشهر	التجديف والركل بحركة السباحة	وضع وجه الرضيع في حوض الماء	السباحة
طبقاً للتطور البشري القديم، أنه قد يساعد في تشبث الطفل بأمه	6 أشهر	يصدر الرضيع حركة العنق من خلال تقوس الظهر، ومد الرجل والذراعين خارجاً، وجمع الذراعين باتجاه الجسد	حمل الطفل بشكل أفقي من الخلف، وجعل الرأس تنخفض قليلاً، أو إصدار صوت عالٍ فيما يقابل الأسطح الداعمة للرضيع	مُنْعَكْسُ مُورُو العنَاقِيّ (= مُنْعَكْسُ العِنَاق)
إعداد الصغير للقبضة والتشبث الاختياري	4 أشهر	قبضه الإصبع تلقائياً	وضع الإصبع في يد الرضيع والعض تجاه راحة اليد	إحكام راحة اليد

الانعكاس/ رد الفعل	المثير/ المحفز	الاستجابة	سن التلاشي والزوال	المهمة والوظيفة
منعكس الموتر للرقبة	استدارة رأس الرضيع في اتجاه واحد أثناء نومه مستلقياً على ظهره	ينام الرضيع في «وضع السياج» ممدداً إحدى ذراعيه أمام العينين باتجاه الجانب الملتفت نحوه الرأس، مع ثني الذراع الآخر	4 أشهر	إعداد الطفل للوصول الاختياري
الخطو/ المشي	حمل الطفل من أسفل ذراعيه مع تلامس قدميه لسطح أملس	رفع القدم تلو الأخرى استجابةً لوضع الخطو والمشي	شهرين للأطفال الرضع ممن يكتسبون وزناً بشكل سريع، ومن خلال الدعم في الأطفال الأخف وزناً	إعداد الطفل للمشي اختياريًا
منعكس باطن القدم	جر أخمص القدم من القدم إلى الكعب	تفرقة الأصابع والتواء القدم	8- 21 شهرا	غير معروف

تطور الأطفال طبقاً للسن والمجال

يرجى ملاحظة أن: جميع المجالات مترابطة ومتداخلة فيما بينها، على سبيل المثال: «التعرف والهدوء على صوت رقيق مألوف» يدخل في نطاق الإدراك، كما يعتبر جزءاً ضمن النطاق الاجتماعي والتطور اللغوي والسمعي.

كما يرجى أيضاً ملاحظة أن: تم إدراج جميع المهارات وفقاً للسن، حيث يجب على جميع الأطفال استكمالها، ما لم يذكر خلاف ذلك، فعند ملاحظة طفل بين مرحلتين من العمر مشيراً إلى الفئة العمرية الأصغر، على سبيل المثال: (توقع أن الطفل ذو الثلاثة أشهر يكمل المهارات المدرجة لمرحلة الطفل ذي الشهرين من العمر).

1 - قائمة التطور الطبيعي للطفل في المرحلة العمرية 60 يوماً (شهرين)

			(A) التطور الاجتماعي		م
لا	أحياناً	نعم			
0	1	2			
			النظر إلى مقدم الرعاية ⁽⁴⁰⁾		1
			ملاحظة وقراءة ملامح وجه مقدم الرعاية.		2
			يبتسم كرد فعل لمقدم الرعاية.		3
			محاكاة/ تقليد بعض من تعبيرات الوجه		4

(40) 1 مقدم الرعاية المقصود به كل من يتعامل مع الطفل: الأب، الأم، المختص، ..

(B) التطور العاطفي

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			الهدوء عندما يشعر بالراحة مع مقدم الرعاية.	1
			الشعور بالاستمتاع عندما يشعر بلامسة وملاطفة وعناق ومداعبة الآخرين.	2
			الهدوء عندما يشعر بالراحة مع مقدم الرعاية.	3

(C) اللغة

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			يصدر أصواتاً مختلفة للبكاء.	4
			مثل: (التعبير عن الجوع والتعب)	5
			يصدر أصواتاً مختلفة مثل: (التنهيدة والغرغرة)	6
			يضحك بصوت عالٍ.	7

(D) الإدراك والمعرفة

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			يتعرف إلى الأصوات الناعمة الخافتة ويهدأ عندما يستمع لها.	8
			مراقبة الوجوه باهتمام شديد.	9
			مراقبة الوجوه باهتمام شديد.	10

(E) المهارات الحركية الكبرى

لا	أحيانا	نعم	
0	1	2	
			يرفع الطفل رأسه فوق معدته. 11
			يرفع رأسه لأعلى، عندما يحمله مقدم الرعاية فوق كتفه. 12
			يرفع رأسه عندما يكون مستلقياً على ظهره. 13

(E) المهارات الحركية الصغرى

لا	أحيانا	نعم	
0	1	2	
			يفتح ويغلق يديه 14

(F) الإدراك الحسي (الحواس) السمع

لا	أحيانا	نعم	
0	1	2	
			ينتابه الفزع والمباغطة للضوضاء الصاخبة أو المفاجئة. 15
			يمكن تهدئته عند سماع صوت مألوف. 16
			يفضل الأصوات المعقدة، مثل: (الضوضاء والأصوات البشرية) عن النغمات المجردة. 17
			يميز بعض أنماط الأصوات. 18
			يستمتع إلى الأصوات البشرية وقتاً أطول عن الثرثرة غير المفهومة. 19
			يحرك عينيه ورأسه في الاتجاه المباشر للصوت. 20

(G) الإدراك الحسي (الحواس): الرؤية

لا	أحيانا	نعم		
0	1	2		
			يتبع بعينه الأشياء التي تتحرك ببطء.	21
			يتجول بعينه من حين لآخر.	22
			يفضل اللون الأسود والأبيض، والأنماط البارزة عالية التباين، مثل: (المربعات كبيرة الحجم والدوائر والخطوط).	23
			يفضل الوجوه البشرية عن باقي الأنماط والأشكال.	24
			يفضل وجه مقدم الرعاية أكثر من الأوجه غير المألوفة.	25
			حركات العينين البطيئة، وغير الدقيقة في تتبع وتعقب الأشياء المتحركة.	26
			يحرك عينيه ورأسه كي ينظر لمصدر الضوء.	27

(H) الإدراك الحسي (الحواس): اللمس

لا	أحيانا	نعم		
0	1	2		
			يستجيب للمس والألم.	28
			تمييز الأشكال.	29
			يضع الأشياء في راحة اليد.	30
			يفضل الأشياء ذات الملمس الناعم عن الخشن.	31
			ينفر من الأشياء الخشنة أو التعامل المفاجئ.	32
			التلامس خاصة ملامسة الجلد للجلد، كما يقلل من هرمون التوتر للجلد.	33
			يحرك عينيه ورأسه كي ينظر لمصدر الضوء.	34

(I) الإدراك الحسي (الحواس): التذوق والشم

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			يستجيب للمس والألم.	35
			تمييز الأشكال.	36
			يضع الأشياء في راحة اليد.	37
			يفضل الأشياء ذات الملمس الناعم عن الخشن.	38
			ينفر من الأشياء الخشنة أو التعامل المفاجئ.	39
			التلامس خاصة ملامسة الجلد للجلد، كما يقلل من هرمون التوتر للجلد.	40
			يحرك عينيه ورأسه كي ينظر لمصدر الضوء.	41

(J) الإدراك الحسي (الحواس): التغذية

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			الاعتماد على الرضاعة الطبيعية وحدها.	42
			يتناول 400 وحدة من فيتامين (د) يومياً.	43
			في حالة عدم الرضاعة الطبيعية، يعتمد على المواد الغنية بالحديد.	44
			لا يتناول أي مواد سائلة أو صلبة.	45

(K) الإدراك الحسي (الحواس): الرضاعة

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			المص/ الرضاعة من حلمة الأم بشكل جيد.	46

(K) الإدراك الحسي (الحواس): الرضاعة

لا	أحيانا	نعم		
0	1	2		
			استخدام الضغط السلبي كي يحكم الإغلاق عليها.	47
			السعال والشهيق، عند تدفق اللبن بسرعة كبيرة.	48
			المص بشكل متناغم مع التدفق 01-02 مصة.	49
			التنسيق بين الرضاعة والبلع والتنفس.	50
			الرضاعة على الأقل 8 مرات.	51

(L) الإدراك الحسي (الحواس): الرضاعة

لا	أحيانا	نعم		
0	1	2		
			الإدراك الحسي (الحواس): الرضاعة	52
			المص/ الرضاعة من حلمة الأم بشكل جيد.	53
			استخدام الضغط السلبي كي يحكم الإغلاق عليها.	54
			السعال والشهيق، عند تدفق اللبن بسرعة كبيرة.	55
			المص بشكل متناغم مع التدفق 01-02 مصة.	56
			التنسيق بين الرضاعة والبلع والتنفس.	57
			الرضاعة على الأقل 8 مرات.	58

2 - عندما يبلغ الطفل 4 أشهر من العمر

(A) التطور الاجتماعي

لا	أحياناً	نعم	
0	1	2	
			1 يتسم ويضحك لمقدم الرعاية.
			2 يصدر أصواتاً ويحرك ذراعيه ورجليه مستجيباً لمقدم الرعاية.
			3 يستمتع باللعب مع الأشخاص، وقد يبكي عند توقفهم عن اللعب.
			4 محاكاة/ تقليد بعض من تعبيرات الوجه.

(B) التطور العاطفي

لا	أحياناً	نعم	
0	1	2	
			5 يتسم ويضحك لمقدم الرعاية.
			6 يصدر أصواتاً ويحرك ذراعيه ورجليه، مستجيباً لمقدم الرعاية.

(D) تطور الإدراك والمعرفة

لا	أحياناً	نعم	
0	1	2	
			7 يتبع بعينه الأشياء المتحركة أو الأشخاص.
			8 ينقل بصره من شئ لآخر.
			9 يتعرف على الأشخاص والأشياء المألوفة بالنسبة له.
			10 يبدو وكأن لديه الوعي بوجود الأشياء، حتى وإن لم يكن يراها.

(E) تطور اللغة

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			يصدر أصواتاً عند النظر للأشخاص أو الألعاب.	11
			يستجيب لمقدم الرعاية، ويصدر أصواتاً كرد فعل له.	12
			نفخ الفقاقيع بصوت عالٍ.	13
			إصدار أصوات خفيفة معظمها من الحروف المتحركة، ولكن أحياناً ما يصدر مجموعة من الحروف الساكنة (مرحلة الهدوء).	14
			يضحك بصوت عالٍ.	15

(F) تطور المهارات الحركية الكبرى

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			يرفع الطفل رأسه فوق صدره متحكماً في نفسه من خلال ساعديه.	16
			لا تتراخى رأسه في وضع الجلوس.	17
			الضغط على رجليه عند ملامسة قدميه لسطح ثابت قوي.	18
			يحافظ على ثبات رأسه عند اتكائها فوق الصدر أو الوسط في وضع الجلوس.	19
			يتدحرج من الجنب إلى اتجاه الظهر.	20
			يجمع كلتا يديه سوياً باتجاه الصدر، ورأسه في منتصف الجسد عندما يكون مستلقياً على ظهره.	21

(G) تطور المهارات الحركية الدقيقة

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			يجمع كلتا يديه سوياً في اتجاه منتصف الجسد.	22

(G) تطور المهارات الحركية الدقيقة

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			يضع يديه في فمه، مثل: (يضع أصبعه أو لُغَبه في فمه).	23
			مص الأصابع وقبضة اليد.	24
			محاولة ضرب الأشياء المتدلية بيده.	25
			وإمسакها وتحريك الألعاب اليدوية.	26
			محاولة الوصول للأشياء عندما تكون في موضع الجلوس.	27
			مسك الأشياء لفترة قصيرة من الوقت عند امسأكه بيده.	28
			استخدام زنديه محاولاً للوصول لشيء (إحكام أصابع الطفل عكس اتجاه راحة اليد).	29

(H) الإدراك الحسي (الحواس): مراجعة الوضع العام لعمر الشهرين

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			مراجعة الوضع العام لعمر الشهرين:	30
			قد يحدث تطور في الأوقات الروتينية للرضاعة.	31
			مراجعة الوضع العام لعمر الشهرين.	32
			الرضاعة 7- 21 مرة ليلاً ونهاراً.	33

3 - عندما يبلغ الطفل من العمر 6 أشهر

توقع أن الطفل سوف:

أ - التطور الاجتماعي

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			يبتسم ويخرج فقاعات عندما يحظى باهتمام الكبار.	1
			يستمتع باللعب الاجتماعي.	2
			يهتم بالصورة المنعكسة بالمرآة.	3
			يقلد ويحاكي تعابير الوجه بشكل أفضل، ويكررها بعد ذلك، حتى ولو تأخر لمدة يوم.	4
			يتفحص وجه مقدم الرعاية.	5

ب - التطور العاطفي

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			إصدار أفعال محاولاً تهدئة نفسه، للسيطرة على عواطفه من خلال مص الأصابع.	6
			يعرب عن البهجة والسعادة والاستياء.	7
			يميز المشاعر من خلال تغيير نغمة الصوت.	8
			إصدار أفعال محاولاً تهدئة نفسه للسيطرة على عواطفه، من خلال مص الأصابع.	9

ت - اللغة

لا	أحياناً	نعم	
0	1	2	
			10 يحرك رأسه وينظر في اتجاه الصوت الجديد.
			11 يستجيب عندما يستمع للنداء باسمه.
			12 يبدي استجابة عند سماعه بعض الكلمات.
			13 مثل (بابا، باي باي «كلمات الوداع»)
			14 يميز ويتعرف على صوت مقدم الرعاية، ويفضله على غيره من الأصوات.
			15 يستمع وينظر إلى وجه مقدم الرعاية، عندما يتحدث أو يتحدث.
			16 يبتسم ويضحك رداً على ابتسام وضحك مقدم الرعاية.
			17 يصدر أصواتاً عندما يتحدث إليه مقدم الرعاية.
			18 يصدر صوتاً كلامياً معبراً عن السعادة والاستياء، مثل: (الصياح عند الحماس والبهجة، والهمهمة عند الغضب).
			19 تقليد الأصوات كالسعال وأصوات أخرى، مثل: (آه وإيه وبوه).
			20 إصدار الفقاعات وأصوات متنوعة.
			21 الثرثرة بمجموعة من الحروف الساكنة، مثل: (جا وجو ودا وبا) والأصوات، مثل: (الجمع بين الساكن والمتحرك)، وترديد المقاطع الصوتية.

ث - الإدراك والمعرفة

لا	أحياناً	نعم	
0	1	2	
			22 اكتشاف الأشياء المخفية جزئياً.
			23 الاستجابة للعبة: (الغميضة/ النظرة الخاطفة السريعة، مع إصدار الأصوات).

ث - الإدراك والمعرفة

لا	أحياناً	نعم
0	1	2

24	استكشاف الأشياء بيده وفمه.
25	يقضي وقتاً أطول في تفحص الألعاب والتعرف على كيفية التعامل معها.

ج- الحركة

لا	أحياناً	نعم
0	1	2

المهارات الحركية الكبرى

26	يحاول رفع جسده والانتصاب .
27	يحرك راس تجاه الصوت .
28	ينقلب على كل الاتجاهات .
29	يحاول الجبو .

لا	أحياناً	نعم
0	1	2

المهارات الحركية الدقيقة

30	استخدام يده من أجل مسك الأشياء، أو الوصول إليها، أو القرع عليها، أو تلتطيخها.
31	وضع يديه أو اللعبة في فمه.
32	هز وتحريك الأشياء بقوة.
33	الوصول لشيء مستخدماً يداً واحدة.

المهارات الحركية الدقيقة

لا	أحياناً	نعم	
0	1	2	
			مسك الأشياء أو الألعاب. 34
			استخدام النيش بجميع أصابعه وليس بنظام الكماشة. 35

ج- الإدراك الحسي (الحواس)

السمع

لا	أحياناً	نعم	
0	1	2	
			الاستجابة للكلام والأصوات، من خلال التوقف عن اللعب والتزام الصمت. 36
			تحريك الرأس باتجاه مصدر الصوت. 37
			يبتهج لسماع الأصوات خاصة أصوات الأشخاص. 38
			يمكنه تمييز نغمات الموسيقى. 39
			يمكنه تحديد المكان الذي يصدر منه الصوت بدقة أكبر. 40
			يراعي/ يصبح على وعي ودراية بنبرات الألفاظ في كلامه. 41

الرؤية

لا	أحياناً	نعم	
0	1	2	
			يحرك رأسه من مكان لآخر متعقباً لعبة ما. 42
			يتجول بعينه من شئ لآخر. 43
			يفضل الأشكال الأكثر تعقيداً، مثل: (لوح الشطرنج). 44

الرؤية

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			تتطور لديه رؤية الألوان جيداً، منذ بلوغ الشهر الرابع من العمر.	45
			تصل الرؤية لـ 02 / 02 ببلوغ عمر الـ 6 أشهر (القدرة على رؤية الأشياء بوضوح).	46
			ببلوغ الشهر الخامس من العمر، تزداد مهارات تعقب الأجسام المتحركة، حيث يمكنه تعقب الأشياء المتحركة في طرق متشعبة، وبسرعات متفاوتة.	47

اللمس

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			يستكشف معظم الأشياء من خلال فمه.	48
			يستمتع بلمس الأشياء من خلال: (الإمساك بها، وضربها للعب بها ودغدغتها).	49

التذوق والشم

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			يفضل المذاقات المالحة صعبة المذاق عن الماء العادي.	50
			سرعة وسهولة تغيير المذاق المفضل له، من خلال تجربة مذاقات أخرى.	51

4 - عندما يبلغ الطفل من العمر 9 أشهر

لا	أحيانا	نعم	
0	1	2	
			1 يبدأ في تجربة الأطعمة الغنية بالحديد، مثل: حبوب الأطفال الغنية بالحديد، أو اللحوم المهروسة.
			2 يبدي علامات استعدادة لتناول الأطعمة الصلبة.
			3 الحفاظ على ثبات وتوازن رأسه أثناء وضع الجلوس.
			4 فقدان رد فعله المسبب لاندفاع خروج الطعام من فمه.
			5 يبدي رغبته فيما يتناوله الآخرون من طعام.

لا	أحيانا	نعم	
0	1	2	
			6 يصبح لديه ابتسامة خاصة للأشخاص المألوفين بالنسبة له.
			7 يحدث ضجيجا أو بكاءً، إذا تصرف مقدم الرعاية بشكل مختلف.
			8 يبدي استياءه عند مغادرة أو رحيل مقدم الرعاية.
			9 من المحتمل أنه قد يحيد/ يبتعد عن الغرباء بتوتر أو حذر، أو خجل أو خوف، (القلق من الغرباء).
			10 يتسم لانعكاس صورته في المرآة.
			11 التعبير عن مشاعره تجاه الآخرين، أو من يأخذه ويحمله.

5 - عند يبلغ الطفل من 6 الى 9 أشهر من العمر

			(A) اللغة	
لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			يحرك رأسه تجاه الصوت.	1
			يستجيب لرنين الجوال/ التليفون أو الطرق على الباب.	2
			يفهم الأوامر القصيرة، مثل: (التلويح والوداع- باي باي- النهي- لا- وممنوع اللمس).	3
			الثرة والتمتمة بمجموعة مختلفة من الأصوات، مثل: (بابابابا ودهدهدهه).	4
			يصدر أصواتاً أو إيماءات لجذب الانتباه أو طلب المساعدة.	5
			تقليد الأصوات والكلام.	6

			(B) الإدراك والمعرفة	
لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			يبحث عن مصدر الألعاب المخفية.	7
			الشجار من أجل الحصول على الأشياء التي يصعب عليه الوصول إليها.	8
			رمي الألعاب ومشاهدتها أثناء السقوط.	9
			البدا في التلاعب بالدمى، كي يجعلها تشكل شيئاً، مثل: (تجميع المكعبات والقطع سوياً).	10

(c) الحركة

المهارات الحركية الدقيقة:

لا	أحيانا	نعم		
0	1	2		
			تمرير شيء من يد لأخرى.	1
			التقاط الأشياء الصغيرة باستخدام الإصبع الأول والإبهام، (فتات الطعام أو شيربوس أو حبوب الأرز).	2
			يجمع شيئين سوياً.	3
			يستخدم يديه وفمه لاستكشاف الأشياء.	4
			إسقاط الأشياء وإلقاؤها.	5
			الانقضاض على الألعاب المتحركة.	6

المهارات الحركية الكبرى:

لا	أحيانا	نعم		
0	1	2		
			يجلس بدون مساعدة لدقائق بسيطة.	7
			محاولة الحركة من خلال الحبو وتحريك الأرداف والمؤخرة، أو الارتكاز على البطن.	8
			التحكم في الجزء العلوي من جسده وذراعيه.	9
			الاندفاع للأمام لالتقاط دمية.	10
			الوقوف على قدميه بمساعدة الآخريين.	11

(D) الإدراك الحسي (الحواس)

السمع

لا	أحيانا	نعم		
0	1	2		
			الاستجابة لمستوى الصوت المنخفض، وأي أصوات أخرى غير حادة أو حادة.	12

(D) الإدراك الحسي (الحواس)

لا	أحياناً	نعم	
0	1	2	
			13 عدم الاستجابة لأوامر النهي «لا» بصورة مؤقتة.
			14 الثرثرة مستخدماً مقاطع مكونة من الحروف الساكنة والمتحركة ومتكررة، مثل: (بابا وجاجا).
			15 يصدر أصواتاً بوتيرة منخفضة ومرتفعة.

الرؤية

لا	أحياناً	نعم	
0	1	2	
			16 ملاحظة العناصر صغيرة الحجم، مثل: (فتات الخبز).
			17 يبدي اهتمامه بالصور.
			18 يتعرف على الأشياء المخبأة، والمختفية بشكل جزئي.
			19 يصبح لديه إدراك حسي عميق متطور.

اللمس/التذوق والشم

اللمس	التذوق والشم
مراجعة تطورات الشهر 6	مراجعة تطورات الشهر 6

(E) التغذية/ الرضاعة التغذية

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			استمرار الرضاعة بناءً على الطلب.	20
			تناول أطعمة تكميلية غنية بالحديد من 2: 3 مرات يومياً.	21
			تناول أطعمة مهروسة ناعمة جداً.	22

مجال التغذية

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			يبدأ في الشرب من خلال الكوب.	23
			ييدي رغبته في تناول الطعام، ويفتح فمه وقد يميل للأمام عند تقديم الطعام الصلب.	24
			ييدي عدم رغبته في الطعام، ويغلق فمه وينصرف مبتعداً.	25
			يبتلع الطعام المهروس، أو الكميات الصغيرة من الطعام.	26
			يحرك لسانه لأعلى وأسفل وليس حركات جانبية.	27

6 - عند بلوغ الطفل 12 شهرا من العمر

لا	أحيانا	نعم	
0	1	2	
			يشعر بالذبل أو القلق تجاه الغرباء.
			البكاء عند رحيل مقدم الرعاية: (قلق الانفصال).
			قد يشعر بالخوف في بعض المواقف.
			تقليد الآخرين في اللعب.
			ييدي تفضيلا خاصا لبعض الأشخاص والألعاب.
			تفضيل الأم أو مقدم الرعاية عن الأشخاص الآخرين.
			يمد يده أو ساقه لمساعدة مقدم الرعاية في إلباسه الملابس.
			اختبار رد فعل والديه أثناء اللعب أو تناول الطعام.
			تكرار الأصوات أو الإيماءات لجذب الانتباه.
			اللعب مع مقدم الرعاية، مثل: (الغميضة وخبز الكيك).
			يقدم الألعاب لمقدم الرعاية.

لا	أحيانا	نعم	
0	1	2	
			يعبر عن احتياجاته، أو يعترض على شئ من خلال استخدام تعبيرات الوجه وردود الأفعال، أو الأصوات والكلمات المختلفة.
			يظهر كثيراً من المشاعر، كالعاطفة والغضب والسعادة والخوف.

(B) التطور العاطفي

(B) التطور العاطفي

لا	أحياناً	نعم
0	1	2

			تنظيم المشاعر من خلال الابتعاد عن المواقف، مثل: (الخبو).	14
			يبحث عن الراحة حيث يريد أن يحمله الآخرون، عند شعوره بالانزعاج والضيق.	15

(C) اللغة⁽⁴¹⁾

لا	أحياناً	نعم
0	1	2

			يولي اهتماماً بالغاً للكلام.	16
			ينظر إلى من ينادي اسمه.	17
			يفهم الأوامر والأسئلة البسيطة، مثل: (أين الكرة؟ ابحث عن حذائك).	18
			يستخدم إيماءات بسيطة، مثل: (هز الرأس) للرفض أو التلويح للوداع.	19
			يدمج الأصوات معاً، كما لو كانت حديثاً (بادا بانوه وآبي).	20
			يتناوب في إصدار الأصوات معك.	21
			يستخدم أساليب التعجب، مثل: (أوه- أوه).	22
			استخدام ثلاث كلمات، أو أكثر تحتوي على مقطع: مثل (دادا و ماما)، حتى وإن لم يكن ينطقها بشكل صحيح ودقيق.	23
			ييدي اهتماماً بالكتب ذات الصور البسيطة.	24

(41) تم الاستعانة بمؤشرات التطور من 2005 & Kent & Liduuk 2008 & Greener . Ertm 2008 & Schiller 2005 & Curtis . Robert 2009 & Burke . Burke 2008 & وفحص التطور والإنماء

بمنطقة Alberta 2006 . Nipsing and Rourke Ludok & ومؤسسة 2004 . Haneman . Sears and Sears 2003 & Chilov .

(D) الإدراك والمعرفة

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			يستكشف الأشياء بطرق متعددة ومختلفة، مثل: (الهز والضرب ورمي وإسقاط الأشياء).	25
			يستجيب لسماع الموسيقى.	26
			ينظر للصورة الصحيحة عند ذكر اسمها.	27
			يبدأ في استخدام الأشياء بشكل صحيح، مثل: (الشرب من الكوب، وتمشيط الشعر، والاتصال بالهاتف، والاستماع إلى جهاز الاستقبال).	28
			يبدأ في استكشاف السبب والنتيجة: (التأثير).	29

(E) المهارات الحركية الكبرى

لا	أحياناً	نعم		
0	1	2		
			يستطيع أن ينهض في وضع الوقوف دون مساعدة.	30
			يجبو ويحرك الأرداف بسهولة.	31
			الجبو بمساعدة يديه وركبتيه.	32
			الانتقال من وضع الجلوس إلى وضع الجبو أو الاضطجاع: (الالتكأ على المعدة).	33
			الوقوف مستنداً إلى الأثاث.	34
			المشي ممسكاً يد مقدم الرعاية، أو مستنداً إلى الأثاث.	35
			يقف دون مساعدة للحظات/ بشكل مؤقت.	36
			قد يتخذ خطوتين أو ثلاث خطوات دون مساعدة.	37
			يبدأ في الصعود على السلم، أو تسلق الدَّرَج أو الأثاث.	38

(F) المهارات الحركية الدقيقة

لا	أحيانا	نعم		
0	1	2		
			وضع الأشياء في وعاء/ حاوية.	39
			إخراج الأشياء/ الأجسام من الحاوية، مثل: (المكعبات).	40
			يدع الأشياء تذهب بشكل حر.	41
			يلتقط الأشياء الصغيرة باستخدام أطراف إصبع الإبهام والإصبع الأول.	42
			يدفع لعبة/ دمية.	43
			يخلع/ ينزع جوربه	44

(G) السمع

لا	أحيانا	نعم		
0	1	2		
			يتعرف على نفس اللحن الذي يتم عزفه بعناصر مختلفه.	45
			سيتعرف على الصوت في أي اتجاه.	46
			تحديد الأصوات غير المستخدمة في اللغة الأم.	47
			الكشف على وحدات الكلام والتخاطب أمر شديد الأهمية، وذلك لفهم المعنى فيما يتضمن الكلمات المألوفة المعتادة، والانتظام في الصوت وتسلسل الكلمات.	48

(H) الرؤية

لا	أحيانا	نعم		
0	1	2		
			يفضل الأشكال والأنماط المتحركة.	49
			يكتشف الأشياء المألوفة، حتى وإن تم عرضها برسم غير مكتمل.	50

لا	أحياناً	نعم
0	1	2

(H) الرؤية

			النظر من الشباك و التعرف على الناس.	51
			التعرف على الصور والأشخاص من خلال الصور.	52

لا	أحياناً	نعم
0	1	2

(I) اللمس

			يستكشف تنوع الأنسجة والأقمشة بيديه وأحياناً بفمه.	53
			الرغبة في تجربة مجموعة من الأطعمة المختلفة. ييدي حبه أو كراهيته للمذاق أو الرائحة.	54

لا	أحياناً	نعم
0	1	2

(J) التذوق

			تناول أطعمة تكميلية غنية بالحديد.	55
			يتناول كميات ضئيلة من طاولة الطعام.	56
			قد يشرب حليب كامل الدسم.	57

(K) الرضاعة

لا	أحيانا	نعم		
0	1	2		
			يتناول الطعام في أوقات منتظمة.	58
			قد يتناول 3 وجبات رئيسية ووجبتين خفيفتين.	59
			يطعم نفسه بنفسه بعض الوجبات.	60
			حمل وقضم ومضغ المقرمشات.	61
			يستخدم حركات جانبية للسان، كما يستخدم الحركات أعلى وأسفل اللسان.	62

علامات الخطر

على الرغم من تطور جميع الأطفال وفقاً لمعدلاتهم الخاصة؛ إلا أن هناك بعض العلامات في تطور الطفل، التي قد تشير إلى مخاوف جدية تجاه تطور الطفل. إذا تم ملاحظة أيٍّ من العلامات الآتية في التطور غير النمطي للطفل، فيجب مناقشة تلك العلامات مع مقدمي رعاية التدخل المبكر للطفل في الدولة، وقد يتم طلب إحالته إلى طبيب مختص⁽⁴²⁾.

مرحلة التطور: فترة ما قبل دخول المدرسة استناداً إلى العمر والمجال

يرجى ملاحظة أن: جميع المجالات مترابطة ومتداخلة فيما بينها، على سبيل المثال: (التعرف والشعور بالهدوء لسماع صوت رقيق مألوف) يدخل في نطاق الإدراك، كما يعتبر جزءاً ضمن النطاق الاجتماعي والتطور اللغوي والسمعي.

كما يرجى أيضاً ملاحظة أن: تم إدراج جميع المهارات وفقاً للسن، حيث يجب على جميع الأطفال استكمالها، ما لم يذكر خلاف ذلك، فعند ملاحظة طفل بين مرحلتين من العمر يشار إلى الفئة العمرية الأصغر، على سبيل المثال: (توقع إنهاء وإكمال الطفل ذي الأربع سنوات ونصف، المهارات المدرجة لمرحلة الطفل ذي الأربع سنوات).

يمكن استخدام هذا المقياس لتحديد المشكلات وأوجه القصور لدى الأبناء سواء تم الاستخدام من قبل متخصصين او من قبل أولياء الأمور في حالة الاستخدام من قبل أولياء الأمور وجب عليهم إذا وجدوا قصور في مجال ما التوجه إلى الاستشاريين لمساعدتهم على تطوير قدرات أبنائهم.... كما يمكن للباحثين العلميين استخدام المقياس في أبحاثهم العلمية دون أخذ موافقة من المؤلف على أن يتم الإشارة إلى المرجع طبقاً للقواعد العملية في البحث العلمي ...

الإجابة بنعم (تعنى أن الطفل لا يعاني من هذه المشكلة) الإجابة ب لا (تعنى أن الطفل يعاني من هذه المشكلة وهي نقطة ضعف)
الإجابة ب لا تنطبق (تعنى انه لا تناسبه لأنه يعاني من إعاقة في هذا العضو)

(42) (First . Palifrey 1994& Chilov. Haneman 2004)

العمر: من أسبوعين إلى أربعة أسابيع

لا ينطبق	لا	نعم	
			1 قدرته على المص جيدة ويتغذى ببطء.
			2 يرمش عند تعرضه لضوء ساطع.
			3 يركز على شيء، ولا يتتبع تحرك شيء قريب منه من جانب إلى آخر.
			4 بالكاد يحرك ذراعيه وساقيه، كما لو كان جثة متيبسة.
			5 يبدو وكأن به مرونة وارتداء في أطرافه.
			6 ارتعاش الفك السفلي من الفم، حتى في حالة عدم بكاء الطفل، أو حماسه وابتهاجه.
			7 لا يستجيب للأصوات العالية.

من شهر إلى 4 أشهر

لا ينطبق	لا	نعم	
			1 لا يبدو أنه يستجيب للأصوات العالية.
			2 لا يلاحظ يديه ببلوغ عمر الشهرين.
			3 لا يبتسم لسماع صوت أمه ببلوغ عمر الشهرين.
			4 لا يتتبع بعينه حركة الأجسام المتحركة، ببلوغ عمر الثلاثة أشهر.
			5 لا يمسك الأشياء أو يحكم قبضته، ببلوغ عمر الثلاثة أشهر.
			6 لا يبتسم للتحرين ببلوغ عمر الثلاثة أشهر.
			7 لا يثبت رأسه جيداً ببلوغ عمر الثلاثة أشهر.
			8 لا يصل إلى الألعاب أو يحكم قبضته عليها جيداً، ببلوغ عمر الأربعة أشهر.
			9 لا يثرثر أو يتمم بكلام غير مفهوم، ببلوغ عمر الأربعة أشهر.

من شهر إلى 4 أشهر

لا ينطبق	لا	نعم	
			10 لا يضع الأشياء في فمه قبل بلوغ الأربعة أشهر.
			11 يبدأ في الثرثرة، ولكنه لا يحاول محاكاة، أو تقليد الأصوات، وذلك في عمر الأربعة أشهر.
			12 لا يضغط بساقيه عند ملامسة قدميه لسطح ثابت أملس، عند الأربعة أشهر.
			13 لديه حركة مضطربة بإحدى عينيه، أو كلاهما في كافة الاتجاهات.
			14 يصيب عينه الحول معظم الوقت، (الحول للعينين بين الحين والآخر هو شئ طبيعي، خلال الأشهر الأولى من العمر).
			15 يبدي اهتماماً للوجوه الجديدة، أو قد يبدي الخوف والانزعاج من الوجوه الجديدة، أو الأشخاص المحيطين.
			16 ينتبه للأم في عمر الثلاثة أشهر.
			17 يزال لديه المنعكس الموتر للرقبة، والمعروف بوضع السياج، وذلك خلال الشهر الرابع.
			18 يحرك رأسه لمصدر الصوت في الشهر الرابع.

العمر: من 5: 8 أشهر

لا ينطبق	لا	نعم	
			1 استمرارية انعكاس مورو بعد انتهاء الستة أشهر الأولى.
			2 مثل: (منعكس الإيجفال عند المواليد أي فتح و غلق يده).
			3 يبدو كأنه متصلب ذو عضلات ضيقة مشدودة.
			4 يبدو وكأنه مرن جداً ورخو كدمية من القماش.
			5 مازالت الرأس تتراجع وغير ثابتة، في حين رفع الجسد وضع الجلوس.
			6 يصل للأشياء بيد واحدة فقط.
			7 يرفض العناق.

العمر: من 5: 8 أشهر

لا ينطبق	لا	نعم	
			لا يبدي أي اهتمام لمقدم الرعاية.
			يبدو كأنه غير منسجم ومستمتع، بوجود الأشخاص من حوله.
			ينصرف بإحدى عينيه، أو كلاهما باستمرار.
			انهمار الدموع باستمرار، أو جفاف العينين، أو حساسية العين للضوء.
			لا يستجيب للأصوات من حوله.
			يواجه صعوبة في وضع الأشياء بفمه.
			لا يهدأ ولا يتقبل المواساة والتهدئة ليلاً، بعد بلوغ الخمسة أشهر الأولى.
			لا يبتسم بشكل تلقائي بعد الخمسة أشهر الأولى.
			لا يجلس بالمساعدة بعد عمر الستة أشهر.
			لا يضحك أو يصدر صوت الأنين، بقرابة الستة أشهر الأولى.
			لا يتدرج/ ينقلب على أحد الجانبين، أو من الأمام إلى الخلف والعكس، عند عمر الستة أشهر.
			لا يصل إلى الأشياء بنشاط وحيوية، عند عمر السبعة أشهر.
			لا يتتبع الأشياء بكلتا عينيه على المدى القريب (52 سم)، والمدى البعيد (5.1 م)، عند عمر السبعة أشهر.
			لا يحمل بعضاً من الوزن على ساقيه، عند عمر السبعة أشهر.
			لا يحاول جذب الانتباه من خلال بعض الأفعال، عند عمر السبعة أشهر.
			لا يقدر على حمل الشخصية، عند عمر السبعة أشهر. (لَعْبَةٌ تُحَدِّثُ صَوْتًا عِنْدَ هَرَّهَا يُلْهَىٰ بِهَا الرِّضِيعُ).
			لا يستطيع الوصول للأشياء المُسْقَطَة أو المُلقاة، عند عمر السبعة أشهر.
			لا يثرثر بالكلام في عمر الـ 8 أشهر.
			لا يبدي أي اهتمام بلعبة الغميضة في عمر الـ 8 أشهر.

العمر: من 9: 12 شهرا.

لا ينطبق	لا	نعم	
			1 لا يجبو.
			2 يسحب جانبا من جسده أثناء الحبو باستمرار.
			3 لا يقف عند تقديم المساعدة له في الوقوف.
			4 لا يبحث عن الأشياء التي تم إخفاؤها أثناء مشاهدته لها.
			5 لا يقول أيًا من الكلمات المفردة، مثل: (ماما أو بابا).
			6 لا يستخدم الإيماءات، مثل: (التلويح أو هز الرأس).
			7 لا يشير إلى الأشياء أو الصور.
			8 لا يستخدم قبضة السبابة والإبهام، ببلوغ الـ 21 شهرا.
			9 يصعب مواساته وتهديته، بالإضافة إلى تصلب جسده عند الاقتراب منه.

تنمية الأطفال في عمر الحبو حسب العمر ومجال التنمية

يرجى ملاحظة أن: جميع المجالات مترابطة ومتداخلة فيما بينها، على سبيل المثال: (التعرف والشعور بالهدوء لسماع صوت رقيق مألوف) يدخل في نطاق الإدراك، كما يعتبر جزءاً ضمن النطاق الاجتماعي والتطور اللغوي والسمعي.

كما يرجى أيضاً ملاحظة أن: تم إدراج جميع المهارات وفقاً للسن، حيث يجب على جميع الأطفال استكمالها، ما لم يذكر خلاف ذلك، فعند ملاحظة طفل بين مرحلتين من العمر يشار إلى الفئة العمرية الأصغر، على سبيل المثال: (توقع إنهاء وإكمال الطفل ذو الـ 21 شهراً إتمام المهارات المدرجة لمرحلة الطفل ذو الـ 18 شهراً).

في هذا الجزء يجب أن يتم عمل مسح لقدرات ومهارات الطفل المكتسبة، ومن هنا يتم تدريب الطفل على المهارات التي لا يستطيع إتقانها، من خلال عمل خطة للطفل، والعمل على تطبيق هذا من خلال جلسات إرشادية للأهل ومقدمي الرعاية، ومن ثم تدريب الأهل عليها، على أن يقوموا بالتطبيق بصورة مستمرة داخل المنزل.

عندما يبلغ الطفل 18 شهراً من العمر

(A) المهارات الشخصية

لا ينطبق	لا	نعم	
			1 المشاركة في اللعب مع الكبار المعروفين لديهم أو الأشقاء أو القرناء.
			2 يتعرف على نفسه في المرآة.
			3 ينظر إليك عندما تتحدث إليه.
			4 أو تلعبون سوياً.
			5 يشير إلى الشيء الذي يريدك أن تراه.
			6 يمثل للتعليمات البسيطة.
			7 يستخدم الإيماءات المعروفة، مثل: (التلويح).
			8 يثبت بعض الألعاب كتظاهرة باللعب مع الدمى، مثل: (يتظاهر أنه يعطي الدمى الشراب، أو يستخدم الصحن كقبة للرأس).
			9 يبدأ في اختيار اللُّعب على أساس النمطية الجنسية.

(B) التطور العاطفي

لا ينطبق	لا	نعم		
			يظهر العاطفة تجاه الناس أو الحيوانات أو الدمى.	10
			يبدأ في إدراك أن ردود الأفعال والتفاعلات العاطفية قد تختلف من شخص لآخر، مثل: العلامات والاشارات الأولية للتعاطف.	11
			يأتي للراحة عندما ينتابه شعور الضيق والانزعاج.	12

(C) اللغة

لا ينطبق	لا	نعم		
			يضيف إلى حصيلته اللغوية باستمرار.	10
			ينطق 20 كلمة أو أكثر.	11
			يمكن أن تكون الكلمات غير واضحة.	12
			يستمتع بأن يقرأ له مقدم الرعاية، وبالنظر إلى الكتاب الذي معه.	13
			يشير إلى الأشياء المألوفة له عند السؤال عنها.	14
			يتبع التعليمات مستخدماً «فوق» و «تحت»، مثل: (ضع الفنجان فوق المنضدة).	15
			يستخدم مجموعة متنوعة من الإيماءات المألوفة، مثل: (التلويح والدفع والإعطاء والوصول لشيء).	16
			يستخدم على الأقل 4 حروف ساكنة، مثل: (ب، ن، د، هـ، ج، و).	17
			يشير على الأقل إلى ثلاثة أعضاء من جسده عند سؤاله عنها، مثل: (أين أنفك؟).	18
			يحاول جذب انتباهك، ليريك شيئاً مثيراً للاهتمام.	19

(D) الإدراك والمعرفة

لا ينطبق	لا	نعم		
			يستخدم الأشياء كأدوات.	20
			يقلد الأفعال من خلال التغيير في النص، مثال: (يتصرف خارج المنزل مثل السلوك الذي يتعلمه من دار الرعاية/ الحضانة، أو كالذي اكتسبه من طفل التلفاز).	21
			ييدي تحسناً في استعادة ذاكرته للأشخاص والأماكن والأشياء والأفعال.	22
			يصنف الأشياء في مجموعة واحدة بفعالية ونشاط، مثل: (تصنيف الأشياء ذات اللون الواحد أو الشكل الواحد).	23
			يحدد الصور في الكتاب، ويتعرف عليها، مثل: «أرني الطفل».	24
			التظاهر باللعب مع الدمى والأصابع.	25
			مثل (يرضع الحيوانات والدمى المحشية).	26
			يختار دائماً الحجم الأكبر لطعامه المفضل، مثل: (الزبيب أو قطع ثمار الفاكهة).	27

(E) المهارات الحركية الكبرى

لا ينطبق	لا	نعم		
			يصعد الدرج متسلقاً لأعلى ممسكاً بيدك.	28
			يمشي بمفرده.	29
			يهزول ويقفز .	30
			يجلس القرفصاء لالتقاط لعبة ملقاة على الأرض، ثم يقف مرة أخرى.	31
			شد وجذب لعبة أو أي شيء آخر أثناء السير/ المشي.	32
			يصعد الدَّرَج واحدة تلو الأخرى بالمساعدة،	33

(E) المهارات الحركية الكبرى

لا ينطبق	لا	نعم		
			مثل: (الإمساك بيد الكبير)	34
			يتسلق فوق الأثاث أو يحاول التسلل خارج سريره.	35
			يخطو خطوتين للخلف بدون مساعدة.	36
			يركل كرة.	37

(F) المهارات الحركية الدقيقة

لا ينطبق	لا	نعم		
			استخدام أشياء صغيرة بتنسيق جيد.	38
			رص أو تجميع ثلاثة مكعبات أو أكثر.	39
			يتصفح صفحات الكتاب قليلا.	40
			يرسم أشرطة عمودية بالأقلام الملونة.	41
			يفتح الوعاء لسكب ما بداخله من محتوى.	42
			يخلع ملابسه بمفرده.	43
			يفتح الأدرج.	44

			(G) السمع	
لا ينطبق	لا	نعم		
			يستجيب لسماع الموسيقى بمحاولة الرقص.	45
			التمايل أو التصفيق أو التناغم.	46
			يبحث عن مصدر الصوت في كافة الاتجاهات.	47

			(H) الرؤية	
لا ينطبق	لا	نعم		
			يمسك الأشياء مغلقاً عينيه لتفحصها.	48
			يتتبع الأشياء التي تتحرك، من أعلى الرأس حتى أخمص القدم.	49
			يشير إلى الأشياء أو الأشخاص مستخدماً كلمات، تعني: «ينظر» أو «يرى».	50

			(I) التغذية	
لا ينطبق	لا	نعم		
			ينتقل جيداً إلى مرحلة تناول ما يتناوله أفراد أسرته، وأوقات الطعام.	51
			يتناول من: 3-4 وجبات غذائية، ومن: 1-2 وجبة خفيفه يومياً.	52
			الاستمرار في الرضاعة الطبيعية، أو اللبن كامل الدسم مع اللحوم قبل النوم.	53

(J) الطعام

لا ينطبق	لا	نعم		
			يحكم القضم، أو يمضغ المكسرات، أو المقرمشات.	54
			يستخدم الملعقة بشكل جيد، ويطعم نفسه بالملعقة مع قليل من السَّكَب.	55
			يستطيع بلع الطعام دون خسارته، أو خروج اللعاب من الفم؛ لكنه قد يفقد القليل من الطعام أثناء المضغ.	56

عندما يبلغ الطفل 24 شهرا من العمر توقع أن الطفل سوف يستطيع:

(A) التطور الاجتماعي

لا ينطبق	لا	نعم		
			تقليد ومحاكاة سلوك الآخرين خاصة الكبار، والكبار من الأطفال.	1
			زيادة وعيه بنفسه، كشخص مستقل عن الآخرين، يعترف بنفسه بشكل كبير، كما يمكنه التعرف على نفسه من خلال الصور.	2
			تزداد حماسه بشكل أكبر، عند اصطحاب أطفال آخرين.	3
			يطلب المساعدة مستعيناً بالكلمات.	4
			يقول: «لا»، ويجب عمل بعض الأمور دون مساعدة.	5
			يبدأ في استخدام كلمات، للتأثير على سلوك زميله في اللعب.	6
			يظهر تفضيله للألعاب نمطية الجنس.	7
			يحب مشاهدة الأطفال الآخرين، واللعب بجوارهم.	8

(B) التطور العاطفي

لا ينطبق	لا	نعم		
			يبدأ في تفهم غياب مقدم الرعاية بصورة أيسر، أي انخفاض معدل قلق الانفصال.	9
			يكتسب مفردات لغوية للعاطفة، للتعبير عن المشاعر، بما فيها المشاعر السلبية، ومساعدة تنظيم المشاعر الذاتية.	10
			ظهور مشاعر الوعي الذاتي، مثل: (الخجل والإحراج والشعور بالذنب والفخر).	11

(C) اللغة

لا ينطبق	لا	نعم		
			ينظر إلى الصور عند تسميتها.	12
			يبدأ التعرف على الأشخاص المألوفين بالنسبة له، والأشياء وكذلك أجزاء جسده.	13
			مزج كلمتين معاً، مثل: («أريد كوكيز»، «و تذهب السيارة»، «وقبعتي»).	14
			يتَّبِع الأوامر البسيطة والأمر ذا الخطوتين، ك: «ابحث عن دمية الدب، وأعطها لجدتك».	15
			الهمهمة والغناء.	16
			يتعلم ويستخدم كلمة أو أكثر من الكلمات الجديدة أسبوعياً، (قد يفهمها أفراد أسرته فقط).	17
			يطلب المساعدة مستخدماً الكلمات.	18
			يستخدم من: 10 إلى: 20 حرفاً ساكناً، ولديه قدرة كافية على التعلم الصوتي لكثير من الكلمات.	19
			يستخدم ضميرين: «أنا، وأنت، وأشياء».	21
			يمسك الكتاب بطريقة صحيحة، ويتظاهر بالقراءة للحيوانات أو للدُّمى.	22

(D) الإدراك والمعرفة

لا ينطبق	لا	نعم		
			يصنف الأشياء في مجموعتين، مثل: (وضع جميع السيارات في مجموعة، ووضع جميع الدمى في مجموعة).	23
			لديه قدرة على استيعاب، أنه يمكنه جمع وحساب الأشياء، ووجود حساب خاص للكلمات، مثل: استخدام: «واحد اثنان وثلاثة».	24
			يقلد ما يفعله أقرانه والكبار، حتى وإن تأخر سلوك المحاكاة لعدة أشهر.	25
			ينخرط في اللعب التخيلي، مستخدماً أفعالاً بسيطة.	26
			يحل المشكلات البسيطة فجأة، (بدلاً من حلها من خلال التجربة والخطأ).	27
			يستخدم المهارات التي قد تعلمها بالفعل، وتطوير وتنمية الجديد منها، (بدلاً من فقدان وخسارة تلك المهارات).	28

(D) الإدراك والمعرفة

لا ينطبق	لا	نعم		
			يطبق تقليد ومحاكاة أفعالك، مثل: (إن صفقتَ بيديك، سيففُقُ بيديه).	29
			يكمل لغز تطابق الأشكال.	30
			يفهم ويتذكر أمراً ينطوي على خطوتين.	31

(E) المهارات الحركية الكبرى

لا ينطبق	لا	نعم		
			يحمل لعبتين أو لعبة كبيرة.	32
			يحاول الجري أثناء السير.	33
			يلعب في وضع القرفصاء.	34
			القفز في المكان.	35
			يمشي بالخلف أو يسحب لعبة على جانبها.	36
			يلقي كرة.	37
			يمشي على أطراف أصابعه.	38
			يتسلق أعلى وأسفل الأثاث دون مساعدة.	39
			يصعد ويهبط الدَّرَج خطوةً بخطوة ممسكاً للمساعدة.	40
			يدفع ألعاب الركوب والقيادة بقدميه.	41
			يفتح الأبواب.	42

(F) المهارات الحركية الدقيقة

لا ينطبق	لا	نعم		
			يمسك الأشياء مغلقاً عينيه لتفحصها.	43
			يتتبع الأشياء التي تتحرك، من أعلى الرأس حتى أخمص القدم.	44
			يشير إلى الأشياء أو الأشخاص مستخدماً كلمات، تعني: «ينظر» أو «يرى».	45

(G) الإدراك الحسي (الحواس)

لا ينطبق	لا	نعم		
			مراجعة الوضع العام لعمر الـ 18 شهراً.	46
			ينظر ويترصد عند وصول أو مسك الأشياء في نطاق الرؤية.	47
			يحسب ويلتمس إلى أين سيذهب، أو يمشي أو يتسلق أو يجري.	48
			يبحث ويشير إلى الصور بالكتاب.	49

(H) التغذية

لا ينطبق	لا	نعم		
			مراجعة الوضع العام لعمر الـ 18 شهر.	50
			الاطلاع على عدد من الأطباق في دليل الغذاء، الموصي بها من قبل الدليل الغذائي الكندي.	51

(I) الطعام

لا ينطبق	لا	نعم		
			يتناول معظم الطعام دون سعال أو اختناق.	52
			يطعم نفسه معظم الطعام، مستخدماً الملعقة أو الشوكة أو الإصبع بجدارة.	53
			يستخدم لسانه لتنظيف بقايا الطعام من أعلى وأسفل شفتيه وأسنانه.	54

مرحلة التطور: فترة ما قبل دخول المدرسة، استنادًا إلى العمر والمجال

يرجى ملاحظة أن: جميع المجالات مترابطة ومتداخلة فيما بينها، على سبيل المثال: (التعرف والشعور بالهدوء لسماع صوت رقيق مألوف) يدخل في نطاق الإدراك، كما يعتبر جزءًا ضمن النطاق الاجتماعي، والتطور اللغوي والسمعي.

كما يرجى أيضًا ملاحظة أن: تم إدراج جميع المهارات وفقًا للسن؛ حيث يجب على جميع الأطفال استكمالها، ما لم يذكر خلاف ذلك، فعند ملاحظة طفل بين مرحلتين من العمر يشار إلى الفئة العمرية الأصغر، على سبيل المثال: (توقع إنهاء وإكمال الطفل ذي الثلاث سنوات ونصف، المهارات المدرجة لمرحلة الطفل ذي الثلاث سنوات).

عندما يبلغ الطفل ثلاث سنوات

(A) التطور الاجتماعي

لا ينطبق	لا	نعم		
			1	تقليد ومحاكاة سلوك الآخرين من الكبار، وشريكه في اللعب.
			2	يُحَيِّي أصدقاءه ومن يعرفهم من الكبار، عند تذكيره.
			3	لديه القدرة على تناوب أدوار اللعب، غالبية الوقت.
			4	يفهم معنى: (الخصوصية والملكية) (خاصتي وخاصته).
			5	المشاركة بعض الوقت، مثل: (الألعاب والكتب).
			6	يلعب مع الآخرين بأريحية.
			7	يتعاون ويتفاعل عند طلب الوالدين- نصف الوقت-.
			8	يطلب المساعدة.
			9	يضع الدمى جانبًا.
			10	ينخرط في العدوان على الآخر، مثل: (يريد شيئًا فيجذبه من شخص آخر، أو يدفعه أو يصرخ من أجل الحصول على هذا الشيء) أو العدوانية (يريد شيئًا، ويعتمد إيذاء

(B) التطور العاطفي

لا ينطبق	لا	نعم	
			11 يظهر عاطفته بشكل تلقائي لشريكه باللعب.
			12 يظهر عاطفته من خلال استخدام الكلمات والألفاظ.
			13 لديه قدرة على الصبر على تحقيق متطلباته في بعض الأوقات.
			14 يعترض على معظم التغييرات في الأعمال الروتينية.
			15 يعبر عن نطاق واسع من المشاعر.
			16 يظهر إدراكه ووعيه بمشاعره، ومشاعر الآخرين.
			17 يبدي تفهمه لمشاعر الآخرين.
			18 يبدأ في وصف نفسه بـ «جيد»، أو «سيء»، مما يشير إلى أن الطفل يطور نفسه ذاتياً. يعد احترام الذات، والثقة بالنفس في مرحلة ما قبل الالتحاق بالمدرسة، مرتبطاً بشكل أساسي بالتغذية المرتدة من مقدمي الرعاية.

(C) اللغة

لا ينطبق	لا	نعم	
			19 يفهم الأوامر ذات الخطوتين أو الثلاث خطوات، على سبيل المثال: (اخلع قبعتك وحذاءك وضعهما في الخزانة).
			20 يفهم ويستخدم بعض الكلمات للوصف، مثل: (كبير ومتسخ وقذر ومبلل وساخن). يفهم أدوات الاستفهام، مثل: «مَنْ؟» «لماذا؟» «ماذا؟» و «متى؟».
			21 يفهم الروابط والعلاقات المادية، مثل: «فوق» و «تحت» و «داخل».
			22 يدرك ويتعرف على معظم الأشياء والصور الشائعة.
			23 يتحدث مستخدماً جملة مكونة من 5 كلمات أو أكثر، مثل: (سأذهب للمنزل الآن وألعب).
			24 يمكنه قول اسمه بالكامل والسن والنوع.
			25 يستخدم الضمائر، مثل: (أنا وأنت ونحن وهم)، والجمع، مثل: (سيارات وقطط وكلاب).

(C) اللغة

لا ينطبق	لا	نعم		
			يتكلم بوضوح كافٍ لأن يتفهمه أفراد أسرته معظم الوقت.	26
			يعرف أسماء أعضاء الجسد.	27
			يتحدث عن أحداث سابقة، مثل: (نزهة إلى منزل الأجداد).	28
			يستمتع إلى موسيقى أو قصص، لمدة 5 إلى 10 دقائق مع مقدم الرعاية.	29
			يقلب صفحات الكتاب، الواحدة تلو الأخرى.	30
			يصبح على وعي بوظيفة المطبوعات، مثل: (القوائم واللوائح والإشارات).	31

(D) الإدراك والمعرفة

لا ينطبق	لا	نعم		
			تشغيل الألعاب الآلية.	32
			مطابقة الشيء الموجود في يديه، أو في الغرفة بصورة في كتاب.	33
			اللعب التخيلي، مستخدماً كلمات وأفعالا، مثل: (تظاهرة بإعداد الطعام، أو تصليح السيارة).	34
			تصنيف الأشياء وفقاً للشكل واللون، مستخدماً تصنيف فئتين، مثل: (جميع الدوائر الزرقاء، وجميع المثلثات الصفراء).	35
			إنهاء لغز / لعب متقاطعة، مكونة من ثلاث أو أربع قطع.	36
			يمكنه استخدام حساب كلمات مناسب لتحديد كمية مكونة من: ثلاثة أو أكثر.	37
			يسأل الكثير من الأسئلة.	38

(E) المهارات الحركية الكبرى

لا ينطبق	لا	نعم		
			يتسلق بشكل جيد.	39
			يصعد الدرج جيداً، مستخدماً الدرابزين.	40
			يجري بسهولة.	41
			ينحني بسهولة، دون أن يسقط.	42
			يقف على قدم واحدة لمدة قصيرة من الوقت.	43
			يقذف الكرة على الأقل متراً إلى الأمام (ثلاثة أقدام).	44

(F) المهارات الحركية الدقيقة

لا ينطبق	لا	نعم		
			رسم شريطة ودوائر أفقية ورأسية بالقلم الرصاص أو الملون.	45
			يمكنه نسخ دائرة أو صليب بالقلم الألوان.	46
			يمكنه مسك القلم في وضع الكتابة.	47
			يرتدي ملابسه ويخلعها بدون مساعدة.	48
			بناء برج من 6 مكعبات.	49
			تنظيم وتنسيق مسبحة/ خرز كبير الحجم.	50
			فتح غطاء البرطمان وإدارة المقابض.	51
			عمل الخطاف.	52
			تقليب صفحات كتاب الواحدة تلو الأخرى.	53

(G) التغذية

لا ينطبق	لا	نعم		
			يصبح لديه شهية أفضل، ورغبة في الطعام.	54
			يتأثر بالإعلانات التجارية التليفزيونية.	55
			قد يرفض طعام وجبة أو وجبتين من وجباته المفضلة، لفترة طويلة من الوقت.	56
			يتناول مجموعة متنوعة من الأطعمة الموصي بها من قبل الدليل الغذائي الكندي.	57

(H) الطعام

لا ينطبق	لا	نعم		
			يرفع الكأس ويشرب منه، ثم يضعه على المنضدة مرة أخرى.	58
			يمسك يد الفنجان	59
			يصر على فعل الشيء بنفسه «بنفسي» (قد يكون هذا الأمر غير منتشر في جميع الثقافات).	60

عندما يبلغ الطفل أربع سنوات

(A) التطور الاجتماعي

لا ينطبق	لا	نعم		
			يهتم بالتجارب الجديدة.	1
			يتبادل الأدوار ويتشارك مع غيره من الأطفال، في مجموعات أنشطة صغيرة.	2
			يلعب بالقرب من الأطفال أو معهم، في حين استمراره في استكمال نشاطه الخاص.	3
			يلعب «أب» أو «أم».	4
			يلعب ألعاب خيالية مبتكرة.	5

(A) التطور الاجتماعي

لا ينطبق	لا	نعم		
			يلتمس موافقة الكبار، مثل: «شاهدني أو انظر ماذا فعلت».	6
			يصبح أكثر استقلالية.	7
			يكون أولى صداقاته.	8
			يرى و يقيم نفسه كشخص كامل من جسد وعقل ومشاعر.	9
			يتفاوض لحل النزاع.	10

(B) التطور العاطفي

لا ينطبق	لا	نعم		
			يحاول تهدئة شخص حزين.	11
			يستخدم الكلمات ليعبر عن مشاعره.	12
			يواظب على إنجاز مهام أكثر صعوبة.	13
			يظهر عاطفته من خلال استخدام الكلمات والألفاظ.	14
			يبدى تحسناً في تنظيم ومراقبة مشاعره الشخصية، مثل: (التحكم في التعبير عن مشاعره)، أي الحد من الاندفاع العاطفي.	15

(C) اللغة

لا ينطبق	لا	نعم		
			يستوعب مفهوم: «نفس الشئ» و«الشئ المختلف».	16
			يتقن بعض القواعد الأساسية.	17
			يطابق بعض الحروف بأصواتها، مثل: (حرف التاء ينطق تش).	18

			(C) اللغة	
لا ينطبق	لا	نعم		
			يتحدث مستخدماً جملة مكونة من 6 كلمات.	19
			يتكلم بوضوح كافٍ ليفهمه الآخرون دون الحاجة لتكرار الكلمات أو التلعثم في الأصوات.	20
			يتكلم بشكل واضح يفهمه الغرباء.	21
			يستخدم القافية، مثل: (قطعة وقبعة وخفاش)، أو يغني أغنية للأطفال.	22
			يسأل ويجاب الكثير من الأسئلة، مثل: (لماذا، ماذا تفعل؟).	23
			يروى قصة ذات بداية ومنتصف ونهاية.	24
			يتعرف على الإشارات المألوفة.	25
			يميز الكتابة عن غيرها.	26

			(D) الإدراك والمعرفة	
لا ينطبق	لا	نعم		
			يسمي الأشياء باسمها الصحيح، مثل: (بعض الألوان والأرقام).	27
			يحدد الأرقام المكتوبة حتى رقم 9.	28
			يحسب ويعد بشكل صحيح، لتحديد الكميات أكثر من 10.	29
			يستوعب الأوامر المكونة من ثلاثة أجزاء مترابطة، على سبيل المثال: (ضع لعبتك بعيداً، واغسل يديك قبل تناول الغداء).	30
			يتناول المشكلة من منظور واحد.	31
			يتخيل أن كثيراً من الصور غير المألوفة، قد تكون صوراً لـ«وحوش»، وغالباً ما تكون لديه صعوبة في التمييز بين الخيال والحقيقة.	32
			يستعيد أجزاء من قصة.	33

(D) الإدراك والمعرفة

لا ينطبق	لا	نعم		
			يفهم مفهوم التشابه والاختلاف.	34
			يعرف عنوانه.	35

(E) الإدراك والمعرفة

لا ينطبق	لا	نعم		
			يتسلق بشكل جيد.	36
			يصعد الدرج بتبادل قدميه، كأن يضع قدما على الدَّرَج مع كل خطوة.	37
			يركل الكرة للأمام.	38
			يلتقط كرة كبيرة بذراعين ممدودتين.	39
			يتحرك للأمام والخلف بخفة وسرعة.	40
			يستخدم المرحاض أو نونية الأطفال خلال اليوم.	41
			يجري بسهولة.	42
			ينحني بسهولة دون أن يسقط.	43
			يقف على قدم واحدة لمدة خمس ثواني.	44
			يقذف الكرة على الأقل متراً إلى الأمام (ثلاثة أقدام).	45

(F) المهارات الحركية الدقيقة

لا ينطبق	لا	نعم		
			يمكنه رسم دائرة أو صليب أو مربع.	46
			يمكنه مسك قلم الرصاص، أو الألوان بشكل صحيح.	47

(F) المهارات الحركية الدقيقة

لا ينطبق	لا	نعم		
			قص الورق بالمقص.	48
			يرسم شخصا من ثلاثة أجزاء أو أكثر من الجسم.	49
			يبدأ في نسخ بعض الحروف الكبيرة.	50
			يضغط على الزرار أو السَّابِبة - السوستة.	51
			يرتدي ملبسه ويخلعها؛ لكن ربما يحتاج مساعدة في إحكامها/ إغلاقها.	52
			بناء برج من 9 مكعبات.	53
			فرك وطرقعة أصابع الإبهام.	54
			استخدام وتشكيل الصلصال.	55

(G) التغذية

لا ينطبق	لا	نعم		
			يطلب طعامه المفضل.	56
			قد يرغب في تناول طعامه المفضل أغلب الوقت.	57
			يفضل الطعام البسيط وغير المخلوط.	58
			يتناول مجموعة متنوعة من الأطعمة الموصى بها من قِبَل الدليل الغذائي الكندي.	59

(H) الطعام

لا ينطبق	لا	نعم		
			يستخدم الشوكة أثناء تناول الطعام (يتنوع استخدام أدوات الطعام وفقاً للثقافات).	60
			يُطعم نفسه بشكل جيد مستخدماً أصابعه، أو الشوكة أو الملعقة.	61

عندما يبلغ الطفل خمس سنوات

لا ينطبق	لا	نعم	(A) التطور الاجتماعي
			1 يرد لفظيا على الأسئلة، مثل: (أهلاً، كيف حالك).
			2 يظهر المزيد من الاستقلالية، ويمكنه زيارة جاره المجاور بمفرده.
			3 يريد أن يكون مثل أصدقائه.
			4 يتحدث عن أن لديه صديقا مقربا.
			5 عادةً ما يلعب جيداً في المجموعات.
			6 يلعب الألعاب التخيلية مع غيره من الأطفال.
			7 يتقاسم ويتشارك الأشياء مع الآخرين، طواعيةً عن طيب خاطر.
			8 على الأرجح يوافق على القواعد.
			9 يحب الغناء والرقص والتمثيل.
			10 على وعي ودراية بالغريزة الجنسية.
			11 يتعامل مع متطلبات الكبار معظم الأوقات.
			12 يمارس نشاطا بمفرده، لمدة 20 إلى 30 دقيقة.

لا ينطبق	لا	نعم	(B) التطور العاطفي
			13 ينفصل عن مقدم الرعاية بسهولة.
			14 يريد أن يسعد أصدقاءه.
			15 يدرك متطلبات الآخرين وحاجتهم للمساعدة، ويقدمها لهم.
			16 يحدد المشاعر ويتحدث عنها فيما يتعلق بالأحداث.

(D) اللغة

لا ينطبق	لا	نعم		
			يستوعب الأوامر والتوجيهات، المتضمنة لـ «إذا... بعد ذلك/ بالتالي فإذا» إذا كنت من العدائين، بالتالي اصطف مشاركاً في الألعاب الرياضية.	17
			يستخدم زمن المستقبل.	18
			يتذكر جزءاً من قصة.	19
			يصف الماضي والحاضر والمستقبل.	20
			يروى قصة طويلة عن خبراته السابقة.	21
			يذكر الاسم والعنوان.	22
			يتحدث بوضوح وبشكل صحيح معظم الوقت مستخدماً جُملاً مشابهة للكبار.	23
			يستخدم جميع الصوتيات المدرجة في لغته، دون أخطاء أو بأخطاء بسيطة.	24
			يستوعب ترابط الأصوات والحروف، في أساليب منهجية.	25

(E) الإدراك والمعرفة

لا ينطبق	لا	نعم		
			يستخدم طريقة العد بصوت مرتفع، أو باستخدام أصابع اليد، للإجابة عن سؤال: «كم العدد؟».	26
			يمكنه حل مسائل الجمع، مثل: 5 + 5 معتمداً على الذاكرة، أو العد على أصابعه.	27
			يعرف الأشكال الشائعة العامة، ومعظم حروف الأبجدية.	28
			يعرف الوقت و أيام الأسبوع.	29
			تجريب الاستراتيجيات لحل عمليات حسابية بسيطة.	30
			يعرف الأشياء التي تستخدم يومياً بالمنزل، مثل: (النقود والطعام والأدوات المنزلية).	31

(E) الإدراك والمعرفة

لا ينطبق	لا	نعم		
			يبدأ في إدراك أن للتأخرين معتقدات وأفكاراً، مثل:	32
			(تعتقد أُمي أن أختبئ في غرفة النوم).	33
			لديه قدرة أفضل على التمييز بين الخيال والحقيقة.	34

(F) المهارات الحركية الكبرى

لا ينطبق	لا	نعم		
			يقفز على قدم واحدة عدة مرات.	35
			القفزات والشقلبية.	36
			السباحة والتسلق.	37
			يمشي في اتجاه مستقيم، وربما ينحرف عن المسار مرة أو مرتين.	38
			يقف ويبدأ ويغير الاتجاه بسلاسة وسهولة عند الركض.	39
			يلقي ويرمي الكرة بمهارة معظم الوقت.	40
			يتسلق معدات الملعب دون صعوبة وعناء.	41
			عادةً ما يهتم باحتياجه للمرحاض.	42
			يسير إلى الخلف من إصبع القدم إلى الكعب.	43
			يصعد الدرج بتبادل قدميه، كأن يضع قدماً على الدرج مع كل خطوة.	44
			يركل الكرة للأمام.	45
			يلتقط كرة كبيرة بذراعين ممدودتين.	46
			يتحرك للأمام والخلف بخفة وسرعة.	47

(F) المهارات الحركية الكبرى

لا ينطبق	لا	نعم		
			يستخدم المرحاض أو نونية الأطفال خلال اليوم.	48
			يجري بسهولة.	49
			ينحني بسهولة دون أن يسقط.	50
			يقف على قدم واحدة لمدة 10 ثواني أو مدة أطول من ذلك.	51
			يقذف الكرة على الأقل متراً إلى الأمام (ثلاثة أقدام).	52

(G) الإدراك والمعرفة

لا ينطبق	لا	نعم		
			يمكنه رسم الخطوط، وأشكال بسيطة، وبعض الحروف.	53
			يرسم شخصاً بجسد.	54
			يستخدم المقص للقطع، والقص بمحاذاة خط سميك مرسوم على ورقة.	55
			يرتدي ملابسه ويخلعها بمساعدة بسيطة.	56

(H) التغذية

لا ينطبق	لا	نعم		
			يَعتبر تناول الطعام مناسبة اجتماعية هامة.	57
			يفضل الطعام العادي دون إضافات، وقد يرغب في تجربة الطعام المختلط.	58
			يتناول مجموعة متنوعة من الأطعمة، الموصي بها من قبل الدليل الغذائي الكندي.	59

(I) الطعام

لا ينطبق	لا	نعم		
			يستخدم الشوكة والملقعة (وقد يستخدم سكين المائدة) أثناء تناول الطعام (حيث يتنوع استخدام أدوات الطعام وفقاً للثقافات).	61

عندما يبلغ الطفل ست سنوات

(A) التطور الاجتماعي

لا ينطبق	لا	نعم	
			1 لديه المقدرة على التحكم بمشاعره غالبية المواقف.
			2 يظهر التعاطف في أغلب المواقف، أو عند إدراكه ووعيه لمشاعر الآخرين.
			3 يمكنه انتظار دوره أو انتظار تلبية متطلباته.
			4 يمكنه إنجاز معظم المهام المطلوبة منه، مع القليل من التذكرة.
			5 يشترك بشكل أفضل في حل المشاكل الاجتماعية.

(B) التطور العاطفي

لا ينطبق	لا	نعم	
			6 لديه المقدرة على التحكم بمشاعره غالبية المواقف.
			7 يظهر التعاطف في أغلب المواقف، أو عند إدراكه ووعيه لمشاعر الآخرين.
			8 يمكنه انتظار دوره أو انتظار تلبية متطلباته.
			9 يمكنه إنجاز معظم المهام المطلوبة منه، مع القليل من التذكرة.

(C) اللغة

لا ينطبق	لا	نعم	
			10 يفهم الكلمات الخاصة بالوقت، مثل: (الصباح والمساء والأمس والقادم والماضي).
			11 ينطق غالبية الأصوات بشكل صحيح في نطق الكلمات.
			12 يحدد الصوت في بداية الكلمة: «ما الصوت الذي تبدأ به كلمة بوب؟ صوت الباء».
			13 يدرك بعض الكلمات المكتوبة المعروفة، مثل: (اسمه وبعض العلامات للمتاجر المعروفة).

			(C) اللغة	
لا ينطبق	لا	نعم		
			يتعرف على الكلمات القصيرة التي تتكرر كثيراً، مثل: (أدوات النكرة والمعرفة).	14
			يحكي عن تجربته، ويسألك عن تجربتك.	15
			يتكلم بوضوح كافٍ لأن يفهمه الجميع.	16
			يولي اهتماماً، ويتبع التعليمات ضمن إطار المجموعة.	17
			لديه حصيلة كلمات تصل لـ 10000 كلمة.	18

			(D) الإدراك والمعرفة	
لا ينطبق	لا	نعم		
			نسخ الأشكال، مثل: (الدائرة والمربع والمثلث).	19
			حل مسألة حسابية بسيطة من جمع وطرح، سواء من الذاكرة أو العد على الأصابع، أو الأشكال المرسومة.	20
			يعرف الأرقام الأقل من رقم 50.	21
			يستخدم الرموز أو العملات المعدنية، لحل مشاكل بسيطة بالعالم الحقيقي، مثل: (إن كان لدينا 6 قطع من الفطائر وثلاثة أطفال، فكم سيأخذ كل طفل، إن تم التقسيم بالتساوي؟).	22
			يتعلم المزيد من الألعاب المعقدة ويتبع تعليمات وقواعد اللعب معظم الوقت.	23
			يعرف اتجاهي اليمين واليسار، وتحديدها على جسده.	24
			يميز بين الصواب والخطأ.	25
			لديه قدرة على التمييز بين الخيال و الحقيقة.	26
			ييدي تفهماً واقعيًا أكثر لمساحة/ حيز وحجم الشيء، ومراعاة المساحة في الرسم.	27

لا ينطبق	لا	نعم	(D) الإدراك والمعرفة	
			ييدي تفهوماً واقعياً أكثر لاحترام وتقدير الذات من قوة وضعف، مثل: (أنا عداء جيد، ولكن لدي صعوبة في ركوب الدراجة).	28
			يبدأ في إدراك أن للتأخرين معتقدات وأفكاراً، مثل: (تعتقد أمني أن أختبئ في غرفة النوم).	29

لا ينطبق	لا	نعم	(E) المهارات الحركية الكبرى	
			يتنقل بين الغرف.	30
			يمشي على العارضة دون أن يسقط.	31
			يقفز على قدم واحدة مسافة 3 أمتار، ويجري بحفة على أصابع الأقدام.	32
			القفز باستخدام الحبل.	33
			ركوب الدراجة سواء بعجلات التدريب أو بدونها.	

لا ينطبق	لا	نعم	(F) المهارات الحركية الدقيقة	
			يمسك بكرة صغيرة الحجم.	34
			قص أشكال بسيطة متبعاً الخطوط العريضة، مثل: (قص دائرة أو مربع).	35
			ربط رباط الحذاء.	36
			إنهاء الروتين اليومي بدورة المياه دون مساعدة.	37
			التزلج.	38
			رسم الكلمات والأرقام.	39

(F) المهارات الحركية الدقيقة

لا ينطبق	لا	نعم		
			لديه القدرة على إمساك قلم الرصاص كالكبار.	40
			يستخدم المواد اللاصقة كما ينبغي.	41
			التلوين داخل الخط.	42

(G) التغذية

لا ينطبق	لا	نعم		
			يتناول مجموعة متنوعة من الأطعمة الموصى بها من قبل الدليل الغذائي الكندي.	43

(H) الطعام

لا ينطبق	لا	نعم		
			يبدأ في استخدام أعواد الطعام، أثناء تناول الطعام (حيث يتنوع استخدام أدوات الطعام وفقاً للثقافات)	44
			يمكنه فتح وغلق معظم أوعية وحاويات الطعام.	45

(43)

(43) تم الاستعانة بمؤشرات التطور من Burke 2008 & وديفيز 2004 & وديوي وجيلسون 2007 & وجرينير وليديوك 2008 & وزارة الصحة الكندية 2007 & وزارة الصحة الكندية 2007 & وكنيت 2005 وفحص التطور والإنماء بمنطقة نيبسينج & وألويوندك وشوريدر 2003 & وبليتير وأستنجنون 2004 & سكاتيبيكو وكونيل- كارك 2005 ووروك & لودوك بلدة كندية في مقاطعة ألبرتا عام 2006 كما ذكر في & اشطل 2004 & شيلوف وهانيمان لعام 2004.
(First .Palifrey, 1994 & Chilov. Haneman .2004).

التطور غير النمطي للمرحلة العمرية من 2 إلى 5 سنوات

على الرغم من تطور جميع الأطفال وفقاً لمعدلاتهم الخاصة؛ إلا أن هناك بعض العلامات في تطور الطفل، التي قد تشير إلى مخاوف جدية تجاه تطور الطفل، إذا ما تم ملاحظة أيٍّ من العلامات الآتية في التطور غير النمطي للطفل، يجب مناقشة تلك العلامات مع مقدمي رعاية التدخل المبكر للطفل في الدولة، وقد يتم طلب إحالته إلى طبيب مختص⁽⁴⁴⁾.

في عمر العامين

لا	نعم	
		1 الفرشاة والهاتف والجرس والشوكة والملقعة، عند بلوغ 15 شهراً.
		2 يستطيع المشي ببلوغ 18 شهراً.
		3 يستطيع تطوير مهارة السير على الكعب والإصبع، بعد عدة أشهر من المشي.
		4 يستطيع المشي على أصابعه إذا طلب منه ذلك.
		5 يبدي رغبته في ألعاب ببلوغ الشهر الـ 18.
		6 يتكلم على الأقل 15 كلمة ببلوغه لـ 18 شهراً.
		7 ليس لديه القدرة على نزع الشراب، أو القفاز بنفسه عند الشهر الـ 20.
		8 يستخدم جملة مكونة من كلمتين ببلوغ العامين من عمره.
		9 يقلد أو يحاكي الأفعال أو الكلمات ببلوغ العامين من عمره.
		10 يتبع التعليمات البسيطة ببلوغ العامين من عمره.
		11 يمكنه دفع الدمى/ الألعاب ذات العجلات، ببلوغ العامين من عمره.

(44) (Palifrey, First لعام 1994, Haneman لعام 2004, Chilov لعام 2004)



العمر: من: 3: 4 سنوات

لا	نعم	
		1 يستطيع رفع يديه لإلقاء الكرة.
		2 يمكنه القفز في المكان.
		3 يمكنه ركوب دراجة ثلاثية.
		4 يمكنه مسك قلم ألوان بين السبابة والإبهام.
		5 يستطيع عمل الخربشه للنموذج
		6 يتشبث ولا يبكي عند مغادرة مقدم الرعاية.
		7 يبدي اهتماماً في الألعاب التفاعلية.
		8 يتفاعل مع الأطفال الآخرين.
		9 يستجيب للأشخاص خارج نطاق الأسرة.
		10 ينخرط في اللعب التخيلي.
		11 لا يقاوم اللبس والنوم واستخدام المراض.
		12 يندفع لمهاجمة الآخر، حيث لا يستطيع التحكم بنفسه عند الغضب أو الاستياء.
		13 يستخدم جملة مكونة من أكثر من ثلاث كلمات.
		14 يستخدم ضمير الملكية لنفسه ولغيره بطريقة صحيحة.
		15 يمكنه رسم خط مستقيم. 3 سنوات.
		16 أقل من نصف كلامه غير مفهوم. 3 سنوات ونصف.

العمر: من 4: 5 سنوات

لا	نعم	
		1 لا يظهر عليه الخوف و الخجل الشديد.
		2 لا يظهر عدوانية شديدة.
		3 قادر على الانفصال عن مقدم الرعاية بدون معارضة كبيرة.
		4 قادر على التركيز في نشاط واحد أكثر من 5 دقائق.
		5 يبدي اهتماماً أقل للعب مع أطفال آخرين.
		6 يرد على الناس بشكل عام، أو يرد فقط بشكل سطحي.
		7 يستخدم الخيال أو التقليد في اللعب.
		8 يعبر عن شعوره بالسعادة والحزن طبقاً للمواقف .
		9 يشترك في مجموعة متنوعة من الأنشطة.
		10 يتجنب ويبدو متحفظاً مع غيره من الأطفال الكبار.
		11 يعبر عن الكثير من المشاعر.
		12 لا يواجه صعوبة في الأكل والنوم واستخدام المراض.
		13 يمكنه استيعاب أمر مكون من جزئين، مثل: (ضع الكأس فوق المنضدة، أو خذ الكرة من تحت الأريكة).
		14 يعبر عن اسمه الأول والأخير بشكل صحيح.
		15 يستخدم الجمع أو زمن الماضي، بشكل صحيح أثناء الكلام.
		16 يتحدث عن نشاطه اليومي، ولا عن تجاربه وخبراته.
		17 يمكنه بناء برج مكون من 6 إلى 8 مكعبات.

العمر: من 4: 5 سنوات

لا	نعم		
		يمسك قلم الألوان بأريحية.	18
		لديه صعوبة في نزع ملابسه.	19
		يمكنه غسل أسنانه بفعالية وكفاءة.	20
		يمكنه غسل وتجفيف يده.	21
		يمكنه فهم حروف الجر.	22
		يمكنه القفز على قدم واحدة.	23
		يمكنه نسخ مربع.	24
		يمكنه العد والحساب بتسلسل وترتيب.	25
		يستخدم الصيغة المناسبة، لتكوين جملة صحيحة قصيرة.	26
		يعرف الألوان أو أيًا من الحروف.	27
		يمكنه السير في خط مستقيم للإمام والخلف / ذهاباً وإياباً، أو التوازن على قدم واحدة من 5 إلى 10 ثوان.	28
		يمكنه رسم الصليب.	29
		يعرف يوم ميلاده ولا عنوانه.	30

الخطر الأول الإعاقة الذهنية

Definition:

الإعاقة الذهنية أو التأخر الذهني أو الاضطراب الذهني:

الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي): هو إعاقة في النمو، تظهر لأول مرة في الأطفال دون سن الثامنة عشرة، وتعرف بأنها مستوى أداء فكري (مقيس بالاختبارات المعيارية لحصيلة الذكاء)، وهو أقل بكثير من المتوسط، في التعامل مع مهارات الحياة اليومية (الأداء التكيفي).

Mental retardation is a developmental disability that first appears in children under the age of 18. It is defined as an living skills (adaptive functioning).

Description:

وصف:

ووفقا للإحصاءات التي أتاحتها مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في أوائل العقد الحالي، تحدث الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) في 2.5 إلى 3% من عامة السكان، ويعيش حوالي 6 إلى 7.5 مليون شخص متخلف عقليا في الولايات المتحدة وحدها، تبدأ الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) في مرحلة الطفولة أو المراهقة قبل سن 18 عاما، وفي معظم الحالات، تستمر في مرحلة البلوغ. يتم تشخيص الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) إذا كان الفرد لديه مستوى الأداء الفكري، أقل بكثير من المتوسط، ومشكلات كبيرة في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية.

يتم تعريف مستوى الأداء الفكري من خلال الاختبارات القياسية، التي تقيس قدرة العقل من حيث العمر العقلي (الذكاء حاصل IQ).. وتعرف الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) بأنه درجة ذكاء أقل من 70 إلى 75.

المهارات التكيفية هي المهارات اللازمة للحياة اليومية، وتشمل هذه المهارات القدرة على إنتاج وفهم اللغة (الاتصالات)، مهارات المعيشة المنزلية؛ استخدام موارد المجتمع المحلي والصحة، والسلامة، والترفيه، والرعاية الذاتية، والمهارات الاجتماعية، التوجيه الذاتي (القراءة والكتابة والحساب)، ومهارات العمل، وعموما، فإن الأطفال المعاقين ذهنيا يصلون إلى مستوى نمو جيد في المشي والتحدث، مثل عامة السكان، وقد تظهر أعراض الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) عند الولادة أو في وقت لاحق في مرحلة الطفولة.

التشخيص للإعاقة:

لا يتم تشخيص بعض حالات الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) المعتدل قبل دخول الطفل مرحلة ما قبل المدرسة، وهؤلاء الأطفال عادة ما يواجهون صعوبات في المهارات الاجتماعية، والاتصالات، والوظيفة الأكاديمية.

الأطفال الذين يعانون من اضطراب عصبي، أو مرض مثل التهاب الدماغ أو التهاب السحايا، قد تظهر فجأة علامات الضعف الإدراكي وصعوبات التكيف. الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) يختلف في شدته، فهناك أربع درجات مختلفة من التأخر العقلي: خفيفة، معتدلة، شديدة، وعميقة، وتستند هذه الفئات إلى مستوى أداء الفرد.

Mild mental retardation:

الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) المعتدل:

ويعيش نحو 85% من السكان المعاقين ذهنياً في فئة التأخر البسيط، وتتراوح درجة ذكائهم من 50 إلى 75، ويمكنهم في كثير من الأحيان اكتساب المهارات الأكاديمية حتى الصف السادس، ويمكن أن يصبحوا مكتفين ذاتياً إلى حد ما، وفي بعض الحالات يعيشون بشكل مستقل، بدعم مجتمعي واجتماعي.

Moderate mental retardation:

الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) المتوسط:

يعتبر نحو 10 في المائة من السكان المعاقين ذهنياً متأخرين بدرجة متوسطة، حيث تتراوح درجة ذكائهم بين 35 إلى 55، ويمكن أن يؤدي مهام العمل والرعاية الذاتية مع إشراف معتدل، وعادة ما يكتسبون مهارات الاتصال في مرحلة الطفولة، ويكونون قادرين على العيش والعمل بنجاح داخل المجتمع في بيئة تحت الإشراف، مثل: المنزل ومجموعات العمل.

Severe mental retardation :

الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) الشديد:

ويتعرض نحو 3 إلى 4% من السكان المعاقين ذهنياً للتخلف الشديد، الأفراد المعاقون بشدة لديهم درجات الذكاء من 20 إلى 40. وقد يكونون قادرين على إتقان مهارات الرعاية الذاتية الأساسية جداً وبعض مهارات الاتصال. العديد من الأفراد المتخلفين بشدة يمكن أن يعيشوا في منزل جماعي.

Profound mental retardation:

الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) العميق:

و تتراوح نسبتهم بين 1 و 2% فقط من الإعاقة الذهنية، ويصنف المعاقون ذهنياً بدرجة شديدة أو عميقة، بدرجات ذكاء تحت 20 إلى 25.

وقد يستطيعون تطوير الرعاية الذاتية الأساسية ومهارات الاتصال، مع الدعم المناسب والتدريب. وغالبا ما تكون الإعاقة لديهم بسبب اضطراب عصبي مصاحب. المعاقون بدرجة شديدة بحاجة إلى مستوى عالٍ من الهيكل والإشراف. وقد وضعت الرابطة الأمريكية للتخلف العقلي (أمرا) نظام تصنيف تشخيصي آخر مقبول على نطاق واسع للتأخر العقلي، يركز نظام تصنيف (أمرا) على قدرات الفرد المتأخر، بدلا من القيود، وتصف الفئات مستوى الدعم المطلوب، وهي:

- ◆ الدعم المتقطع.
- ◆ والدعم المحدود.
- ◆ والدعم الواسع.
- ◆ والدعم المتفشي.

الدعم المتقطع، على سبيل المثال، هو الدعم المطلوب فقط في بعض الأحيان، ربما خلال أوقات التوتر أو الأزمة، وهو نوع الدعم المطلوب عادة لمعظم الأفراد المتأخرين، وفي الطرف الآخر من الطيف، سيكون من الضروري تقديم الدعم اليومي، أو الدعم اليومي مدى الحياة لمعظم المهارات التكيفية، للأفراد المتخلفين بشدة.

Demographics:

التركيبة السكانية :

وبالنسبة للأطفال، يبلغ معدل الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) 11.4 لكل 1 000، وفي الإحصائيات تبلغ نسبة الإعاقة 3.2 في نيو جيرسي بينما تصل إلى 31.4 في ألاباما أي أنها تساوي تسعة أضعاف نيو جيرسي.

وبالنسبة للبالغين، فإن المعدل: 6.6 وفي الإحصائيات، تتراوح نسبة الإعاقة في ألاسكا: 2.5؛ بينما تصل إلى: 15.7 في ولاية فيرجينيا الغربية، بنسبة تصل إلى: 6 أضعاف ألاسكا.

وفي 42 ولاية، يكون معدل الأطفال أعلى من المعدل بالنسبة للبالغين؛ في سبع ولايات، معدل البالغين هو أعلى، وفي ولايتين، كلتا النسبتين متشابهة، وتبلغ العلاقة بين المعدلات الخاصة بالولادة للأطفال والبالغين 0.66، وبوجه عام، فإن 69 في المائة من التباين الخاص بالولاية في معدلات انتشار البالغين، يعزى إلى متوسط دخل الأسرة، والنسبة المئوية لمجموع الولادات للأمهات المراهقات، والنسبة المئوية للسكان الذين تقل أعمارهم عن الصف التاسع، وكان التحصيل العلمي المنخفض أهم ارتباط بين معدلات الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) لدى البالغين.

الأسباب والأعراض :

Causes and symptoms:

انخفاض معدلات الذكاء والمشكلات في المهارات التكيفية، هي السمات المميزة للتأخر العقلي .
العدوان، وإيذاء النفس، واضطرابات المزاج ترتبط أحيانا مع الإعاقة.

شدة الأعراض التي تظهر لأول مرة والسن تعتمد على السبب، فالأطفال المتأخرون عقليا يصلون إلى مراحل نمائية في وقت لاحق بدرجة كبيرة عما كان متوقعا، بصورة عامة.

أما إذا كان التأخر بسبب الصبغيات أو اضطرابات وراثية أخرى، فإنه غالبا ما يكون واضحا من مرحلة الطفولة.

وإذا كان التأخر ناجما عن أمراض الطفولة أو الإصابات، فإن التعلم والمهارات التكيفية التي كانت سهلة في وقت ما، قد تصبح فجأة صعبة أو مستحيلة لإتقانها.

في حوالي 35% من الحالات، لا يمكن التعرف على سبب التأخر العقلي، بسبب تنوع العوامل البيولوجية والبيئية التي يمكن أن تسبب الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) والتي تشمل علم الوراثة، وأمراض ما قبل الولادة، وأمراض الطفولة والإصابات، والعوامل البيئية.

علم الوراثة

Genetics :

حوالي 5% من الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) سببه عوامل وراثية.. الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) قد يكون سببه شذوذ موروثة للجينات، مثل متلازمة X الهشة (هش X)، وهي عيب في الكروموسوم الذي يحدد الجنس، وهو السبب الوراثي الأكثر شيوعا للتأخر العقلي (عيوب الجينات).

واحدة مثل فينيل كيتونوريا (يكو) وغيرها من الأخطاء الباطنة من عملية التمثيل الغذائي، قد يسبب أيضا الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) إذا لم يتم العثور عليها ومعالجتها في وقت مبكر.

وقوع حادث أو طفرة في التطور الجيني قد يسبب أيضا التأخر.

ومن أمثلة هذه الحوادث تطوير كروموسوم إضافي 18 (الثلاث الصبغي 18)، ومتلازمة داون. متلازمة داون سببها شذوذ في تطور الكروموسوم 21، وهو السبب الجيني الأكثر شيوعا للتخلف العقلي.

الأمراض قبل الولادة والقضايا :

متلازمة الكحول الجنيني تؤثر على واحد من بين 600 طفل في الولايات المتحدة.. وينجم عن تناول الكحول المفرط في الأسابيع الاثني عشر الأولى (الثلاث الأولى) من الحمل. وقد أظهرت بعض الدراسات أنه حتى استخدام الكحول المعتدل خلال فترة الحمل، قد يسبب صعوبات التعلم لدى الأطفال. وقد ارتبط تعاطي العقاقير وتدخين السجائر أثناء الحمل بالتأخر العقلي.

قد تُسبب التهابات الأمومة وأمراضها، مثل: الاضطرابات الغُدِّية، والحصبة الألمانية، وداء المقوسات، وعدوى الفيروس المضخم للخلايا التأخر العقلي. عندما يكون لدى الأم ارتفاع ضغط الدم (ارتفاع ضغط الدم)، أو تسمم الدم (تسمم الدم)، قد يقلل تدفق الأوكسجين إلى الجنين، مما يسبب تلفاً في الدماغ والتأخر العقلي.

العيوب الخلقية التي تسبب تشوهات جسمية في الرأس والدماغ والجهاز العصبي المركزي، غالباً ما تسبب التأخر العقلي. عيب الأنبوب العصبي، على سبيل المثال، وهو خلل الولادة التي يكون فيها الأنبوب العصبي الذي يشكل الحبل الشوكي لا يغلق تماماً، هذا الخلل قد يسبب للأطفال تطوير تراكم السائل النخاعي على الدماغ (استسقاء الرأس)، من خلال الضغط الناتج عن استسقاء الدماغ، يمكن أن يسبب ضعف التعلم.

Childhood illnesses and injuries:

أمراض الطفولة والإصابات:

فَرْطُ نشاط الغدة الدرقية، والسُّعال الديكي، وجُدري الماء، والحصبة، ومرض الهيبي (عدوى بكتيرية) قد يسبب الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي)، إذا لم يتم التعامل معها بشكل كاف.

العَدْوَى في الغِشاء الذي يغطي الدماغ (التهاب السُّحايا)، أو التهاب في الدماغ نفسه (التهاب الدماغ) يسبب تورماً، وهذا بدوره قد يسبب تلفاً في الدماغ والتأخر العقلي.

إصابات الدماغ الناجمة عن ضربة أو هزة عنيفة في الرأس، قد تسبب أيضاً تلفاً في الدماغ والإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) لدى الأطفال.

Environmental factors:

العوامل البيئية :

قد يعاني الأطفال المُهْمَلون، الذين لم يقوموا بالتحفيز الذهني والجسدي اللازم للتطور الطبيعي من إعاقاتٍ تَعَلُّم. فالأطفال الذين يعيشون في فقر ويعانون من سوء التغذية، والظروف المعيشية غير الصحية، والرعاية الطبية غير الملائمة أو غير الكافية، هم أكثر عرضة للخطر.



التعرض للرصاص (معدن الرصاص)، يمكن أيضا أن يسبب الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي)، العديد من الأطفال يعانون من التسمم بالرصاص، عن طريق تناول الطلاء القائم على الرصاص، والتي تتساقط غالبا في المباني القديمة.

When to call the doctor:

متى نطلب الطبيب؟

إذا كان يُشتبه في وجود التأخر العقلي، ينبغي أن يتم الفحص البدني الشامل والتاريخ الطبي على الفور، لاكتشاف أي سبب عضوي من الأمراض. الإصابة الناتجة عن فرط نشاط الغدة الدرقية قد تكون قابلة للعلاج، إذا تم اكتشاف هذه الظروف في وقت مبكر، يمكن وقف تطور التأخر. وفي بعض الحالات الأخرى إذا كان يشتبه في وجود سبب عصبي، مثل: إصابات الدماغ، يمكن إحالة الطفل إلى طبيب أعصاب أو أخصائي علم النفس العصبي، لاختبار أعراض الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي)، التي عادة ما تكون واضحة في السنة الأولى، أو السنة الثانية من عمر الطفل. في حالة متلازمة داون التي تنطوي على الخصائص الفيزيائية المميّزة، ويمكن إعادة إجراء التشخيص بعد فترة وجيزة من الولادة. يتأخر الأطفال المعاقون عقليا وراء أقرانهم في الخصائص النمائية، مثل: الابتسام، والجلوس، والمشي، والحديث، أنهم غالبا ما يُظهرون مستويات أقل من المعتاد من الاهتمام في بيئتهم والاستجابة للآخرين، وأنهم أبطأ من الأطفال الآخرين في الاستجابة للتحفيز البصري أو السمعي. وعند بلوغ الطفل سن الثانية أو الثالثة، يمكن تحديد التأخر باستخدام الاختبارات الجسدية والنفسية. الاختبار مهم في هذا العمر إذا كان الطفل يُظهر علامات التأخر المحتملة؛ لأن الأسباب البديلة، مثل: (ضعف السمع)، يمكن العثور عليها ومعالجتها.

Diagnosis:

التشخيص

يتم تجميع التاريخ الطبي والعائلي والاجتماعي والتعليمي الكامل، من السجلات الطبية والمدرسية القائمة (إن وُجِدَت)، ومن المقابلات مع أولياء الأمور. يتم إعطاء الأطفال اختبارات الذكاء لقياس قدراتهم التعليمية والأداء الفكري، وتشمل هذه الاختبارات مقياس (ستانفورد بينيه)، اختبار (ويشلمر) لمرحلة ما قبل المدرسة، والمقياس الأساسي للذكاء، وبطارية تقييم (كوفمان) للأطفال. بالنسبة للأطفال الرضع، يمكن استخدام مقياس (بايلي) لتنمية الرضع، وذلك لتقييم المهارات الحركية واللغة وحل المشكلات، وتستخدم المقابلات مع الوالدين أو غيرهم من مقدمي الرعاية، لتقييم الحياة اليومية للطفل، ومراقبة العضلات، والاتصالات، والمهارات الاجتماعية، وكثيرا ما تستخدم جداول (وودكوك جونسون) للسلوك المستقل، وسلسلة (فاينلاند) للتكيف الاجتماعي، و(فابس) لاختبار هذه المهارات.

علاج أو معاملة :

Treatment :

ويُؤوّل التشريع الاتحادي للأطفال المعاقين ذهنياً إجراءً اختبارات مجانية أو تعليماً فردياً مناسباً، ومهارات في إطار النظام المدرسي، من سن ثلاث سنوات إلى 21 سنة.

وبالنسبة للأطفال دون سن الثالثة، أنشأت العديد من الولايات برامج للتدخل المبكر للتقييم، و تتوفر العديد من المدارس النهارية للمساعدة في تدريب الأطفال المتأخرين في المهارات الأساسية، مثل: الاستحمام وتغذية أنفسهم.

وتعد الأنشطة اللامنهجية، والبرامج الاجتماعية مهمة أيضاً في مساعدة الأطفال والمراهقين المتأخرين، على اكتساب الثقة بالنفس.

وغالباً ما يبدأ التدريب على مهارات العيش والعمل المستقلة، في مرحلة البلوغ المبكر.

مستوى التدريب يعتمد على درجة التأخر، يمكن للأفراد المتأخرين بدرجة بسيطة الحصول على المهارات اللازمة للعيش بشكل مستقل، وعقد وظيفة خارجية.

الأفراد المتأخرون من درجة المتوسط إلى الشديد، عادة ما يحتاجون إلى العيش تحت إشراف المجتمع.

العلاج العائلي يمكن أن يساعد أقارب المعاقين ذهنياً على تطوير مهارات التكيف، كما يمكن أن يساعد الآباء على التعامل مع مشاعر الذنب أو الغضب.

البيئة المنزلية الدافئة الداعمة ضرورية لمساعدة المعاقين ذهنياً للوصول إلى إمكاناتهم الكاملة؛ ومع ذلك لا يوجد علاج للتأخر العقلي .

وتشمل المعالجة الواعدة والمثيرة للجدل للتأخر العقلي أبحاث الخلايا الجذعية، في أوائل 2000s اكتشف العلماء إمكانات الخلايا الجذعية البالغة في علاج الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي)، وقد زرعوا خلايا نخاع العظم في الأجنة الحية في الرحم من الحيوانات لمعالجة الأمراض الخلقية، والعيوب الخلقية، والتأخر العقلي.

الخلايا الجذعية: هي الخلايا البدائية القادرة على تشكيل أنواع مختلفة من الأنسجة، وبسبب هذه النوعية الرائعة، تحمل الخلايا الجذعية البشرية وعدداً كبيراً لتطوير العلاجات، لتجديد الأعضاء المتضررة، وشفاء الأشخاص الذين يعانون من أمراض رهيبة، وتُستمد الخلايا الجذعية الجنينية من الأجنة البشرية.

استخدامها أمر مثير للجدل، لأن مثل هذه الخلايا الجذعية لا يمكن استخدامها في البحوث دون تدمير الجنين الحي.

وتوجد مصادر أخرى من الخلايا الجذعية المتاحة، ويمكن الحصول عليها من دم الحبل السري، وكذلك من الدهون ونخاع العظام، وغيرها من أنسجة الكبار دون ضرر للمتبرع.

وهناك كمية هائلة من البحوث التي تنطوي على الخلايا الجذعية للبالغين، تُجري اعتباراً من عام 2004 بالمختبرات في الولايات المتحدة.

Prevention:

التحصين ضد الأمراض مثل الحصبة وغيرها، يمنع العديد من الأمراض التي يمكن أن تسبب التأخر العقلي، وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن يخضع جميع الأطفال للفحص التنموي الروتيني كجزء من رعاية الأطفال، ويعتبر الفحص حاسماً بشكل خاص بالنسبة للأطفال الذين قد يكونون مُهْمَلين، أو يعانون من نقص التغذية، أو قد يعيشون في ظروف منتجة للمرض.

فحص حديثي الولادة والعلاج الفوري لحالات فرط نشاط الغدة الدرقية، ويمكن اكتشاف هذه الاضطرابات في وقت مبكر بما فيه الكفاية لمنع التأخر. الرعاية الجيدة قبل الولادة يمكن أن تساعد أيضاً في منع التأخر.

وينبغي تثقيف النساء الحوامل بشأن مخاطر الشُّرْب، والحاجة إلى الحفاظ على تغذية جيدة أثناء الحمل.

اختبارات، مثل: (بَزْلُ السَّلَى) و(الموجات فوق الصوتية)، يمكنها تحديداً ما إذا كان الجنين يتطور بشكل طبيعي في الرَّحِم.

KEY TERMS:

الشروط الأساسية

بزل السَّلَى -A: إجراء يُتَّخَذ في 6-18 أسبوعاً من الحمل، والذي يتم فيه إدخال إبرة من خلال بطن المرأة في رحمها، لسحب عينة صغيرة من السائل الذي يحيط بالجنين من جميع الأنحاء للتحليل؛ أما السائل نفسه أو الخلايا من السوائل فيمكن استخدامها لمجموعة متنوعة من الاختبارات، للحصول على معلومات حول الاضطرابات الوراثية وغيرها من الحالات الطبية في الجنين.

التأخر في النمو

Developmental delay:

فَشَلُّ الطفل في تلبية بعض المعالم التنموية، مثل: (الجلوس والمشي والتحدث) في متوسط العمر، فالتأخر التنموي قد يشير إلى وجود مشكلة في تطور الجهاز العصبي المركزي.

متلازمة داون –

Down syndrome:

اضطراب الكروموسومات الناجمة عن نسخة إضافية أو إعادة ترتيب الصبغ 21. الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون لديهم درجات متفاوتة من الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي)، وقد يكون لديهم عيوب في القلب.

مرض التهاب الكبد الوبائي

Hib disease —An infection caused by Haemophilus influenza type b (Hib)

العدوى التي تسببها البكتريا المستدمية (الأنفلونزا ب (هيب)). هذا المرض يؤثر بشكل رئيسي على الأطفال دون سن الخامسة في هذه الفئة العمرية، وهو السبب الرئيس لالتهاب السحايا الجرثومي، والالتهاب الرئوي، والتهابات المفاصل والعظام، والتهابات الحلق.

الخطأ الباطني من عملية التمثيل الغذائي:

Inborn error of metabolism:

واحدة من مجموعة من الحالات النادرة، التي تتميز بعيب وراثي في إنزيم أو بروتين، أو أخطاء في الأيض في الأجنة، يمكن أن يسبب تلفاً في الدماغ والإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) إذا تركت دون علاج. (بييلة فينيل كيتون، مرض تاي-ساكس)، و (الجالاكتوز في الدم) هي أخطاء في الأيض.

أعراض إصابة المواليد:

معظم إصابات الولادة تنطوي على مضاعفات خطيرة، يمكن أن تؤدي إلى إعاقات دائمة وتشوه، وخاصة إذا لم تعالج على الفور، يمكن أن تتطور إصابات الولادة إلى عواقب وخيمة، ويمكن أن تؤدي أيضا إلى إصابة الطفل بصدمة الدماغ أو الشلل.

بعض أعراض إصابات الولادة يمكن أن يتم التعرف عليها، في حين أن طفلك لا يزال في المستشفى، وبعض علامات إصابات الولادة لا ينظر إليها حتى يتطور طفلك، من خلال مراحل النمو أو أن يبدأ المدرسة.

ومع ذلك، على الرغم من أن بعض الأعراض تأخذ بعض الوقت إلا أن عددا قليلا من العلامات يمكن اكتشافها على الفور، والتي قد تشير إلى إصابات الولادة.

Symptoms that are Immediately Apparent:

هناك عدد قليل من الأعراض التي تظهر على الفور بعد إصابة الولادة؛ ولكن نضع في اعتبارنا أن هذه الأعراض، قد تشير أيضا إلى حالات صحية أخرى، يجب دائما استشارة الطبيب قبل أن تفترض أن طفلك لديه إصابات بالدماغ.

• الأعراض التي تظهر على الفور

Actions Symptoms:

الإجراءات الأعراض

- ◆ تقوس الظهر حين البكاء.
- ◆ ضيق التنفس .
- ◆ صعوبات مع المص، الأكل، البلع .
- ◆ الترويل المفرط (نزول اللعاب من الفم بصورة غير طبيعية).
- ◆ الإرهاق المفرط بدون سبب واضح .
- ◆ الغشي، و/ أو البكاء بشكل غير طبيعي يصبح مغشيا عليه .
- ◆ الغثيان والقيء .
- ◆ سبات السُّكَّات والهدوء التام.
- ◆ الحساسية للضوء.
- ◆ النوبات (التشنجات) .

قد لا تظهر الأعراض السابقة بشكل أساسي، ولكن حالة الطفل الصحية، تشير إلى أنه يعاني من مشكلات صحية، هنا يجب النظر إلى الأعراض المرتبطة بالصحة العامة.

Health-Related Symptoms:

الأعراض المرتبطة بالصحة

- ◆ فقر دم.
- ◆ التغيُّرات في الرؤية .
- ◆ الحمى (ارتفاع درجة الحرارة).
- ◆ فقدان السمع عالي التردد.
- ◆ الدُّوار.

- ◆ ارتفاع أو انخفاض ضغط الدم.
- ◆ مَمَرَّات الأنف الملتهبة .
- ◆ انخفاض معدل ضربات القلب .
- ◆ انخفاض مستويات الأوكسجين في الدم.
- ◆ السعال المستمر .
- ◆ ضعف معدل زيادة الوزن .
- ◆ الإمساك.
- ◆ الصداع.
- ◆ الصفير.
- ◆ اليرقان.
- ◆ الطفح على الجلد.
- ◆ في معظم الحالات، قد يظهر الرُّضَع أعراضا ذات صلة بالصحة وذات صلة بالعمل، فضلا عن الأعراض المرتبطة بالعضلات والعظام .

Muscle and Bone Symptoms:

العضلات والعظام الأعراض

- ◆ الذراع و/ أو عازمة اليد نحو الجسم .
- ◆ قد تتجعد اليد حتى تأخذ شكلا مثل المخلب .
- ◆ كسور الجمجمة.
- ◆ تشنُّجات .
- ◆ تصلُّب أو رَخاوة العضلات (قد تتناوب بين الاثنين .
- ◆ حركات ضعيفة.
- ◆ ضعف أو غياب ردود الفعل .
- ◆ الشعر الزائد على الظهر.
- ◆ التحرك على جانب واحد من الجسم .
- ◆ الحركات للجسم .

Months of Age 24-Symptoms That May Surface Between 12

الأعراض التي قد تظهر بين 12-24 شهرا من العمر :

كما ذُكر سابقا، ليست كل الأعراض واضحة على الفور، على الرغم من أن إصابة الولادة قد تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة مباشرة، إلا أن الجسم يستغرق بعض الوقت لثبات الأعراض.

أعراض إصابة الولادة الشائعة التي تظهر خلال سنوات الطفل الأولى:

- ♦ أتاكسيا (فقدان الاستخدام الكامل للحركات الجسدية) .
- ♦ التأخر في تنمية المهارات الحركية.
- ♦ صعوبات في المشي بشكل طبيعي.
- ♦ الإعاقة الذهنية (الذاكرة، عدم القدرة على ربط الإجراءات بعواقب، نوبات الغضب، صعوبة حل المشكلة، أو صعوبة التفكير المنطقي) .
- ♦ الصعوبات مع حل المشاكل.
- ♦ سَحَب غير طَوَّعي من الرقبة (حركات لا إرادية).
- ♦ عدم وجود سيطرة على العضلات.
- ♦ ضعف الرقابة على التنسيق.
- ♦ مشاكل الكلام.
- ♦ صعوبات خلع الملابس اعتمادا على الذات.
- ♦ التدريب على الجلوس صعب التطبيق.

خصائص النمو السليم Developmental Milestones

الرُّضْع، والأطفال الصُّغار، والأطفال الذين غالبا ما يتأخر لديهم ظهور معالم النمو السليم، هو مؤشر على إصابات الولادة المحتملة. من أجل فهم أي معالم قد يكون طفلك فاقدها، من المهم أن نفهم ما هي معالم النمو السليم، ومتوسط العمر الذي تظهر عنده هذه المعالم، التي تدل على النمو السليم.

من 2 إلى 4 أشهر

1- يتحول بالرأس عندما يسمع أصوات.

2- يبتسم.

3- يتتبع الناس بعينيه ويتعرف على الوجوه.

4- يمكنه الوصول إلى الأشياء وفهمها.

5- يدفع جسده بالمرفقين.

من 6 إلى 9 أشهر

1 سنة:

1- يستكشف ويجد الأشياء الخفية.

2- قد يكون قادرا على المشي، أو يمكنه المشي أثناء وقوفه على الأثاث.

3- يفهم التعليمات البسيطة، مثل: (وضع شيء في المهملات).

4- يبدأ بنطق الكلمات.

18 شهرا:

1- يمكنه الخربشة واللعب بالأشياء.

2- يقف ويمشي.

3- يأكل بالملعقة دون مساعدة.

4- الشرب من كوب دون مساعدة.

5- يمكنه قول مجموعة متنوعة من كلمات مُفردة.

6- يفهم إرشادات ذات خطوة واحدة.

7- يتفهم ويرتقى للعب مع الآخرين.

2-3 سنوات

1- يعرف أجزاء الجسم المألوفة مع أفراد الأسرة.

2- يبدأ استكمال الجمل وفهم القوافي.

3- يمكنه اللعب ورَكُل الكرة.

4- يستعمل الدَّرَج صعودا وهبوطا دون مساعدة.

5- يمكنه رسم خطوط مستقيمة وأشكال دائرية.

6- يعرف ويقول الاسم والعمر.

7- يمكنه القيام بلبس وخلع الملابس دون مساعدة.

4-5 سنة:

1- نضع في اعتبارنا أن المتخصص فقط يمكنه تشخيص الإعاقة والاضطرابات.

2- إذا كان طفلك متأخرا في معالم النمو، فإنه لا يعني تلقائيا أنه قد عانى من إصابة الولادة.

3- ومع ذلك، فمن المهم الحصول على المساعدة الطبية، إذا كان طفلك يفتقد بعض معالم النمو السليم، وخاصة إذا كان طفلك يظهر أيضا أعراض إصابة الولادة الأخرى.

الأعراض التي قد تكشف عن إصابات في وقت لاحق:

لن تظهر جميع أعراض إصابة الولادة خلال مرحلة الرضاعة وسنوات الطفل وهو صغير.

في الواقع، يعيش بعض الأطفال مع إصابة ولادة دون علمهم ووالديهم حتى دخولهم المدرسة.

الأعراض التي تظهر بعد سنوات عديدة هي عادة ذات الصلة المعرفية، مثل: (المشاكل مع المهارات الحركية الدقيقة)، الإعاقة التنموية، مثل: (متلازمة أسبرجر، فرط الحركة وتشتت الانتباه والتوحد..)، على الرغم من وجود جدل حول إصابة (التوحد- وفرط الحركة- وتشتت الانتباه) بإصابات الدماغ في المرحلة العمرية المبكرة، فقد وجد الخبراء أن ما لا يقل عن 60 إلى 80% من الأطفال الذين يعانون من (فرط النشاط/ وتشتت الانتباه) شهدت أيضا نوعا من صدمة الولادة الصغيرة أثناء الولادة.

وغالبا ما يحدث هذا عند استخدام أدوات مساعدة الولادة، مثل: ملقط أو استخراج فراغ..)، عندما يتم سحب الأطفال بمساعدة أدوات الولادة، وعادة ما يتم سحب رؤوسهم إلى الوراء، على غرار الإصابة. . ، وفي الوقت نفسه، يتم ضغط العديد من الأعصاب في رأس الرضيع، وفي بعض الحالات، تمزق الأغشية القحفية، مما يعيق السوائل إلى جزء الدماغ الذي يتحكم في العواطف والسلوك.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن دراسة أجرتها كلية الطب «ميلر» جامعة ميامي، أن الصعوبات أثناء الولادة ترتبط بالتوحد.

(فقر الدم الوليدي، الطموح العقبي، أنواع الدم غير المتوافقة بين الأم والطفل، والرضع الذين يعانون من انخفاض الوزن عند الولادة)، كل هذه عوامل خطر على الطفل تؤدي إلى التوحد.

نزيف الأم يضاعف من المخاطر، يقول عالم الأوبئة (هانا غاردنر سكود): «إن انخفاض إمدادات الأكسجين أثناء المخاض (أثناء الولادة)، وخلال فترة ما قبل الولادة، وخلال مرحلة الطفولة المبكرة، يمكن أن يؤثر على خطر التوحد».

المراجع:

1. <http://children.webmd.com/intellectual-disability-mental-retardation>
2. <http://www.thearc.org/page.aspx?pid=2453>
3. <http://www.mayo.edu/research/departments-divisions/department-neurology/programs/division-child-adolescent-neurology>
4. <http://www.sciencedaily.com/releases/2012/12/20121210080833/12/.htm>
5. <http://www.additudemag.com/adhd/article/695.html>
6. <http://psychcentral.com/lib/causes-of-attention-deficit-disorder-adhd/0001202>
7. <http://www.netdoctor.co.uk/adhd/whatcausesadhd.htm>
8. <http://icpa4kids.org/Wellness-Research/can-birth-injuries-cause-adhd.html>
9. <http://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/index.html>

الخطر الثاني: اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة

اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

يعانى الكثير من الأطفال في الوقت الحالي، من العديد من الاضطرابات العصبية المختلفة، والتي قد لا يكون معروفا السبب المؤدي إلى ذلك، هل هو وراثي؟ أم إصابة حدثت أثناء الولادة، أم أنهما الاثنان معا؟ ومن هذه الاضطرابات التي تؤرق أولياء الأمور، اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، وطبقاً للتصنيف الصادر عن الجمعية الأمريكية، والذي وصف هذا الاضطراب، ووضع التشخيص الخاص به، والأعراض التي تساعد المتخصصين وأولياء الأمور، على تشخيص الطفل أو الانتباه للمشكلة التي يعانى منها، ومن ثم التوجه إلى المتخصصين للتشخيص والتأهيل.

اضطراب نقص الانتباه / وفرط الحركة:

الأعراض: طبقاً للدليل التشخيصي الإحصائي الخامس:

A- نمط مستمر من عدم الانتباه/ أو فرط الحركة الاندفاعية، يتداخل مع الأداء أو التطور، كما يظهر ب 1 أو 2:

1 - عدم الانتباه: ستة من الأعراض التالية، أو أكثر استمرت لستة أشهر على الأقل، لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري، والتي تؤثر سلباً ومباشرةً على النشاطات الاجتماعية والمهنية/ الأكاديمية.

ملاحظة:

إن الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك الاعتراضية والعدائية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات. بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً (والبالغين) من سن 17 فيما أعلى (، فيلزم خمسة أعراض على الأقل.

غالباً ما يخفق في إغارة الانتباه الدقيق للتفاصيل، أو يرتكب أخطاء دون مبالاة، في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في النشاطات الأخرى، مثلاً: (إغفال أو تفويت التفاصيل، العمل غير الدقيق).

غالباً ما يصعب عليه المحافظة على الانتباه، في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة، مثلاً (صعوبة المحافظة على التركيز خلال المحاضرات، المحادثات أو القراءة المطولة).

غالباً ما يبدو غير مصغٍ عند توجيه الحديث إليه مباشرة (عقله يبدو في مكان آخر مثلاً، حتى عند غياب أي مُلهي واضح).

غالباً لا يتبع التعليمات، ويخفق في إنهاء الواجب المدرسي، أو الأعمال الروتينية اليومية، أو الواجبات العملية (يبدأ المهام مثلاً، لكنه يفقد التركيز بسرعة، كما يتلهى بسهولة).

غالباً ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة (الصعوبة في إدارة المهام المتتابة مثلاً، صعوبة الحفاظ على الأشياء والمتعلقات الشخصية بانتظام، فوضوي، غير منظم في العمل، يفترق لحسن إدارة الوقت، والفشل بالالتزام بالمواعيد المحددة).

غالباً ما يتجنب أو يكره أو يتردد، في الانخراط في مهام تتطلب منه جهداً عقلياً متواصلاً، كالعمل المدرسي أو الواجبات في المنزل، للمراهقين الأكبر سناً، وعند البالغين إعداد التقارير وملء النماذج، مراجعة الأوراق الطويلة).

غالباً ما يضع أغراضاً ضرورية لممارسة مهامه وأنشطته (كالمواد المدرسية، والأقلام، والكتب والأدوات، والمحافظ والمفاتيح والأوراق، والنظارات والهواتف النقالة).

غالباً ما يسهّل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي (للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين، قد تتضمن أفكاراً غير ذات صلة).

كثير النسيان في الأنشطة اليومية، مثل: (الأعمال الروتينية اليومية، إنجاز المهام، للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين، إعادة طلب المكالمات، دفع الفواتير، والمحافظة على المواعيد).

2 - فَرْطُ الحركة الاندفاعية: ستة من الأعراض التالية، استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري، والتي تؤثر سلباً ومباشرةً على الأنشطة الاجتماعية والمهنية أو الأكاديمية.

ملاحظة:

إن الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك. الاعتراض والعدائية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات. بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والبالغين (سن 17 وما فوق)، فيلزم خمسة أعراض على الأقل.

غالباً ما يبدي حركات تمللمل في اليدين، أو القدمين، أو يتلوى في كُرْسِيَّه.

غالباً ما يغادر مقعده في الحالات التي يُنتظر فيها منه أن يلازم مقعده، (في صفوف الدراسة، أو المكتب، أو أماكن العمل الأخرى، أو في الحالات التي تتطلب ملازمة المقعد).

غالباً ما يَرْكُضُ أو يتسلق في مواقف غير مناسبة)قد يقتصر الأمر عند المراهقين أو البالغين، على أحاسيس الشعور بالانزعاج).

غالباً ما يكون لديه صعوبات عند اللعب، أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.

غالباً ما يكون متحفزاً، أو يتصرف كما لو أنه (مدفوع بمحرك)، (لا يرتاح للثبات في شيء معين لفترات مطوّلة، كما في المطاعم أو الاجتماعات، حيث قد يلحظ الآخرون صعوبة التماشي معه).

غالباً ما يتحدث بإفراط.

غالباً ما يندفع للإجابة، قبل اكتمال الأسئلة) يكمل الجمل للآخرين مثلاً، لا ينتظر دوره عند الحديث).

غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره، (عند الانتظار في الطابور مثلاً).

غالباً ما يقاطع الآخرين، أو يقدم نفسه في شئونهم) مثلاً، في المحادثات، والألعاب، أو الأنشطة، قد يبدأ في استخدام أشياء الآخرين دون أن يطلب أو يتلقى الإذن، بالنسبة للمراهقين البالغين، قد يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخرون).

A. وجود بعض أعراض فرط الحركة الاندفاعية، أو أعراض عدم الانتباه، قبل عمر 12 سنة.

B. وجود بعض أعراض فرط الحركة الاندفاعية، أو أعراض عدم الانتباه في بيئتين أو أكثر) في المدرسة مثلاً، والعمل وفي المنزل، مع الأصدقاء أو الأقارب، أو غيرها من الأنشطة).

C. يوجد دليل صريح على تداخل الأعراض/ أو إنقاصها لجودة الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

D. لا تحدث الأعراض حصراً في سياق الفصام، أو أي اضطراب ذهاني آخر، ولا تُفسَّر بشكل أفضل - باضطراب عقلي آخر، مثل: (اضطراب مزاج، أو اضطراب قلق، أو اضطراب تفارقي، أو اضطراب شخصية).

حدد فيما إذا كان:

- ◆ (F90.2) اضطراب عجز الانتباه/ فرط الحركة، النمط المشترك: إذا تحقق المعيار (A1) عدم الانتباه (و A2) فرط الحركة الاندفاعية) لمدة ستة أشهر مضت.
- ◆ ((F90.0) اضطراب عجز الانتباه/ فرط الحركة، سيطرة نمط الانتباه: إذا تحقق المعيار (A1) عدم الانتباه) ولم يتحقق المعيار (A2) فرط الحركة الاندفاعية (في الأشهر الستة الماضية).
- ◆ ((F90.1) اضطراب عجز الانتباه/ فرط الحركة، سيطرة نمط فرط الحركة الاندفاعية: (إذا تحقق المعيار A2) فرط الحركة الاندفاعية) ولم يتحقق المعيار (A1- عدم الانتباه) في الأشهر الستة الماضية.

حدد إذا كان:

♦ في هَدَأةٍ جُرئية: عندما تحققت المعايير الكاملة سابقاً، ولو تَوَاجَد عدد أقل من المعايير الكاملة خلال الستة أشهر السابقة، ولا تزال الأعراض تؤدي إلى تدنٍّ في الأداء الاجتماعي والأكاديمي، أو المهني.

تحديد الشدة الحالية:

خفيف:

أعراض قليلة، إن وُجِدَت تتجاوز تلك المطلوبة لوضع التشخيص، موجودة في الوقت الراهن، والأعراض تؤدي إلى ضعف طفيف في الأداء الاجتماعي والأكاديمي، أو المهني.

المتوسط:

الأعراض أو الضعف الوظيفي الموجود بين «خفيف» و«شديد».

شديد:

كثيرٌ من الأعراض، تتجاوز تلك المطلوبة لوضع التشخيص، أو عدد من الأعراض شديدة جداً، موجودة في الوقت الراهن، أو أن الأعراض تؤدي إلى ضعف ملحوظ في الأداء الاجتماعي والأكاديمي، أو المهني.

الخطر الثالث: اضطراب طيف التوحد

تقييم اضطراب طيف التوحد استناداً إلى الأدلة Jessica Weeks

تدريب المهارات الاجتماعية للأبطال الخارقين، وتدريب أولياء الأمور، وتدريب الصفوف الدراسية القائم على الأدلة، وتقييم السلوك الوظيفي. اضطراب طيف التوحد والممارسة القائمة على الأدلة، وتعقب مسار التدريب لعلم النفس في المدارس.

التقييم القائم على الأدلة:

- ◆ تتطلب أفضل الممارسات استخدام المقاييس المستندة إلى الأدلة.
- ◆ المقاييس التي تستند إلى الأدلة موثوق بها وصحيحة.

صحة/ سريان التشخيص:

- الحساسية: هي قدرة المقياس على تحديد إصابة الشخص باضطراب طيف التوحد بشكل صحيح (لتفادي النتائج الإيجابية الزائفة أو النوع الخطأ 1).
- الخصائص: هي قدرة المقياس على تمييز الأشخاص غير المصابين بشكل صحيح (لتفادي النتائج السلبية الزائفة أو النوع الخطأ 2).
- ◆ الطبيب الإكلينيكي: هو المسئول عن فهم ما يستخدمه من مقاييس.
- ◆ أهمية المقاييس بالنسبة للفرد.
- ◆ التواريخ المعتادة.
- ◆ توحيد العينة.
- أهمية التشخيص المبكر & الدقيق:
- ◆ التشخيص الدقيق المبكر = التدخل المبكر.
- ◆ يمثل التدخل المبكر واستخدام الممارسات المستندة إلى الأدلة أمراً جدياً وأساسياً، لمن يعانون من اضطراب طيف التوحد، وذلك لتحسين مسار الفرد.

♦ من الممكن إجراء تشخيص اضطراب طيف التَّوَحُّد مَثوقًا به في عمر 20-24 شهرًا، ومع ذلك، يرى⁽⁴⁵⁾ أن متوسط العمر عند التشخيص هو 5 سنوات لعينة مأخوذة من 108 أطفال مصابين باضطراب طيف التَّوَحُّد.

♦ الفترة الحاسمة للتدخل المبكر: قبل بلوغ السابعة.

• معايير التشخيص:

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة المنقحة.

الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين لعام 2013.

• إضطراب طيف التَّوَحُّد.

• أوجه العجز والقصور المستمرة في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي عبر سياقاتٍ عدة، كما هو موضح على النحو التالي، في الوقت الراهن أو حسب التاريخ: (مُدْرَج أمثلة توضيحية وليست حصرية):

أوجه القصور في مبدأ التبادل العاطفي الاجتماعي، والذي يتراوح على سبيل المثال: من النهج الاجتماعي غير المعتاد وفشل الاستجابة للمحادثة التبادلية العادية، كانهماض تبادل الاهتمام أو المشاعر أو العاطفة، إلى الفشل في البدء أو الاستجابة للتفاعلات الاجتماعية.

يستخدم أوجه القصور في سلوك التواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي، والذي يتراوح على سبيل المثال، من: ضعف التكامل للسلوك اللفظي وغير اللفظي، كالحالات غير العادية للتواصل البصري ولغة الجسد، أو أوجه القصور، والعجز عن فهم واستخدام الإيماءات.

الافتقار التام إلى تعبيرات الوجه والتواصل غير اللفظي.

أوجه القصور والعجز في تطوير وفهم والحفاظ على العلاقات، والذي يتراوح على سبيل المثال، من: صعوبات ضبط السلوك، بحيث يتناسب مع الظروف الاجتماعية المختلفة، والصعوبة في مشاركة اللعب التخيلي، أو تكوين صداقات وافتقار الاهتمام بالأصدقاء.

التصنيف الحالي للحدِّة/ الشدَّة: يعتمد على قيود وإعاقات التواصل والأنماط التكرارية للسلوك.

((Wiggins et al. 2006 (45))



• معايير التشخيص:

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة المنقحة.

الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين لعام 2013.

- الأنماط المُقَيِّدَة والمتكررة للسلوك أو الاهتمامات أو الأنشطة، كما هو موضح على النحو التالي في أمرين على الأقل في الوقت الراهن، أو حسب التاريخ: (مُدْرَج أمثلة توضيحية وليست حصرية):

التصرفات الحركية المتكررة أو النمطية، واستخدام الأشياء أو الحديث، مثل: (القوالب النمطية الحركية البسيطة، أو اصطافاف العرائس والألعاب، أو تقليد الأشياء، أو استخدام اللفظ الصدودي/ تصدية الألفاظ أو استخدام العبارات التمييزية غير الاعتيادية).

الإصرار على الالتزام والتقييد المتماثل غير المرن بالأعمال الروتينية، أو الأنماط الطقوسية بالسلوكيات اللفظية أو غير اللفظية، مثل: (التوتر الحاد عند حدوث تغيرات بسيطة، أو الصعوبة المتصلة بعملية الانتقال، أو أنماط التفكير الصارمة، أو طقوس الترحيب، أو يتخذ نفس المسار، أو يتناول نفس الطعام كل يوم).

تركيز الاهتمام على اهتمامات تخضع لقيود صارمة، غير معتادة الشدة أو التركيز، مثل: (التعلق الشديد أو الانشغال بأشياء غير مألوفاً، أو اهتمامات مُقَيِّدَة للغاية، أو المواظبة على الاهتمامات).

فرط أو قصور التفاعل مع المدخلات الحسية، أو الاهتمامات غير الاعتيادية في الجوانب الحسية للبيئة، مثل: (اللامبالاة الواضحة إزاء الألم/ درجة الحرارة/ أو إصدار استجابة عكسية نحو أصوات أو أقمشة معينة، أو شم ولمس الأشياء بصورة مفرطة، أو الوَلَع والافتتان البصري بالأضواء والحركة).

- التصنيف الحالي للحدة/ الشدة: يعتمد على قيود وإعاقات التواصل والأنماط التكرارية للسلوك.
- يجب توافر الأعراض خلال مرحلة النمو المبكرة (وقد لا تتضح بشكل كامل حتى تفوق المتطلبات الاجتماعية القدرات والإمكانات المحدودة، أو يتم إخفاؤها من خلال الاستراتيجيات المستفادة، خلال المراحل المتقدمة من العمر).
- تُسَبَّبُ الأعراض إعاقات إكلينيكية بالغة وخطيرة، في مجال التواصل أو النطاق الوظيفي أو مجالات أخرى مهمة للأداء الحالي.
- من الأفضل ألا يتم تفسير تلك الاضطرابات من خلال الإعاقات العقلية، أو أوجه تأخر النمو العالمي، فتحدث هذه الاضطرابات بشكل متكرر: لإجراء تشخيصات مرضية لاضطرابات طَيْفِ التَّوَحُّد والإعاقات العقلية، وينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي أقل من المتوقع، لمستوى النمو والتطور العام.

مواصفات مستوى الشدة:

- يعتمد على إعاقات التواصل الاجتماعي والأنماط المحصورة والتكرارية للسلوك.

مستوى 3: يتطلب دعماً على قدر كبير جداً.

مستوى 2: يتطلب دعماً كبيراً.

مستوى 1: يتطلب دعماً.

مواصفات/ خصائص إضافية:

مصاب أو غير مصاب بإعاقة ذهنية.

يعاني أو لا يعاني من إعاقة لغوية.

يرتبط بمرض وراثي أو طبي معروف، أو بعوامل بيئية معروفة.

مصاب بجمود عضلي/ إغماء تشبهي (سمات نفس حركية).

تُوجَّه المواصفات والخصائص حالات التدخل ليناسب مستوى الشدة/ الحدة، والصعوبات الخاصة بشكل أفضل.

فحص وتشخيص اضطراب طيف التوحد

المستوى الأول: رصد التطور الروتيني

توصي الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال عام 2011 بفحص وتشخيص جميع الأطفال، من حالات تأخر النمو أو الإعاقات، خلال زيارة الطبيب المنتظمة جيداً. بعمر 9 و18 و24 و30 شهراً.

- بالإضافة إلى ذلك، يجب فحص الأطفال، والكشف عن اضطراب طيف التوحد، خاصة عند زيارة الطبيب المنتظمة بعمر 18 و24 شهراً.
- توصي الأكاديمية الأمريكية لعلم الأعصاب عام 2000، بإجراء عملية فحص للنمو المستمر المرن، خلال زيارة طبيب الأطفال للأطفال الرضع خلال مرحلة الطفولة.
- تشتمل الاستبيانات المناسبة الخاصة بفحص النمو على: الفحص الثالث (بريجرانس) لمرحلة الطفولة المبكرة.⁽⁴⁶⁾
- مؤشرات النمو/ التطور البارزة المثيرة للقلق.
- عدم القدرة على المناغاة عند بلوغ 12 شهراً.
- استخدام كلمة واحدة عند بلوغ 16 شهراً.
- استخدام عبارتين عفويتين عند بلوغ 24 شهراً.
- يبدو عليه الافتقار إلى اللغة والكلام أو المهارات في أي مرحلة عمرية.
- ينبغي وضع أشقاء الأطفال المصابين بطيف التوحد تحت المراقبة والرصد عن كثب.

المستوى الأول: رصد التطور الروتيني

- القائمة المرجعية المعدلة لفحص اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال بعمر الحبو في عمر 18 شهراً⁽⁴⁷⁾.
- معايير «دينفر» للقائمة المرجعية المعدلة، لفحص اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال بعمر الحبو⁽⁴⁸⁾.

(46) (بريجرنس لعام 2013 والنسخة الثالثة لاستبيانات الأعمار والمراحل لـ Squires & Bricker, 2009 والقائمة الانمائية للطفل لـ (CDI; Ireton, 1992), وتقييمات الوالدين لحالة النمو (PEDS; Glascoe & Robertshaw, 2007).

(47) (M-CHAT; Robins, Fein, Barton & Green 2001; Robins & Dumont-Mathieu)

(48) (Scambler et al., 2006)

- استبيان فحص الإصابة باضطراب طيف التوحد لـ (49).
- استبيان الفحص المبكر لأعراض طيف التوحد.
- سلوكيات غير مرغوب بها:
- افتقار/ انعدام أو تكرار بشكل محدود لـ:
 - ◀ الاستجابة عند سماع اسمه.
 - ◀ تَعَقُّب نقطة أو نظرة.
 - ◀ الإشارة إلى الأسباب خلاف تقديم الطلبات.
 - ◀ المشاركة في اللعب التخيلي الظاهري.
- يكون الأمر أفضل حالاً عند تناول وإدراك التوحد الكلاسيكي، بدلاً من متلازمة «اسبرجر».

التشخيص:

المستوى الثاني: تشخيص & تقييم طيف التوحد:

مجالات التقييم الأساسية لأفضل التطبيقات والممارسات:

تسجيل المراجعات.
التاريخ المرضي وتاريخ تطور النمو.
الفحص الطبي و/ أو التقييم الطبي.
مقابلة ولي الأمر/ مقابلة مقدم الرعاية.
تقييم المعلم/ ولي الأمر للكفاءة الاجتماعية.

(Ehlers, Gillberg, & Wing, 1999 (49)

الملاحظة المباشرة للطفل.

التقييم المعرفي.

التقييم الأكاديمي.

تقييم السلوك التكيفي.

تقييم التواصل، والتقييم اللُّغوي.

الاعتبارات المتعلقة بالتقييم:

- يجب إدراج كل تقييم خاص باضطراب طيف التَّوَجُّد، وذلك للحصول على أفضل الممارسات:
- ثمة مصدران رئيسان للمعلومات وهما:
- وصف مسار النمو والأنماط السلوكية الحالية، الذي يقدمه مقدم الرعاية.
- الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل.
- مشاركة فريق متعدد التخصصات للإفادة بمجالات التخصص الأساسية، ومنها:
 - ◀ مشاركة أخصائي علاج النطق والكلام.
 - ◀ مشاركة المعالج المهني.
 - ◀ مشاركة المعالج الفيزيائي/ العلاج الطبيعي.
 - ◀ مشاركة أخصائي علاج السلوك.
 - ◀ مشاركة الأطباء النفسيين.
 - ◀ مشاركة مدرسي التعليم الخاص.

مقابلة الوالدين الموحدة:

مقابلة تشخيص اضطراب طيف التوحد/ الصيغة المنقحة⁽⁵⁰⁾.

- فهي المقياس الموحد الأكثر موثوقية، للحصول على تاريخ التطور المبكر للمشتبه بإصابته باضطراب طيف التوحد.
- وتعد بمثابة أداة التشخيص الأكثر استخداماً لتشخيص اضطراب طيف التوحد.
- يحدد الأعراض المرتبطة بالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، ومعايير الطبعة الـ 10 للتصنيف الدولي للأمراض.
- يتكون من 93 سؤالاً، يتم جمعها في 3 مجالات وظيفية.
- ◀ التواصل واللغة والتفاعلات الاجتماعية المتبادلة، والسلوكيات النمطية والاهتمامات المحدودة والمتكررة.
- ◀ السلوكيات الحالية والسلوكيات التشخيصية.
- ◀ يركز التشخيص على جانب تاريخ النمو في عمر 4-5 سنوات.
- ◀ يركز السلوك الحالي على الأعراض الموجودة أثناء فترة إجراء الفحص، وذلك لتحديد العلاج والتخطيط لتطبيقه.

مقابلة تشخيص اضطراب طيف التوحد/ الصيغة المنقحة:

- نقطة الفصل لاضطراب طيف التوحد.
- لا ينبغي استخدامه مع الأشخاص ممن تقل أعمارهم العقلية عن 20 شهراً.
- خصائص تحديد اضطراب التوحد إزاء الإعاقة الذهنية:

العيوب:

- طول الوقت المستغرق لإجراء الفحص.
- طول فترة التدريب.

الملاحظة المباشرة المعيارية:

جدول ملاحظة تشخيص اضطراب التوحد، الطبعة الثانية، فتبدو الأكثر تطوراً والأقرب للوصف النفسي كأداة ملاحظة لاضطراب طيف التوحد.⁽⁵¹⁾

(50) (Rutter, Lecouteur, & Lord, 1994)

(51) (ADOS-2; Lord, Rutter, DiLavore, Risi, Gotham, & Bishop, 2012)

- تم وضعها في الأصل عام 1989 لتوحيد الملاحظات السلوكية.
- تم التنقيح عام 1994 مع تزايد استخدامها في المراكز الطبية.
- لتمييز الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد دون غيرهم، من غير المصابين بدقة تبلغ 92% أو يزيد.⁽⁵²⁾
- تمييز الملاحظة المباشرة المعيارية لوضع «المعايير الذهبية» للتقييم.
- جمع واقتران المقياسين، المتمثلة في مقابلة الوالدين/ مقدمي الرعاية، والملاحظات الموحدة المعيارية للسلوك.

الملاحظة المباشرة المعيارية:

- جدول ملاحظة تشخيص اضطراب التوحد 2:
- تم توحيد الملاحظة في كثير من المجالات.
- المهام والأنشطة.
- المواد الخام.
- ملاحظة سلوك الطفل.
- يتم النظر لدرجة السلوك فقط أثناء إجراء الاختبار.
- عمليات التشخيص المنظمة.
- التدريب المكثف للفاحص.
- وضع الملاحظات القائمة على البحث.

الملاحظة المباشرة المعيارية:

- جدول ملاحظة تشخيص اضطراب التوحد 2
- خمس نقاط محل اهتمام لتوصيف السلوك:
- التفاعل الاجتماعي.
- التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- توظيف اللعب التخيلي للمواد الخام.
- الأنماط السلوكية المحدودة أو المكررة.
- سلوكيات ومؤثرات أخرى غير مألوفة.

(52) (Lord et al., 2000).

الملاحظة المباشرة المعيارية:

جدول ملاحظة تشخيص اضطراب التوحد 2:

تم إجراء جدول الملاحظة من خلال 1 من 5 نماذج:

- نموذج 1 و2 و3 و4، ونموذج للأطفال في عمر الحبو.
- يتم اختيار النموذج بناء على قدرة الطفل اللغوية.
- < **نموذج الطفل الهادي:** بعمر من 12 حتى 30 شهرا، حيث يصدر كلمات فردية أو غير لفظية، أو عبارات بسيطة غير مفهومة.
- < **نموذج 1:** للأطفال الأكبر من 31 شهرا، حيث يصدر كلمات فردية أو غير لفظية، بجانب اللعب والتحرك والتنقل.
- < **نموذج 2:** التنقل والتحرك واللعب ويتحدث بفصاحة شفوية، ويقل عن عمر 36 شهر، أو أي مرحلة عمرية لعبارات الحديث.
- < **نموذج 3:** من عمر 3 سنوات حتى بداية المراهقة المبكرة، لا يزال اللعب بالدمى يلائم هذه المرحلة، بجانب الفصاحة اللفظية.
- < **نموذج 4:** سن المراهقة الأكبر أو سن الرشد يمتاز ب: الفصاحة اللفظية وتكون معظم المهام على هيئة استمارات إجراء مقابلات.

الملاحظة المباشرة المعيارية:

- اختيار النموذج:
- لا ينبغي أن تُعزّل القدرة اللغوية، التي تتناسب مع المتطلبات اللغوية للمهام (القدرة اللغوية للفرد أكثر من المعهود).
- في حالة الشك، يتم اختيار النموذج الأقل تشدداً وتطلباً للأمور.
- يُبطل اختيار النموذج الخطأ التقييم.
- إذا تم اختيار نموذج خطأ، ينبغي على من يجري التقييم التغيير، لاستخدام النموذج الصحيح أثناء إجراء التقييم.

الملاحظة المباشرة المعيارية:

تسجيل التقييم:

اتباع المبادئ التوجيهية لاستنتاج والتماس السلوك:

- سيكون أمراً جيداً وجود من 2 إلى 3 أمثلة واضحة على السلوك.

- ينبغي أن يكون مدير البرنامج الإنمائي على دراية، بمدى صعوبة ما سيلاقيه للحدث على السلوكيات المرغوب بها.
- المبادئ التوجيهية:
 - 0 - لا يظهر السلوك أي خلل / شذوذ.
 - 1 - يكون السلوك غير طبيعي بنسبة طفيفة، أو غير معتاد بعض الشيء.
 - 2 - قطعاً، يبدو السلوك غير طبيعي أو غير معتاد.
 - 3 - يكون السلوك غير طبيعي على نحو ملحوظ، للتداخل مع إجراء المقابلة/ لإعاقة المقابلة، أو يكون محدودا للغاية.
 - 7 - لم يتم تحديد التشوهات والخلل السلوكي في توصيف السلوك.
 - 8 - لا يحدث/ لا يتكرر السلوك، كما أنه غير قابل للتطبيق.
 - 9 - يكون التصنيف قابلاً للتطبيق، ولكن لا تتوافر الأدلة.

الملاحظة المباشرة المعيارية:

جدول الملاحظة لتشخيص طيف التوحد:

المراجعات 2012:

- تحقيق أكبر قدر من الاتساق فيما بين النماذج، من أجل تسهيل المقارنة طيلة مراحل نمو الفرد.
- إضافة لنموذج خاص بالأطفال في سن التهادي، مما يتيح طائفة من الشواغل.
- يتيح التقييم للأطفال الصغار.
- يحسّن من دقة وفعالية التشخيص.
- فيما مضى، أضاف جدول الملاحظة لتشخيص طيف التوحد، الأطفال ذوي الإعاقة اللغوية، وحدد الأطفال ذوي الإعاقة غير اللفظية ضمن إطاره.
- أجرى جدول الملاحظة لتشخيص طيف التوحد المزيد من التحديد، لفئة ذوي الإعاقات التنموية والمعرفية.

الملاحظة المباشرة المعيارية:

جدول الملاحظة لتشخيص طيف التوحد

العيوب والمساوي:

- باهظة الثمن.
- التدريب المكثف، لضمان الموثوقية.

- يستغرق وقتاً طويلاً للتعلم وإجرائه وتدوين الدرجات.
- يتجاوز في تحديده لاضطراب طيف التوحد لدى الأطفال الذين يعانون من إعاقة ذهنية ملحوظة، في مرحلة الطفولة المبكرة.
- في كثير من الأحيان، لا تظهر السلوكيات النمطية والتكرارية أثناء التشخيص.

مقاييس التصنيف & القوائم المرجعية:

- قد يتم استخدام مقاييس التصنيف والقوائم المرجعية، للاسترشاد بها في التقييم عن وجود وشدة أعراض محددة، يتسم بها اضطراب طيف التوحد.
- إنشاء ملف تعريف وظيفي.
- لا ينبغي استخدام تلك المقاييس كمقاييس فحص عالمية، وينبغي ألا يتم استخدامها إلا لمواصلة البحث عن فرضيات التشخيص لاضطراب طيف التوحد.

◀ تتضمن المقاييس الشائعة الاستخدام:

◀ الطبعة الثانية من مقياس الاستجابة الاجتماعية⁽⁵³⁾.

◀ استبيان التواصل الاجتماعي⁽⁵⁴⁾.

◀ الطبعة الثانية لـ مقياس تصنيف التوحد في مرحلة الطفولة⁽⁵⁵⁾.

◀ الطبعة الثانية لـ مقياس تصنيف التوحد لـ (غيليام)⁽⁵⁶⁾.

◀ القائمة المرجعية لسلوك التوحد⁽⁵⁷⁾.

◀ مقياس تصنيف طيف التوحد⁽⁵⁸⁾.

(53) (SRS-2: Constantino & Gruber, 2012)

(54) (SCQ: Rutter, Bailey, & Lord, 2003)

(55) (CARS2; Schopler, Van Bourgondien, Wellman, & Love, 2010)

(56) (GARS-2; Gilliam, 2006)

(57) (ABC; Krug, Arick, & Almond, et al., 1978, 1980)

(58) (ASRS; Goldstein & Naglieri, 2010)

استبيانات الكشف عن الأعراض

مقاييس التصنيف & القوائم المرجعية:

الطبعة الثانية من مقياس الاستجابة الاجتماعية⁽⁵⁹⁾.

- تم تصنيف 65 بندا، وذلك فيما يخص الـ 6 أشهر الماضية.
- للطفل: يستغرق من 15-20 دقيقة، كي يكمل الاستبيانَ أحد الوالدين أو المعلم.
- للبالغ: يستغرق من 15-20 دقيقة، كي يكمل مصدر موثوق به الاستبيان، أو من خلال التقرير/ الإبلاغ الذاتي.
- مقياس السلوك الاجتماعي في نطاق 5 ميادين: الوعي الاجتماعي، ومعالجة المعلومات الاجتماعية، والقدرة على إصدار الاستجابة الاجتماعية المتبادلة، والرهاب الاجتماعي/ الانطواء على الذات، وسمات التوحد.
- لا يميز بشكل واضح بين اضطراب طيف التوحد، من اضطرابات نمائية شاملة غير محددة، وبين متلازمة «اسبرجر».
- وجود روابط قوية مع المقابلة المنقحة لتشخيص التوحد: تقييم الأم.⁽⁶⁰⁾

استبيانات الكشف عن الأعراض

مقاييس التصنيف & القوائم المرجعية:

- الطبعة الثانية لـ مقياس تصنيف التوحد في مرحلة الطفولة⁽⁶¹⁾.
- يهدف إلى تحديد الأعراض المرتبطة باضطراب طيف التوحد.
- وُضع مقياس تصنيف التوحد في مرحلة الطفولة خصيصاً، لتحديد مصابي متلازمة «اسبرجر» في عمر 6 سنوات أو ما يزيد عن ذلك، ومن يزيد معدل الذكاء لديهم عن 80 وذووا فصاحة لغوية.
- يوجد 15 بندا كمقياس تصنيف السلوك، وكأداة ملاحظة منظمة.
- تم تطويره للمساعدة في تحديد الأطفال المصابين بالتوحد، بجانب تقييم درجة الاضطراب المتفاوتة، بالإضافة إلى التمييز بين اضطرابات النمو الأخرى.
- وُضعت خصيصاً لحالات الإعاقة الذهنية من الدرجة المتوسطة إلى الحادة.

(59) (SRS-2: Constantino & Gruber, 2012)

(60) (- 74.65 Constantino et al., 2003)

(61) (CARS2; Schopler, Van Bourgondien, Wellman, & Love, 2010)

- يعتمد التقييم على ملاحظة الطبيب الإكلينيكي، أو من خلال تقرير الوالدين.
- يعتمد على معايير التَّوَحُّد المحددة مسبقاً في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

السلبيات:

- المغالاة في تحديد حالات التَّوَحُّد.
- سوء التمييز بين اضطراب طيف التَّوَحُّد والإعاقة العقلية.

استبيانات الكشف عن الأعراض

مقاييس التصنيف & القوائم المرجعية:

استبيان التواصل الاجتماعي⁽⁶²⁾.

- تهدف إلى تقييم الإعاقات النوعية، في التواصل والتفاعلات الاجتماعية المتبادلة، بالإضافة إلى: الأنماط السلوكية المكررة والنمطية والمحدودة والمقيّدة.
- يستكمل الوالدان 40 بنداً، أو يستكملها مقدم الرعاية الأساسي (بشرط أن يكون على دراية بتاريخ الحالة الخاص بالعمو).
- توافر نسخة حالية، ونسخة لمدى الحياة.
- تُقيّم نسخة مدى الحياة الفترة بين العام 4 والـ 5 للطفل.
- تُقيّم النسخة الحالية الأداء الحالي للطفل.
- يرتبط محتوى البند بشكل مباشر، مع بنود التشخيص للنسخة المنقحة، من إجراء المقابلة لتشخيص طيف التَّوَحُّد.
- ارتباط مُعامل «بيرسون» مع مجالات النسخة المنقحة من إجراء المقابلة لتشخيص طيف التَّوَحُّد⁽⁶³⁾.
- التفاعلات الاجتماعية المتبادلة: 92/ اللغة والتواصل: 73/ السلوكيات والاهتمامات النمطية والمكررة والمحدودة والمقيّدة: 89.

استبيانات الكشف عن الأعراض

مقاييس التصنيف & القوائم المرجعية:

الطبعة الثانية لمقياس تصنيف التَّوَحُّد لـ (جوليام)⁽⁶⁴⁾:

SCQ: Rutter, Bailey, & Lord, 2003) (62)

(Bishop & Norbury, 2002) (63)

(GARS-2; Gilliam, 2006) (64)



- يهدف إلى التمييز بين الأطفال المصابين باضطراب طيف التَّوَحُّد، وبين هؤلاء المصابين باضطرابات سلوكية حادة، بالإضافة إلى الأطفال ممن يُنمَّون نموًّا طبيعيًّا.
- تم وضع 42 بنداً لمقياس «ليكرت» كي يستكملها وليُّ الأمر، أو المعلِّم خلال 5 إلى 10 دقائق.
- تتم مقابلة الوالدين للسؤال عن: علامات النمو البارزة، خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل.
- يتناسب مع الأشخاص من عمر 3 سنوات إلى 22 سنة.

استبيانات الكشف عن الأعراض

مقاييس التصنيف & القوائم المرجعية:

- الطبعة الثانية لـ مقياس تصنيف التَّوَحُّد لـ (جيليام)⁽⁶⁵⁾:

- يعكس المعيارُ المشار إليه وضعَ التصور المفاهيمي للتَّوَحُّد، كما هو وارد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.
- كما تسللت المقاييس الفرعية إلى السلوكيات النمطية والتواصل والتفاعل الاجتماعي، لقياس سمات وخصائص التشخيص، وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.
- جمَع فهرس التَّوَحُّد الذي يوضح حدة وشدة الاضطراب.
- يتم حساب هذه التجميعية لإغفال وحذف التواصل اللفظي، إذا دعت الحاجة لذلك.
- تتضمن الطبعة الثانية لمقياس تصنيف التَّوَحُّد لجيليام، فصلاً يُطبَّق بنود وعناصر الاختبار الجاري تطبيقها على تحليل السلوك والبحث.

الانتقادات الموجهة لهذا المقياس:

- لا تزال قدرة المقياس محدودة، وينبغي توخي الحذر عند تفسيرها.
- تم أخذ نسبة 9% من العينات الموحدة لأفراد من عمر 16 إلى 22 سنة، لضعف صلاحية هذه الفئة العمرية.
- اشتمل توحيد العيِّنات على: «أفراد مصابين بالتَّوَحُّد»، بالرغم من عدم تقديم المزيد من المعلومات.
- أشار الدليل إلى التعيين عبر شبكة الإنترنت لمنظمة «مصابي متلازمة اسبرجر»، والذي قد يشمل/ يدرج على اضطراب التَّوَحُّد للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، واضطراب طيف التَّوَحُّد الواردة في نفس المعيار/ القاعدة.

(65) (GARS-2; Gilliam, 2006)

استبيانات الكشف عن الأعراض مقاييس التصنيف & القوائم المرجعية: -القائمة المرجعية لسلوك التَّوَحُّد⁽⁶⁶⁾.

- احتوى 57 بنداً إكلينيكياً.
- تم تصنيف الفئات إلى 5 مجموعات فرعية:
- الحسية والمرتبطة بالجسد، واستخدام الأشياء، واللغة، والتفاعل الاجتماعي، والمساعدة الذاتية والاعتماد على النفس.
- يشير مستوى 67 درجة وما يزيد عن ذلك، إلى وجود مستوى عالٍ من اضطراب التَّوَحُّد، وتشير الدرجات/ النقاط الأقل من 53 درجة/ نقطة إلى الاحتمالات الضعيفة.
- الإمكانيات والقدرات/ المشكوك بها (موضع الشك) للتمييز بشكل كافٍ بين اضطراب طيف التَّوَحُّد وغيرها من إعاقات النمو.

استبيانات الكشف عن الأعراض

مقاييس التصنيف & القوائم المرجعية:

- مقياس تصنيف طيف التَّوَحُّد. (ASRS; Goldstein & Naglieri, 2010):

- تم تصميم المقياس بهدف قياس سلوك الأطفال والشباب من عمر عامين إلى 18 عاماً.
- تستغرق استمارات تقييم الآباء والمعلمين 20 دقيقة لاستكمالها، وذلك (لمعرفة الطفل في عمر لا يقل عن 4 أسابيع).
- تم تصنيف 70 بنداً للسلوك.
- يرمز للدرجات بـ T-scores. ومنها:
- إجمالي الدرجات/ النتائج الإجمالية، ودرجات مقياس تصنيف طيف التَّوَحُّد، ودرجات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، ودرجات/ نقاط المعالجة.
- القاعدة المشار إليها، والتي تعتمد على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، ومنها ثلاثة مقاييس:
- التنظيم الذاتي، والتواصل الاجتماعي، والسلوكيات النمطية.

(66) (ABC; Krug, Arick, & Almond, et al., 1978, 1980)

- يميز المقياس بدقة بين أعضاء الفئة العامة، وبين غيرهم ممن لهم تشخيص إكلينيكي آخر⁽⁶⁷⁾.
- اضطراب طيف التوحد في مقابل حجم تأثير الفئة العامة - $d=1.54$.
- اضطراب طيف التوحد في مقابل التشخيصات الإكلينيكية الأخرى - $d = 1.36$.

التقييم الشامل

التدابير والمقاييس التكميلية:

- تجدر الإشارة إلى أن هذه المقاييس لا تستخدم في تشخيص طيف التوحد، ومع ذلك، فهي تقدم صورة أكثر شمولاً عن أداء الفرد، بمجرد تشخيصه بمرض التوحد.
- وهي من الأمور الهامة، نظراً لأن التوحد معروف بالنمو المتفاوت غير المتوازن.
- وجود نطاق واسع وحاد لحالات التأخر فيما بين الأفراد.

التقييم الشامل

التدابير والمقاييس التكميلية:

- التقييم المعرفي.
- يرتبط بحدّة أعراض التوحد.
- يمكن استخدامه لتقييم إذا ما كان لدى الطفل حالة من حالات التأخر في التواصل، والتفاعل الاجتماعي أكثر من المتوقع، وذلك وفقاً للوظائف الإدراكية.
- غالباً ما توجد سمات ومواصفات فكرية متفاوتة وغير متكافئة.
- نظراً للتفاوت والاختلافات بين الدرجات، فلن تشرح التجميعية الإجمالية لدرجات نسبة الذكاء، القدرات العقلية الصحيحة بصورة مُجديّة ومفيدة.
- ينبغي تفسير الدرجات كل على حدة، لتحديد مواطن قوة وضعف القدرة الإدراكية.
- تعرض تقريباً 10% من مهارات «سبلنتر» (المهارات المتفرعة المنشقة) وفقاً للمجلس الوطني للبحوث عام 2001.
- يوصي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية- الطبعة الخامسة المنقحة- باستخدام اختبارات غير لفظية وغير محددة بالوقت، لتقييم مواطن القوى المحتملة لدى الأشخاص ذوي المهارات اللغوية المحدودة.
- لا يوجد نمط معرفي كدليل على تشخيص اضطراب طيف التوحد.

(67) (Simek & Wahlberg, 2010)

التقييم الشامل التدابير والمقاييس التكميلية:

التقييم المعرفي: يعتبر:

- يعتبر مؤشراً على التحصيل التعليمي طويل المدى، ومهارات التواصل ومهارات الحياة بشكل مستقل.
- المقاييس:
- الطبعة الخامسة من «اختبار ستانفورد بينت» لقياس نسبة الذكاء⁽⁶⁸⁾.
- تم تقسيم المجالات اللفظية وغير اللفظية المنفصلة إلى: 5 عوامل للدرجات، فيمثل اضطراب طيف التوحد المدرج في توحيد العينات القاعدة الأدنى.
- الطبعة الرابعة من «مقياس وكسلر» لقياس ذكاء الأطفال⁽⁶⁹⁾، والطبعة الرابعة من «مقياس وكسلر» لقياس ذكاء البالغين⁽⁷⁰⁾، والطبعة الرابعة من «مقياس وكسلر» لقياس الذكاء بمرحلة ما قبل الالتحاق بالمدرسة والمرحلة الأساسية⁽⁷¹⁾.
- يتيح الاستدلال والتفكير اللفظي وغير اللفظي، ومهام ملاحظة القدرة الحركية (سرعة المعالجة/ السرعة القصوى)، بالرغم من احتمالية وجود مزيد من الأعباء اللفظية.
- الطبعة الثالثة من «مقياس لايتير» للأداء الدولي⁽⁷²⁾.
- بالنسبة لغير اللفظي، وجود تجارب التدريس بمثابة نقاط قوى لهذه الفئة.

التقييم الشامل

التدابير والمقاييس التكميلية:

التقييم الأكاديمي:

- تعتبر المقاييس الأكاديمية أمراً ضرورياً وحيوياً للتخطيط ولاتخاذ القرارات التعليمية، نظراً لأنه بموجبها سيتلقى الطفل على الأرجح أكثر الخدمات والمساعدات الفردية.

(68) (SB5; Roid, 2003)

(69) (WISC-IV; Wechsler 2003)

(70) (WAIS-IV; Wechsler, 2008)

(71) (WPPSI-IV; Wechsler, 2012)

(72) (Leiter-3; Roid, Miller, Pomplun, & Koch, 2013)

- يمكن للنتائج أن توفر ملفاً عن مواطن القوى ونقاط الضعف الأكاديمية.
- إمكانية التحديد المحتملة لـ «مهارات سبلنتر»، مثل: فرط القراءة أو امتلاك الذاكرة التي تفوق المتوسط أو مهارات إجراء العمليات الحسابية.
- أمثلة توضيحية على المقاييس الأكاديمية:
- اختبار «وودكوك جونسون» لقياس الإنجاز⁽⁷³⁾.
- والطبعة الثانية لـ «اختبار وكسلر» لقياس الإنجاز الفردي⁽⁷⁴⁾، والطبعة الثانية من اختبار كوفمان للتحصيل التعليمي⁽⁷⁵⁾.

التقييم الشامل

التدابير والمقاييس التكميلية:

تقييم السلوك التكيفي:

- تعتبر القدرة على إظهار السلوكيات التي تتناسب مع العمر، واللازمة للقيام بالأداء الوظيفي في الحياة اليومية بشكل آمن ومناسب، تعتبر عنصراً أساسياً لمسار التَّوَجُّد.
- كما تعتبر مؤشراً بالغ الأهمية للنتائج طويلة المدى، بالإضافة إلى القدرة على الحياة بشكل مستقل.
- لا يتمشى دائماً أداء العمل في هذا المجال مع الأداء الفكري، على النحو الوارد في المقياس المعرفي.
- تجدر الإشارة إلى أي فروق وتناقضات بين الأفراد، من شأنها أنها قد توضح الفرق بين المستوى المعرفي، وبين النتائج التكيفية في مجالات المهارات الاجتماعية والحياة اليومية.
- تشتمل مقاييس السلوك التكيفي التي تتناسب مع تقييم التَّوَجُّد على:
- - الطبعة الثانية من مقياس «فاينلاند» للسلوك التكيفي⁽⁷⁶⁾، والطبعة الثالثة من ملف التطور والنُّمو⁽⁷⁷⁾، والطبعة الثانية من نظام تقييم السلوك التكيفي⁽⁷⁸⁾.

(73) (WJ-III; Woodcock, McGrew, & Mather, 2001, 2007)

(74) (WIAT-II; Wechsler, 2005)

(75) (KTEA-II; Kaufman & Kaufman, 2004)

(76) (Edition) Vineland-II; Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005

(77) (DP-3; Alpern, 2007)

(78) ABAS-II; Harrison & Oakland, 2003

التقييم الشامل التدابير والمقاييس التكميلية:

تقييم اللغة والتواصل:

- تعد اللغة الوظيفية في عمر الـ 5 سنوات بمثابة عوامل تشخيص راسخة:
- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة المنقحة.
- يتسم الأفراد ممن لا يعانون من إعاقة لغوية بـ: الحديث بجمل كاملة والحديث الفصيح.
- التقييم الشامل
- التدابير والمقاييس التكميلية:
- تقييم اللغة والتواصل:
- الحصول على المعلومات من كلٍّ من: التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- وظائف التواصل الاجتماعي للغة.
- المهارات غير اللفظية التي تنظم التفاعلات.
- البحث عن مهارات متفاوتة غير متكافئة: قد يبدي الأفراد ذوا «متلازمة اسبرجر» مواطن القوى في اللغة الرسمية.
- أمثلة على المقاييس:
- الطبعة الرابعة من «اختبار بيبودي» للمفردات المصورة⁽⁷⁹⁾، والطبعة الرابعة من اختبار المفردات المصورة للكلمة التعبيرية الواحدة⁽⁸⁰⁾، والطبعة الرابعة، للتقييم الإكلينيكي للمبادئ الأساسية اللغوية⁽⁸¹⁾.
- التقييم الشامل للغة المنطوقة المستخدمة⁽⁸²⁾، والطبعة الثانية من اختبار اللغة التعبيرية⁽⁸³⁾، وقائمة مهارات اللغة التعبيرية⁽⁸⁴⁾، واختبار الكفاءة اللغوية واسعة النطاق⁽⁸⁵⁾، والطبعة الثانية من القائمة المرجعية لتواصل الطفل⁽⁸⁶⁾.

(79) (PPVT-4; Dunn & Dunn, 2007)

(80) (EOWPVT-4; Brownell, 2010)

(81) (CELF-4; Semel, Wiig, & Secord, 2003)

(82) (CASL; Carrow-Woolfolk, 1999)

(83) (TOPL-2; Phelps-Terasaki & Phelps-Gunn, 2007)

(84) (PLSI; Gilliam & Miller, 2006)

(85) (TLC-Expanded; Wiig & Secord, 1989)

(86) (CCC-2; Bishop, 2006)



- الحاجة المستمرة إلى مقاييس التقييم القائمة على الأدلة البحثية.
- ينبغي أن تهدف مقاييس التصنيف إلى تطابق أفضل التدابير والمقاييس، لأفضل الممارسات في المجال (نموذج المقابلة المنقحة لتشخيص طيف التَّوَحُّد- جدول 2 الملاحظة لتشخيص اضطراب التَّوَحُّد).
- ينبغي العمل للتوصل إلى تدابير أفضل، لممارسات معالجة الاختلافات الناتجة عن الجنس والخلفية العرقية.
- يؤكد على تمييز اضطراب طيف التَّوَحُّد بصورة موثوق بها، عن غيرها من التأخر الإنمائي والإعاقات العقلية.
- الجهود الرامية لتحديد الأشخاص المصابين باضطراب طيف التَّوَحُّد، دون إعاقات معرفية وتأخر لغوي في سن أصغر.

اضطراب طيف التَّوَحُّد في الدليل التشخيصي الإحصائي والأعراض الجديدة:

خُلاصة القول التَّغْيِيرَات هي:

- وقد تم دمج ثلاث تشخيصات منفصلة- وهي: اضطراب التَّوَحُّد، ومتلازمة أسبرجر، والاضطرابات النمائية المتفشية- غير محددة على نحوٍ آخر،- ضمن تشخيص واحد، يُعرف باضطراب طيف التَّوَحُّد.
- حاليًا، يوجد مجالان، بدلاً من ثلاث، فالمجالان الجديدان هما: التواصل الاجتماعي، والأنماط المُكررة والمحددة لاهتمامات وأنشطة السلوك.
- وقد تكون السلوكيات في كل مجال موجودة حاليًا، أو في التاريخ المرضي الذي قدّمه الآباء وأشخاص آخرون ذوو صلة.
- وتشتط الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أن تنطبق حدة التقييم على كلا المجالين. للإعاقة، التي تتراوح من المستوى الأول (يتطلب الدعم)، إلى المستوى الثالث الذي (يتطلب دعمًا كبيرًا جدًا).
- بالإضافة إلى: سيكون الإكلينيكيون قادرين على إضافة مواصفات إكلينيكية، مثل: (الإعاقة العقلية أو بدونها)، والأمراض المتصاحبة، مثل: (اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط، أو قصور الانتباه وفرط الحركة، واضطراب القلق، واضطراب لغوي محدد/ خاص) للسماح بوجود المزيد من الوصف الشامل لمرض الفرد.
- وذكر المزيد من الاعترافات لدور المتطلبات الاجتماعية في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، وضرورة وجود الأعراض في مرحلة الطفولة المبكرة (ولكن قد لا يصبح واضحًا بشكل كامل، إلا عندما تفوق المتطلبات الاجتماعية الإمكانيات والقدرات المحددة).
- اعتمدت السلوكيات الحسية بموجب الأنماط المحدودة والمكررة لاهتمامات السلوك ومجال الأنشطة.

- يستند تشخيص طيف التَّوَحُّد على أساس ما يتم ملاحظته من سلوكيات.
- فلا يوجد تحليل دم، ولا أعراض محددة، ولا خصائص جسدية، أو سمات بدنية، ينفرد بها اضطراب طيف التَّوَحُّد؛ لذا ينبغي على الأطباء الاستناد على الملاحظة الدقيقة، لتحديد ما إذا ما يعانيه الطفل من صعوبات مرتبطة بالتَّوَحُّد، أو من الأفضل وصفها بحالة أخرى.
- ولإجراء تشخيص يستند على السلوك، تعمل الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين مع خبراء في هذا المجال، لتطوير وصف تتفق الآراء عليه لمجموعة من الشروط التي تتضمن: الاكتئاب واضطراب القلق والإعاقة اللغوية، وبالطبع التَّوَحُّد.
- كما يمكن وصف كل حالة للسلوك بالسلوكيات التي تم ملاحظتها، بالإضافة إلى مجموعة من السلوكيات التي ينبغي ملاحظتها لإجراء التشخيص.
- فتشكّلت عناصر التوصيف من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.
- وكانت الطبعة السابقة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية معمولاً بها وقائمة منذ عام 2000.
- تتضمن معايير تشخيص التَّوَحُّد المدرجة في هذا الدليل على السلوكيات المعروفة جيداً بـ «ثلاثية العاهات/ الإعاقات»: وهي التفاعل الاجتماعي والتواصل والاهتمامات المحدودة/ أنماط السلوكيات المتكررة.
- تم توصيف إحدى سمات الدليل الرابع التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، وحددت ثلاث تشخيصات منفصلة ضمن نطاق اضطراب طيف التَّوَحُّد- اضطراب التَّوَحُّد و«متلازمة أسبرجر» واضطرابات النمو المتزامنة- غير محددة على نحوٍ آخر.
- أما الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الذي تم إصداره في مايو 2013. و تم تغييرات واسعة النطاق في الدليل، فالكثير منها مثير للجدل وحظيت باهتمام وسائل الإعلام، وكان التَّوَحُّد واحداً من التغييرات التي شهدت تطوراً ملموساً، وبالتالي، هناك تأثيرات على الطريقة التي تم بها وصف وشرح اضطراب طيف التَّوَحُّد.

الأساس المنطقي:

قد أوضحت الأدلة المتمحورة حول تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى علم النفس الإكلينيكي: القدرة على التفريق بطريقة موثوق بها بين اضطراب طيف التوحد والتطور النموذجي. ومع ذلك، ثمَّ مصداقية أقل في التفريق بين اضطراب التوحد و«متلازمة اسبرجر» وتشخيص اضطراب النمو المتفشي.

أوجه التمييز بين تلك الاضطرابات الثلاث قد أوضحت عدم اتساق بمرور الوقت، من حيث الاختلافات في شتى الأماكن، والتي غالباً ما يرتبط بالحدة ومستوى اللغة أو معدل الذكاء، أكثر من ارتباطه بسمات كل اضطراب.

كما تشير الأبحاث أنه عند تشابه القدرات المعرفية، لا يوجد اختلافات إكلينيكية بين تلك التشخيصات المصاحبة للاضطراب عالية الأداء واضطراب «متلازمة اسبرجر».

وبناء على ذلك، فنظراً لتعريف التوحد من خلال مجموعة موحدة للسلوكيات، نجد خير مثال كفاءة تشخيصية واحدة، والتي تتلاءم مع الأعراض الإكلينيكية الفردية، التي يطرحها دمج المحددات السريرية، مثل: (مدى الشدة والقدرات اللفظية وغيرها)، بالإضافة إلى السمات المصاحبة ك (الخلل الوراثي المعروف، والصرع، والإعاقات الذهنية وغيرها).

وبالإضافة إلى ذلك، فالانتقال من ثلاث مجالات إلى اثنين: (التواصل الاجتماعي، والسلوكيات المحدودة والمتكررة) بالمعايير المطلوبة لكل مجال، من المحتمل أن يحسن من خصائص التشخيص.

كما سيعكس على نحو أفضل طبيعة صعوبات التواصل الملحوظة في الأفراد المصابين بالتوحد (أي أن صعوبات التواصل ليست تأخراً لغوياً بسيطاً قد يحدث في بعض الأفراد المصابين بالتوحد، ولكن بالأحرى هو إعاقة تواصل تتعلق بالتوظيف الاجتماعي للغة).

ما هي المشاكل والخلافات حول التشخيص الجديد؟

الخلافات الأولية بشأن تغيير المعايير، بمثابة فقدان لفئة التشخيص المحددة ل«متلازمة اسبرجر»، بجانب خشية تقليص الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية للمعايير، التي يتلقى بموجبها بعض الأشخاص حالياً تشخيصاً لم يُعد تحت طائلة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية.

وأوضحت الدراسات التي أجراها McPartland, Reichow & Volkmar عام 2012م، أن المعايير الجديدة قد حسنت بالفعل من الخصائص المميّزة لمعايير التشخيص؛ ومع ذلك هناك احتمالية لاستبعاد مجموعة من الأفراد القادرين على المعرفة، وبعض من تم تشخيصهم حالياً ب«متلازمة اسبرجر»، وتشخيص (اضطراب النمو المتفشي).

وعلى نحو مماثل، أوضحت الاستكشافات التي أجرتها خدمة تقييم جوانب التشخيص (Gibbs et al., 2012)، أن بعض الأفراد ممن يستوفون معايير اضطراب طيف التوحد بموجب الاستناد إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، لن يستوفوا معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، حيث تستوفي الغالبية العظمى معايير التشخيص الحالي للاضطراب النمو المتفشي.

كما تم إدراج فئة جديدة لـ «اضطراب التواصل الاجتماعي» لمن يواجهون صعوبات تواصل، وصعوبات اجتماعية، والتي تتشابه مع مصابي اضطراب طيف التوحد؛ ولكن لا يعانون من نفس السلوكيات المحددة والمتكررة.

ومن المرجح أن بعض الأفراد ممن يستوفون معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية للاضطراب النمو المتفشي؛ ولكن لا يستوفون معايير الدليل الخامس، يتفقون تماماً مع هذه الفئة.

بالإضافة إلى ذلك، تم صياغة بعض المسائل بنفس الطريقة التي جرت بها صياغة النسخة النهائية للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية/ فرنسا 2013.

بينما حددت مسودة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، أنه ينبغي وجود كافة البنود الـ 3 الخاصة بمعايير (التواصل الاجتماعي)، إلا أن النسخة النهائية لم تحدد مقدار/ كم من الـ 3 بنود يلزم وجوده، والذي سيفضي إلى اضطراب محتمل.

ماذا عن التشخيص الحالي؟

أفاد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية أن: «الأشخاص الثابت تشخيصهم باضطراب طيف التوحد أو متلازمة اسبرجر أو تشخيص اضطراب النمو المتفشي، وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، ينبغي إدراجهم في تشخيص اضطراب طيف التوحد- مالم يُشر إلى خلاف ذلك».

مما يعني أن الأفراد ممن يعانون من الـ 3 اضطرابات لطيف التوحد، يتم وصفهم وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، ينبغي تلقيهم للتشخيص وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، ويخشى كثير من الناس أن الدليل الجديد، يعني فقدان وخسارة تشخيص من تم تشخيصهم مسبقاً، خاصة مصابي متلازمة اسبرجر، أو تشخيص اضطراب النمو المتفشي.

معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (اضطراب طيف التوحد):

يجب أن يفي بمعايير (أ. ب. ج. د):

- أ: عجز مستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي في مختلف الظروف، كما يتضح على النحو التالي أو الراهن أو بحكم التاريخ:
1. قصور في تبادل العاطفة الاجتماعية، التي تتراوح على سبيل المثال من: (النهج الاجتماعي غير المعتاد، والفشل من العودة إلى الحالة الطبيعية والمحادثة التبادلية للحد من تبادل الاهتمامات والمشاعر وتأثيرها) إلى: (خشية بدء أو الاستجابة للتفاعلات الاجتماعية).
 2. القصور في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في نطاق التفاعل الاجتماعي الذي يمتد نطاقه، على سبيل المثال من: (التواصل اللفظي المدمج بشكل سيئ بجانب التواصل غير اللفظي)، مثل: (التغيرات غير الطبيعية في التواصل بالأعين أو بلغة الجسد، أو القصور في فهم واستخدام الإشارات والإيماءات)، إلى (الافتقار الكامل لاستخدام تعبيرات الوجه والتواصل غير اللفظي).
 3. القصور في تنمية وفهم السلوكيات والحفاظ عليها، والذي يكون في نطاق (صعوبة تعديل السلوك، بحيث يلائم سياقات اجتماعية مختلفة): إلى (الصعوبات المرتبطة بمشاركة الألعاب التخيلية أو تكوين الصداقات، فضلاً عن غياب الاهتمام بأقرانه).

ب: الأنماط المكررة المحدودة للسلوك أو الاهتمامات أو الأنشطة، كما يتضح على الأقل من خلال اثنتين على النحو التالي أو الراهن أو بحكم التاريخ:

1. التصرفات الحركية النمطية أو الحركات الدقيقة المتكررة، أو استخدام الأشياء أو الخطاب، مثل: (التحرك الحركي النمطي البسيط أو ترتيب الألعاب أو تقليد الأشياء، أو استخدام التصديقية اللفظية، أي (تكرار ذاتي للكلمات أو استخدام العبارات التمييزية غير الاعتيادية).
2. الإصرار على تماثل الالتزام غير المرن للأعمال الروتينية، أو الأنماط الطقوسية الشعائرية للسلوكيات اللفظية أو غير اللفظية، مثل: (الضييق الشديد بإجراء تغييرات طفيفة، أو الصعوبات المرتبطة بعمليات الانتقال، أو أنماط التفكير الصارمة، أو طقوس الترحيب وتحية الآخرين، أو الحاجة إلى التماس واتخاذ نفس السلوك، أو تناول نفس الطعام).
3. شدة القيود المفروضة وتركيز الاهتمام غير المعتاد من حيث شدة التركيز، مثل: (التمسك الشديد القوي، أو الانشغال بأشياء غير معتادة، أو التقييد بصورة مفرطة، أو الاهتمامات المثابرة).
4. فرط أو قصور التفاعل للمدخلات الحسية، أو الاهتمام غير المعتاد بجوانب البيئة الحسية، مثل: (اللامبالاة الواضحة إزاء الألم أو درجة الحرارة، أو استجابة عكسية لأقمشة أو أصوات معينة، أو ارتفاع حاسة الشم، أو اللمس بشكل مفرط، أو الانبهار البصري بالضوء أو بالحركة).

ج. أعراض يلزم وجودها في مرحلة الطفولة المبكرة؛ ولكن قد لا تتضح بصورة كاملة، حتى تتجاوز المتطلبات الاجتماعية القدرات والإمكانات المحدودة.

د. أعراض تُحدِّد وتُعيِّق سويًا من سير الأعمال بالحياة اليومية.

إضافة جديدة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية- الطبعة الخامسة المنقحة- بمثابة جدول لأدلة التوصيف لكل من: مجال التواصل الاجتماعي، والأنماط السلوكية المكررة، والاهتمامات المحدودة:

مستوى حدة اضطراب طيف التوحد	التواصل الاجتماعي	الأنماط السلوكية المتكررة والاهتمامات المحدودة
مستوى 3- يتطلب دعماً كبيراً جداً	قصور حاد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي، مسبباً خللاً شديداً في أداء العمل: أي مبادرة محدودة جداً في التفاعل الاجتماعي، واستجابة محدودة إزاء الاقتراحات الاجتماعية التي يبديها الآخرون.	الانشغال وصب الاهتمام على الطقوس أو أنماط السلوك المتكررة، التي تتعارض بشكل ملحوظ مع أداء الأعمال في كافة المجالات، بالإضافة إلى ضيق ملحوظ عندما يقاطعه شخص أثناء أداء طقوسه أو أعماله الروتينية المعتادة، حيث يواجه صعوبة شديدة في إعادة توجيهه من اهتماماته الثابتة وإعادته إليها سريعاً مرة أخرى.
مستوى 2- يتطلب دعماً كبيراً	قصور حاد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي: أي ظهور إعاقة اجتماعية واضحة، حتى في ظل وجود الدعم، فبدايته محدودة للتواصل الاجتماعي، ويصدر استجابة غير عادية، أو يحد من إصدار استجاباته تجاه المبادرات الاجتماعية التي يطرحها الآخرون.	تظهر السلوكيات المتكررة أو المحدودة بقدر كافٍ لتكون بدهية واضحة للمراقب العادي، كما يتعارض مع أداء الأعمال في إطار سياقات متنوعة، كما يتضح الإحباط أو الضيق حال مقاطعته أثناء أداء الاهتمامات أو الأنماط السلوكية المتكررة، كما يلقي صعوبة شديدة في إعادة توجيهه من اهتماماته الثابتة وإعادته إليها مرة أخرى.
مستوى 1- يتطلب دعماً	بالافتقار إلى وجود الدعم، يُسبب القصور في التواصل الاجتماعي إعاقات ملموسة، كما يجد صعوبة في بدء التفاعلات الاجتماعية، ويظهر أمثلة واضحة لاستجابات غير ناجحة أو غير مألوفة إزاء المبادرات الاجتماعية التي يطرحها الآخرون، وقد يبدو أن لديه مستوى اهتمام منخفض نحو التفاعلات الاجتماعية.	تسبب الأنماط السلوكية والطقوس المتكررة تعارضاً ملحوظاً في أداء العمل ضمن إطار سياق أو أكثر. لذا، فهو يقاوم المحاولات التي يبديها الآخرون والرامية إلى مقاطعة ووقف الأنماط السلوكية والطقوس المتكررة، أو إعادة توجيهه من اهتماماته الثابتة وإعادته إليها مرة أخرى.

اضطراب التَّوَحُّد:

5. توافر إجمالي العناصر الستة (أو أكثر من ذلك) من: 1 و 2 و 3، على الأقل اثنين من 1، وواحدة من 2 و 3.
6. إعاقات نوعية في التفاعل الاجتماعي، كما هو مبين في اثنين على النحو التالي:
7. خلل ملحوظ في استخدام سلوكيات غير لفظية متعددة، مثل: تعبيرات الوجه، والنظر وجهاً لوجه، ووضعية الجسد والإيماءات، لتنظيم التفاعل الاجتماعي.
8. الفشل في تنمية علاقته بأقرانه بما يتناسب مع مستوى النمو.
9. الافتقار إلى العفوية في تقاسم المتعة، أو مشاركة الاهتمامات أو الإنجازات مع غيره.
01. الافتقار إلى التبادل العاطفي أو الاجتماعي.
11. إعاقَةٌ نوعية في التواصل كما هو موضح في واحدة على الأقل على النحو التالي:
21. تأخر أو افتقار تام إلى تنمية اللغات المستخدمة (غير مقترن بمحاولة للتعويض من خلال الطرق البديلة للتواصل، مثل: استخدام الإيماءات والإشارات أو التمثيل الصامت).
31. يظهر مع الأشخاص ذوي القدرة على الكلام بقدر كافٍ، من خلال: خلل ملحوظ في القدرة على بدء أو مواصلة حديث مع الآخرين والحفاظ عليه.
41. استخدام متكرر ونمطي للغة أو لغة غير اعتيادية.
51. الافتقار إلى اللعب التخيلي العفوي المتنوع أو اللعب التخيلي الاجتماعي بما يتناسب مع المستوى الإنمائي.
61. الأنماط السلوكية النمطية، والأنماط السلوكية المتكررة المحدودة، والاهتمامات والأنشطة، كما هو موضح في واحدة على الأقل على النحو التالي:
71. يتضمن الانشغال بواحدة أو أكثر من الأنماط المحددة والنمطية للاهتمامات غير العادية سواء في الشدة/ الحدة أو في التركيز.
81. يتضح التزام غير مرن للطقوس، أو الأعمال الروتينية غير الفعالة.
91. سلوكيات حركية نمطية ومكررة، مثل: (رفرفة الأصابع أو اليد أو الالتواء، أو حركات مَعْقَدَة للجسم كله).
02. الانشغال المتواصل بأجزاء الأشياء.
12. تأخر أو أداء وظيفي غير مألوف في واحدة على الأقل من المجالات الآتية ببدية تسبق لعمر الـ 3 سنوات: 1/ التفاعل الاجتماعي 2/ اللغة، كما يتم استخدامها خلال التواصل الاجتماعي 3/ اللعب التخيلي أو الرمزي.
22. الاضطراب ليس أفضل تفسير لمتلازمة «ريت» أو اضطراب الطفولة التحليلي/ متلازمة «هيلر».

حدد ما إذا كان:

- مع أو دون ضعف فكري مرافق
- مع أو دون ضعف لغوي مرافق
- مترافق مع حالة طبية أو وراثية معروفة أو عامل بيئي

References

American Psychiatric Association. (2012). Proposed Revisions - Autism Spectrum Disorder. Retrieved June 2012, from: www.dsm5.org/proposedrevision/pages/proposedrevision.aspx?rid=94.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition. American Psychiatric Association.

Frances, A. (2013). DSM-5 Writing Mistakes Will Cause Great Confusion. Retrieved July 11, 2013, from: http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dsm5-writing-mistakes-wil_b_3419747.html

Gibbs, V., Aldidge, F., Chandler, F., Witzlsperger, E. & Smith, K. (2012). Brief Report: An Exploratory Study Comparing Diagnostic Outcomes for Autism Spectrum Disorders Under DSM-IV-TR with the Proposed DSM-5 Revision. *Journal of Autism and Developmental Disabilities*, DOI 10.1007/s108036-1560-012-.

McPartland, J.C., Reichow, B. & Volkmar, F.R. (2012). Sensitivity and Specificity of Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4), 368383-.

ما هو التَّوَحُّد؟

السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل، تُكتشف خلالها علامات اضطراب طيف التَّوَحُّد، حيث يظهر هذا في: ضعف القدرة على التواصل والتفاعل مع الآخرين، ويعرف التَّوَحُّد على أنه مجموعة معينة من السلوكيات التي تؤثر على الأفراد بشكل مختلف وبدرجات متفاوتة، كما أنه ليس هناك سبب معروف عن التَّوَحُّد؛ لكنه من المؤكد أن الوعي وتوفير الخِدْمَات، تعمل على رفع الوعي لدى الأسر .

في مارس 2012، أصدر مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها تقريراً، يؤكد على انتشار اضطراب طيف التَّوَحُّد، تقرير ADDM، وخلص التقرير إلى أن معدل انتشار اضطراب طيف التَّوَحُّد، قد ارتفع إلى 1 في كل 88 ولادة في الولايات المتحدة، و 1 تقريباً لكل 54 من الصبيان.

إن هذا التقرير، يلقي الضوء على الخطورة المحدقة بالمجتمعات، من خطر انتشار اضطراب طيف التَّوَحُّد بصورة مخيفة جداً، وقد أفاد التقرير بالعديد من النقاط المهمة.

حيث تقدر تكلفة رعاية طفل من اضطراب طيف التَّوَحُّد طوال عمره، من 3.5 مليون دولار إلى 5 ملايين دولار، وأن الولايات المتحدة توجه ما يقرب من 90 مليار دولار سنوياً في تكاليف التَّوَحُّد (هذا الرقم يشمل البحوث، وتكاليف التأمين، والنفقات غير المغطاة، الإعفاءات الطبية للتَّوَحُّد، الإنفاق على التعليم، والإسكان، والنقل، والعمالة، بالإضافة إلى الخدمات العلاجية ذات الصلة، وتكاليف الرعاية).

معرفة علاماته (الاكتشاف المبكر يمكن أن يُغيّر حياة الفرد):

لا يوجد علاج للتَّوَحُّد شافي حتى تاريخ صدور هذا التقرير؛ ولكن تشير الدراسات إلى أن التشخيص المبكر، والتدخل المبكر يؤدي إلى نتائج أفضل بكثير. غير أن التقرير أضاف أن العلاجات الوهمية غير المُتَّبَعَة نتائجها الطبية، تعمل على تأخير تطوُّر الطفل، ومن ثم يجب علينا محاربتُها والحدُّ من نُفوذها، وتوعية الأهل بشكل مستمر، حتى لا يقعوا فريسة لهذه العلاجات الوهمية، التي تستخدمها المافيا للتربح بشكل عام.

العلاجات المعترف بها وهي:

- العلاج السلوكي بكل أنواعه.
- الغذاء الصحي السليم.

هنا نذكر العلامات الرئيسية للإصابة باضطراب طيف التَّوَحُّد:

◀ نقص أو تأخر في اللغات التي يتكلمها.



- ◀ تكرار استخدام اللغة / أو السلوكيات الحركية.
- ◀ النمطية السلوكية فى الكلام والحركة والتفكير والإدراك.
- ◀ عدم الاتصال بالعين أو قلة التواصل.
- ◀ عدم القدرة على الاندماج مع الأقران.
- ◀ عدم القدرة على اللعب بشكل تفاعلي مع الأقران.
- ◀ التشبث بالأشياء وعدم تركها إلا بصعوبة.

مشكلات تأتى مع التَّوَحُّد

انخفاض معدل الذكاء:

البحوث والدراسات كثيرا ما تستخدم اختبارات الذكاء غير المناسبة لتقدير درجات الذكاء، مثل: الاختبارات الشفهية وغير اللفظية مع الأطفال، حيث تعطى تقديرا لمستوى الذكاء لدى الطفل دون أي دليل موضوعي.

الاختبارات التي لا تتطلب مهارات لغوية، مثل اختبار الذكاء غير اللفظي، يمكن أن توفر معلومات أكثر دقة عن مستوى الذكاء.

الكهرباء الزائدة: ويقدر أن 11-39% (جيبسون، 2007) من الأفراد الذين يعانون من التَّوَحُّد، أيضا يعانون من كهرباء زائدة فى المخ فى مرحلة الطفولة المبكرة، غير أنها من الممكن أن تزيد فى مرحلة البلوغ نتيجة التغير الهرموني، وقد تؤدي إلى نوبات، وهنا يجب التأكد عن طريق إجراء EEG، وإعطاء الأدوية اللازمة لهذا.

الإمساك المزمن و / أو الإسهال، ترصد الأدبيات الطبية الحديثة أن 70-80% من الأطفال المصابين بالتَّوَحُّد لديهم أعراض خلل فى الجهاز الهضمي.

الإسهال هو الأكثر شيوعا، وآلام فى البطن، ويقال أن الإمساك أقل قليلا، الإمساك فى التَّوَحُّد ليس صعبا، فيظهر فى صورة براز مُتَحَجَّر، أو نزول البراز ببطء شديد جدا، أو ينزل براز رخو بعد فترة من المعاناة.

مشاكل النوم: العديد من الأفراد الذين يعانون من التَّوَحُّد يعانون من مشاكل فى النوم، فقد يكون يقظا طوال الليل بسبب: مشكلات الجهاز الهضمي والغذاء، أو عدم تحمل الحساسية البيئية، أو الكهرباء الزائدة، أو آثار الأدوية.

وهناك بعض الأسباب المحتملة الأخرى، منها: توقف التنفس أثناء النوم (توقف التنفس في مجرى الهواء أثناء النوم)، ويؤدي هذا إلى الزعر، والقيام من النوم باكيا فيعتقد الأهل أن الطفل قد تم إيذاؤه، وهي مشكلة في التنفس؛ لكنه لا يستطيع التعبير عنها بشكل واضح.

الأطفال الذين يعانون من مشكلات حسية يعانون أثناء النوم أيضا من مشاكل في النوم، وفترات استيقاظ ليلي مستمر، «بيكا»: حوالي 30% من الأطفال الذين يعانون من التَّوَجُّد لديهم نسبة متوسطة إلى شديدة من البيكا.

(ما هي «البيكا»؟ هي تناول الطفل مواد غير غذائية مثل الطلاء، والرمل، والتراب، ورقة، وما إلى ذلك، يمكن أن يكون سلوكا خطرا، كما أن تناول هذه المواد غير صالح للأكل ويسبب الاختناق، ومشاكل في الجهاز الهضمي، والالتهابات الطفيلية والأمراض).

ضعف العضلات، نحو 30% من الأطفال الذين يعانون من التَّوَجُّد لديهم ضعف متوسط إلى شديد في العضلات، والتي يمكن أن تُحدِّد من مهاراتهم الحركية.

اضطراب التكامل الحسي: كثير من الأطفال المصابين بالتَّوَجُّد يعانون من الاضطرابات الحسية، مثل: الحساسية للأصوات، الصور، اللمس، الطعام، الروائح.

قد تحدث درجة عالية من الانزعاج من الأصوات المتقطعة، مثل: أجهزة الإنذار بالحريق، أو أجراس المدارس، تكون مؤلمة لهؤلاء الأطفال.

لمس الأقمشة والملابس أيضا قد يكون لا يطاق، وبعض الأطفال لديهم حساسية بصرية، مثل: الانزعاج من مصابيح الفلورسنت.

الحساسية / جهاز المناعة: كثير من الأطفال المصابين بالتَّوَجُّد يعانون أيضا من أوجه قصور وتقلبات في الجهاز المناعي.

نقص المناعة، و / أو التقلبات المناعية تجعل الأشخاص المصابين بالتَّوَجُّد أكثر عرضة للالتهابات والعدوى المزمنة، وردود فعل المناعة الذاتية في أجهزة الجسم.

ويلحظ في أغلب الأحيان أن هذه الإصابات في الدماغ والجهاز الهضمي (جيبسون، 2007، p.58).

الألم: بعض الأطفال المصابين بالتَّوَجُّد تكون لديهم عتبات الألم عالية جدا (أي عدم الحساسية للألم)، في حين لدى البعض الآخر عتبات الألم منخفضة جدا.

هناك تدخلات تهدف للمساعدة في تطبيع رشدهم، مثل العلاج التكامل الحسي.

الإعاقات السمعية والبصرية:

الاطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد لديهم مشكلات حسية وبعض منهم يعانون من ازدواج الإعاقة حيث يعانون من ضعف السمع أو البصر أو فقدتهما بالإضافة إلى الإصابة بالتوحد 30% من الأطفال المصابون بالصمم أو العمى مصابون بالتوحد أيضا

المدرسة والتقييم

- الخطوة الأولى في الحصول على خدمات التعليم الخاص هي: أن يتم تقييم طفلك، ويمكن أن يتم التقييم عندما يشتبه في وجود إعاقة (قبل وضع التقييم).
- يمكن للأُم أن تطلب إجراء تقييم عن طريق الاتصال، أو الكتابة لمدير التربية الخاصة، أو مدير مدرسة الطفل.
- على النظام المدرسي أيضا تحديد ما إذا كان التقييم ضروريا، وإذا كان الأمر كذلك، فيجب أن الحصول على إذن خطّي من ولي الأمر، قبل أن تتمكن المدرسة من إجراء التقييم.
- وينبغي إجراء تقييم من قِبَل فريق متعدد التخصصات، أو مجموعة من الأشخاص، والتي يجب أن تتضمن ما لا يقل عن معلم واحد أو متخصصة أخرى، مع معرفة مُحدّدة في مجال الإعاقة المشتبه بها. IDEA
- ينبغي عدم الاكتفاء بإجراء واحد كـمِيار وحيد لتحديد برنامج التعليم المناسب للطفل.
- يشترط أيضا أن يتم تقييم الطفل في جميع المجالات المتصلة بالإعاقة المشتبه بها، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: (الصحة، والرؤية، والسمع، قدرات الاتصال، المهارات الحركية، والوضع الاجتماعي، و / أو المهارات العاطفية).
- إذا كان الوالدان لا يتفقان مع نتائج التقييم، فقد يُختار فريق متخصص للحصول على تقييم مستقل على نفقة الدولة، أو القطاع الخاص.
- يمكن طلب قائمة المحترفين التي تلبّي متطلبات الدولة من مدرستك، أو يمكنك اختيار واحد بنفسك.

إعادة تقييم

إذا كان الطفل يتلقّى خدمات التعليم الخاص بالفعل، وتنطبق المعايير المذكورة أعلاه على إعادة التقييم، فيجب أن يتم إعادة التقييم مرة على الأقل كل ثلاث سنوات.

غير أنه في كثير من الأحيان، قد تتم إعادة التقييم بناء على طلب الوالد أو المعلم إذا كان الوالد أو المعلم لأمر ما، ويمكن أيضا أن يتم التقييم في

مجالات محدّدة، نظرا لمشاهدة شىء ما، مثل: إعادة تقييم مستوى الذكاء فقط، أو مستوى الأداء الأكاديمي فى مادة الرياضيات، وقد تتم إعادة التقييم فى جميع المجالات عند الحاجة لذلك، وإذا شعر الآباء بعدم قدرة أطفالهم على تحقيق أهداف قصيرة الأجل لـ (IEP) (الحالي).

من غير المنطقي أن يطلب الآباء تغيير مستوى التعليم للطفل، دون أساس علمي ومنطقي لهذا الأمر، فإن الخطأ الكبير الذى يقع فيه الآباء هو العمل على تلبية طموحهم، من أجل وضع ابنهم فى مستوى تعليمي أعلى من قدراته، وبالتالي يكون الفشل حليفه إذا تم هذا الأمر؛ بل يكون الأمر أكثر صعوبة فى العودة إلى المستويات السابقة للابن، على سبيل المثال: قد تكون سلوكيات الطفل لا تؤهله للوصول إلى مستوى الدمج التعليمي، وهنا يجب أن يظل فى مكان يقوم بمعالجة السلوك والمحافظة على المستوى الأكاديمي فى تطوُّر، حتى يتم إلحاقه بمستوى الدمج التعليمي مع الأقران فى أقرب وقت بعد تعديل السلوك .

من الممكن إعادة التقييم مرة أخرى فى حالة عدم قدرة الطفل على زيادة الحصيلة اللغوية أو الفهم أو الإدراك، ولم تتحقق الأهداف الموضوعية فى التقييم والخطة السنوية، لذلك وجبت الإشارة إلى أنه يجب أن يتم وضع الأهداف فى صورة شهرية، وأصبح من غير المقبول علميا وضعها فى صورة ربع سنوية، غير أن هناك أهدافا لا تتحقق إلا على المدى البعيد، فوجب أن يتم وضع الأهداف قصيرة الأجل على مدى الشهور، والأهداف طويلة الأجل على مدى أكبر من الشهر.

فى حالة إحراز الطفل تقدما واضحا وملموسا بصورة غير متوقعة، من الممكن إعادة التقييم مرة أخرى، لأن هناك مؤشرا لأن يكون التقييم الأوّليّ الذى بنيت عليه الخطة خاطئا لأي سبب من الأسباب، كعدم استجابة الطفل، أو مرضه خلال فترة التقييم، أو أن التقييم لم يأخذ الوقت الكافي.

إعادة تقييم جميع مجالات الحالة التى يشتهب فيها، تأتي قبل الاجتماع السنوي المقرر (IEP) إذا كان الطفل قد أحرز تقدما كبيرا منذ آخر تقييم، وقد تكون توصيات العلاج والتنسيب غير قابلة للتطبيق، ومن شأن إعادة التقييم تناول جميع المجالات التى تصبح أساسا لـ (IEP) وأكثر ملاءمة.

التشخيص الطبي:

لا توجد اختبارات طبية لتشخيص التوّحد، فيجب أن تستند إلى تشخيص دقيق، وعلى مراقبة اتصالات الفرد، وتفاعله الاجتماعي، ونوعية أنشطته ومصالحه، ومع ذلك، لأن العديد من السلوكيات المرتبطة بالتوّحد مُشتركة بين الاضطرابات الأخرى، فيمكن إجراء بعض الاختبارات الطبية لاستبعاد التشخيصات الأخرى، أو لتحديد الأسباب المحتملة للأعراض التى عرّضت.

مختصوا المهنة الطبية الذين قد يتعاملون مع مرضى التَّوَحُّد، ينبغي أن تكون لديهم خبرة في التَّوَحُّد والاضطرابات العصبية التَّمائية الأخرى، وتشمل أطباء الأطفال (أطباء الأطفال التنموية خاصة)، أطباء الأعصاب (الأعصاب للأطفال على وجه التحديد)، والأطباء النفسيين للأطفال والمراهقين. ليس كل واحد من هؤلاء المهنيين لديه خبرة في المصابين بالتَّوَحُّد، لذلك ينبغي على الآباء ومقدمي الرعاية أن يسألوا عن توصيات المختصين في مجال الصحة في منطقتهم من:

- **من المجتمع المحلي:**
 - مجموعات دعم التَّوَحُّد.
 - الأشخاص الذين لديهم أطفال، أو غيرهم من أفراد الأسرة الذين يعانون من اضطراب طيف التَّوَحُّد. مراكز الإعاقة التنموية للدولة، و على مقدم الرعاية الأولية- بمجرد التحديد من قبل الممارس الماهر- يمكن أن تبدأ عملية التقييم؛ ومع ذلك، فإنَّ التقييم نفسه يمكن أن يختلف تبعاً لعمر الطفل، ويتم تقييم شدة الأعراض، على سبيل المثال، إذا كان الطفل صغيراً جداً (1-3 سنة) قد لا يظهر التأخر بشكل واضح.
 - التقييم الأولي الطبي عادة ما يتضمن:
 - التاريخ الطبي لحمل الأم.
 - استعراض المهارات التَّمائية.
 - عادات الأكل والنوم.
 - التنسيق.
 - أداء المعدة والأمعاء .
 - التحديات الحسية.
 - الحساسية.
 - الأمراض الطبية، بما في ذلك التهابات الأذن.
 - التاريخ العائلي لاضطرابات النمو.
 - التاريخ العائلي للأمراض الوراثية والتمثيل الغذائي.
 - حالات الوالدين الصحية، وتعرض الطفل للسموم البيئية.
 - مراجعة شاملة على الجسم.
 - الفحوصات المخبرية الروتينية.

تحاليل طبية:

الاختبارات التالية قد تساعد في التشخيص الطبي، واقتراح التغييرات، وربما في التدخل أو استراتيجية العلاج.

جلسة : يمكن لاختبارات مختلفة، مثل: (الصوت وغرام Typanogram) بيان ما إذا كان لدى الطفل ضعف بالسمع، والمتخصصون لديهم طرقاً لاختبار السمع لأي فرد من خلال قياس الاستجابات، مثل: (تحول رؤوسهم، أو التحديق عند حدوث صوت).

الرسم الكهربيائي (EEG) رسم الدماغ EEG موجات كهربائية يمكن من خلالها ان تظهر الاضطرابات التي تحدث في الدماغ التي يمكن أن تظهر الاضطرابات في كهرباء الدماغ ، قد تشير EEG إلى وجود أورام أو تشوهات أخرى من الدماغ. ويوضع في عدد من النقاط في فروة الرأس لقياس الذبذبات الكهربائية داخل الدماغ، الخلايا العصبية تنتج حقولها الكهربائية الخاصة، يتم قياس الحقول الكهربائية في وحدات صغيرة الفولت، يعتقد أن الدماغ غير الصحية سيكون لها تغييرات كبيرة في القدرة الكهربائية، بالمقارنة مع الإمكانيات التي تنتجها الدماغ بصحة جيدة.

ومع ذلك، يجب من أجل مراقبة المخ، ولمعرفة حالته صحية يمكن مقارنة ذلك إلى الدماغ نفسه، عندما كان بصحة جيدة،

هذا النوع من القياس لنشاط الدماغ الموسع (لا يتطلب أي تدخلات جراحية)، وأنه غير مكلف نسبياً، وهذا الأسلوب يعطي نتائج عديدة، ثم يتم استخدام أنماط الأرقام لتحديد ما إذا كان أو لم يكن الدماغ بصحة جيدة، ويمكن أيضاً أن تستخدم النتائج لتحديد أي جزء من الدماغ الذي يسبب المشاكل؟ ومن المرجح أن تكون هناك حاجة لاختبارات إضافية لإجراء التشخيص الدقيق، من هذه الشروط:

فحص التمثيل الغذائي، الفحوصات المخبرية في الدم والبول، قياس مدى أيض الغذاء (التمثيل الغذائي)، وأثرها على النمو والتنمية، ويمكن علاج بعض اضطرابات طيف التوحد بالوجبات الغذائية الخاصة.

التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) : التصوير بالرنين المغناطيسي ينطوي على استخدام الاستشعار المغناطيسي معدات لإنشاء صورة من الدماغ في التفاصيل الدقيقة للغاية، في بعض الأحيان يتم تحت التخدير للأطفال، من أجل استكمال التصوير بالرنين المغناطيسي.

التصوير المقطعي المحوري بمساعدة الحاسوب (CAT SCAN) : أنبوب الأشعة السينية يدور حول الطفل مع الآلاف من حالات التعرض، التي يتم إرسالها إلى الكمبيوتر، حيث تم بناؤها في القسم X-رايد من الجسم بقدر كبير من التفصيل، المسح CAT هي مفيدة في تشخيص المشاكل الهيكلية مع الدماغ.

اختبار الجينات الوراثية : اختبارات الدم للبحث عن تشوهات في الجينات قد تؤدي لعجز في النمو.

العلاج: التقييمات:

العديد من الأطفال ذوي الإعاقة، وما يتصل بها من التَّوَجُّد يتطلبون شكلا من أشكال العلاج الخاصة، ويمكن تقديم مساعدة في تحديد الفوائد المحتملة للعلاج.

خطاب (العلاج اللُّغوي): من المسلّم به أنّ الأطفال المصابين بالتَّوَجُّد يعانون من صعوبات مع اللغة؛ ولكن من الواضح أن النهج التقليدي مؤكداً التمكن من خصائص اللغة الرسمية غير المناسبة إلى حد كبير: تدريب الأطفال على التحدث لن يحدث تحولا في سلوكهم .

الطفل التَّوَجُّدي يحتاج إلى تَعَلُّم، وليس ذلك بكثير، كيف يتكلم عن كيفية استخدام اللغة للتواصل اجتماعيا، بعض الأطفال المصابين بالتَّوَجُّد غير اللفظي، وبعضهم لفظي، قد يكون لديه أيضا أوجه قصور، أو غير قادر على استخدام اللغة بطريقة ذات معنى.

يمكن للطبيب الذي يتخصص في تشخيص وعلاج اضطرابات اللغة والكلام، أن يُساعد الطفل على تَعَلُّم كيفية التواصل بشكل فعّال.

العلاج الوظيفي: يركز عادة على تحسين المهارات الحركية الدقيقة، مثل: تنظيف الأسنان، والتغذية، والكتابة، أو المهارات الحركية الحسية، التي تشمل التوازن (النظام الدهليزي)، الوعي، موقف الجسم (نظام ذاتي التحفيز)، واتصال (نظام اللمس) وبعد المعالجة تُحدّد مشكلة معينة، وقد يشمل العلاج أنشطة التكامل الحسي، مثل: التدليك

العلاج الطبيعي: متخصص في تطوير القوة، والتنسيق والحركة، يساعد المعالجين في تحسين المهارات الحركية، وتشعر بهذا العلاج تحسُّناً كبيراً في وظيفة عضلات الجسم، من خلال ممارسة الأنشطة البدنية.

المراقبة المباشرة:

: الملاحظة المباشرة، والتفاعل، والمقابلات المقررة، وجمع المعلومات عن الطفل: (العاطفية، والاتصالات، والاجتماعية، والقدرات المعرفية) من خلال تفاعلات الطفل مَوْجَّهاً، وتسجيل الملاحظات في المواقف المختلفة، وإجراء المقابلات مع الآباء والأمهات ومقدمي الرعاية.

يجب على الآباء وأفراد الأسرة أن يشاركوا مشاركة نشطة في جميع مراحل هذه التقييمات.

ما يحدث في الواقع خلال تقييم محدد، يعتمد على ما يقدمه الوالدان والمقيّمون من المعلومات.

التقييمات الفنية: تهدف إلى اكتشاف سبب سلوك التوحد ، مثل: (ضرب الرأس)، يحدّث استنادا إلى فرَضية أنّ السلوكيات الصعبة هي وسيلة للاتصال،

وتقييم وظيفي يَعْتَمِد على المقابلات والملاحظات المباشرة والتفاعل، لتحديد ما إذا كان الأطفال يعانون من مرض التَّوَحُّد أو الإعاقَة ذات الصلة، تحاول التوصل للتقييم من خلال سلوكهم.

مرة واحدة يتم تحديد الغرض من السلوك تحدياً، ويمكن وضع وسائل بديلة أكثر قبولا لتحقيق هذا الغرض، وذلك يساعد في القضاء على سلوك التحدي.

تلعب التقييمات القائمة على: إشراك مراقبة الكبار في حالات اللعب المنظمة وغير المنظمة، التي توفر معلومات حول نمو الطفل الاجتماعي والعاطفي والمعرفي، والاتصالات، من خلال تحديد أسلوب التعلم للطفل، ونمط التفاعل من خلال اللعب بالتقييمات القائمة على ذلك، يمكن وضع خطة العلاج الفردية.

أدوات موحدة:

الأدوات الموحدة هي: الطرق الرسمية المستخدمة لتحديد مستويات مختلفة من التطور المعرفي.

مقاييس ومعايير التقييم والحَصْر التَّنْمَوِي: «فينلاندي» الموازين- مقياس السلوك التكيفي والطفولة- تصنيف التَّوَحُّد- أمثلة من الاختبارات التي تقيس المهارات المُوَحَّدة لقياس التَّنْمَوِيَّة العامة للطفل، بما في ذلك مهارات التنشئة الاجتماعية، ومهارات التأقلم، وتستند إلى مقابلات عشرات الأمهات وملاحظات المقيّم.

اختبارات الذكاء (IQ): مقياس «ستانفورد بينيه» للذكاء، اختبارات الذكاء وغيرها من محاولات لتحديد ذكاء الفرد استنادا إلى معايير موحدة، وكثيرا ما تقدّم نتائج الاختبارات التعليمية في النقاط المركبة على مقياس الذكاء «وكسلر» للأطفال، (WISC-III)، وتقدم عادة ثلاث درجات: IQ اللفظي (VIQ)، الأداء IQ ((PIQ)، ومقياس IQ كامل. (FSIQ)، كل من هذه الاختبارات توفر نقاطا مركبة، كل من درجات معدل الذكاء اللفظي والأداء، هي المركبة من الاختبارات الفرعية الخمسة، مختلف الاختبارات (IQ) لا تقيس بالضرورة قدرات الأطفال المصابين بالتَّوَحُّد الحقيقية والمحتملة.

نصائح للعمل مع المعلمين

تذكّر أنك، كوالد، تعرف طفلك أفضل ما يكون، فإنك تحتاج إلى أن تكون دبلوماسيا وأنت تُعرّف ابنك للجميع، فلذلك ننصحك بالتالي: تطوير العلاقات مع المعلمين الذين يعملون مع طفلك.

1	الحصول على المعلومات، ومعرفة الخيارات المتاحة أمامك.
2	تذكر أن الناس يعملون مع ابنك، ويعرفونه بروح علمية وليس بروح أبويه.
3	عليك أن تكون على درجة عالية من الاطلاع والعلم، بحالة ابنك وعلى علم بكل التطورات العالمية ذات العلاقة.
4	تأكد من معرفة ما هي حقوقك.
5	يجب أن تكون على علم بأن المعلمين ليسوا ملائكة، ولا على دراية بكل شيء.
6	لا تنتظر لمدة شهرين للتحقيق في النتائج؛ ولكن تأكد من التخطيط الجيد لابنك، ومن ثم راقب وتحقق من التطبيق، ثم انتظر النتائج
7	لا تُلقي بكل بمسئولية كل شيء على المعلمين والمدرسة في تطوُّر ابنك.
8	إنَّ تطوُّر ابنك مسؤولية خاصة بك، ومسئولية عامة للمعلمين، فلا تلق بمسئولياتك على الآخرين.
9	لا تتعامل مع المدرسة بعاطفية، ولا تحكم بعواطفك الشخصية؛ بل احكم بالنتائج الواجبة التحقق.
10	لا تأخذ بالمظاهر، ولا يشغلك المظهر عن الجوهر، واعلم أنهم يفكرون مثلك ...
11	إبقاء الأمور في نصابها: سأل نفسك: «هل ما يقوم به طفلي نموذجيا للفئة العمرية التي هو فيها؟ أم لا؟ هل تصرفه له علاقة مع إعاقته؟» شجّع أولئك الذين يعملون مع طفلك على القيام بذلك أيضا.
12	اعلم أن ما فاتك في هذا العام لن تلحقه أبدا مع ابنك.

13	يمكنك تغيير كل شيء؛ ولكن لن تستطيع الرجوع بالزمن للوراء.
14	كن في عجلة من أمرك، دون أن تُربك العاملين مع ابنك. اعطهم الثقة. ساندِهم لا تكن تابعا لأفكارهم؛ ولكن كن مفكراً معهم.
15	شجّع تطبيق العمل مع ابنك في المنزل، والتزم بكل شيء، يتم تقديمه له في المدرسة، وقدر قيمة تلك الصفات التي تعزز النجاح في المدرسة: المسؤولية، عواقب السلوك، والتنظيم، والالتزام بالمواعيد.
16	تساوّر دائماً مع معلّمي ابنك، فمن هذا تعرف كيف يفكرون، وكيف ينفّذون، وكيف يعملون.
17	التواصل مع الآباء الآخرين، والتحدث معهم حول ما يقومون به مع أبنائهم، وخذ ما هو مناسب لتطبيقه مع ابنك، وضع في اعتبارك أن ابنك ليس كابنه، وأنت لست مثله، أنتم متشابهون؛ ولكنكم لستم متطابقين.
18	الاتصالات بصورة مستمرة مع معلّمي ابنك، وكن ودوداً، لا تهدد ولا تتوعد، ولا تكن ثقيل الظل فتضر نفسك وابنك والآخرين.
19	تأكد من التواصل، وتحدث عن مخاوفك أو أفكارك على الفور عبر الهاتف أو من خلال الملاحظة، ومن خلال التواصل المبكر يجب أن لا تُحبّط، ولا تغضب، واعلم أن التدخل المبكر في حل المشكلات هو الحل الأمثل للمشكلة، أو لتقليل المشكلات المترتبة عليها.
20	إن التواصل يجب أن يتم بكل الطرق: (برامج إلكترونية، تعليمات يومية في دفتر. اتصال تليفوني).
21	اعلم أن اليوم في حياة طفلك، يمثل عاماً في حياة الآخرين. والتأخر عاماً في حياة طفلك لا يمكن تعويضه.
22	عرّف المعلمين على الفور بأي ظروف غير عادية تحدث في المنزل.
23	ابحث لطفلك عن كل جديد.

24	اعلم أن كل طالب لديه استجابة مختلفة جدا لهذه التغيرات فى الحياة.
25	ابحث عن حلول للمشكلات بطرق إبداعية.
26	لا تفترض دائما أن وجهة نظرك عن ابنك صحيحة، ولا تسلم أن وجهة نظر معلميه هى السليمة .. النقاش والإقناع والتجربة هى السبيل الوحيد للوصول إلى النتائج.
27	كن واقعيًا دائمًا، لا تبالغ فى وصف قدرات ابنك، ولا تصفه بالذكاء الخارق، فالذكاء عملية نسبية ترتبط بالأحداث والمواقف والمحاكاة.
28	إذا كنت تشعر بأن القرارات تؤخذ دون علمك، اطلب أن تُؤخذ قراراتك فى الخطة.
29	يمكنك اقتراح اجتماع قبل «PEI»، للحديث عن بعض أفكارك وأهدافك وأهداف طفلك.
30	ضع قائمة بالأشياء التي تريد أن تقولها قبل أن تذهب إلى الاجتماع.
31	فى الاجتماع اعط لنفسك متسعًا من الوقت لمناقشة القضايا المهمة.
32	يمكنك إحضار شخص معك إلى الاجتماع لدعمك معنويًا: (زوجتك، صديقك، ..).
33	ارسل خطابًا أو تحدث مع المعلمين عن نجاحات ابنك فى البيت، أو فى المناسبات العامة، واشكرهم، فإن هذا الأمر مفيد جدًا لك ولهم ولابنك.
34	إذا كنت لا تتفق مع الأساليب التي يتم تطبيقها مع ابنك، فانظر دائما إلى النتائج فى بُعْدِهَا الحالى والمستقبلي، فإذا كان الحالى جيدًا، والمستقبلي من خلال التحليل والتوقع سوف يكون سيئاً فتوقف فوراً.
35	دائمًا انظر إلى كل الأساليب والطرق على أن لها إيجابيات وسلبيات. حافظ دائمًا على الحديث بصيغة الفريق: «نحن». . كيف؟ «نحن» يمكن أن نعمل معًا من أجل حل مشكلة معينة. .

36	كتابة مقالات في الصحف المحلية، عن واحدة من قصص نجاح طفلك.
37	أن تنشر صور ابنك ونجاحاته، فهذا مفيد لك وللمدرسة وللمجتمع.
38	أكبر خطأ يتم ارتكابه في عالمنا العربي، عدم السماح بتسجيل ما يحدث مع أبنائنا وتطور حالتهم، هذه الأمور مفيدة جدا للآباء الجدد إذا ما نشرت.
39	العمل على خلق علاقة طيبة مع جميع الناس الذين يعملون مع طفلك، تكون مفتوحة لتبادل المعلومات حول طفلك.
40	تكون على استعداد للمشاركة و التطوع للمساعدة قدر الإمكان.
41	تذكر الناس في نهاية كل عام بالهدايا والشكر، ولو رمزيا، سترى وتلاحظ تقدير ذلك للغاية من قبل أولئك الذين تتعامل معهم.
42	ينبغي عليك دعم الأشخاص الذين يعملون مع طفلك، حتى عندما لا تسير الأمور كما تأمل، كذلك شجعهم على الاستمرار في المحاولة، وكن على يقين بأن غدا سيكون أفضل، وعبر لهم عن امتنانك لهم، وتقديرك جهودهم نيابة عن طفلك.

تشخيص التَّوَحُّد بين: DSM4 والـ DSM5 لماذا التغيير؟

تضمنت الطبعة الرابعة المعدلة من الدليل الإحصائي، شمول اضطراب التَّوَحُّد كفئة مستقلة، ضمن مظلة ما يعرف باسم الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders-PDD).

إلى جانب أربعة اضطرابات أخرى تتقاطع معه في بعض الأعراض السلوكية، ولعلَّ الآلية التي عرض فيها اضطراب التَّوَحُّد في هذه الطبعة قد لاقت قبولا واسعا في الميدان، لما لها من خصوصية توضيحية شاملة لجملة الأعراض السلوكية، التي تميز اضطراب التَّوَحُّد عن غيره من الفئات الأخرى، ضمن نفس المظلة المقترحة، كما وأن هذه الطبعة قد أوضحت جملة المعايير التشخيصية التي يجب الاستناد إليها عند تشخيص اضطراب التَّوَحُّد.

اضطراب النمو الشامل المحدد (PDD) هو مصطلح عام يستخدم لتعريف أنواع الاضطرابات.

1. من بين الاضطرابات التي يتضمنها هذا النوع من الاضطرابات:
2. اضطراب النمو المتفشي غير المحدد- (PDD-NOS).
3. الاضطراب التَّوَحُّدي (ASD).
4. متلازمة (اسبرجر).
5. متلازمة (ريت).
6. اضطراب (Childhood disintegrative disorder(CDD
7. يطلق على الاضطرابات الثلاثة الأولى عادةً اضطرابات طيف التَّوَحُّد؛ أما الاضطرابان الأخيران فنسبة الإصابة بهما نادرة للغاية، ويمكن اعتبارهما- في بعض الأحيان- ضمن فئة طيف التَّوَحُّد. (87)

Johnson CP, Myers SM, Council on Children with Disabilities (2007). «Identification and evaluation of children with autism spectrum (87)

ما هو اضطراب النمو الشامل غير المحدد- (PDD-NOS)؟

هي واحدة من الحالات الثلاث لطيف التوحد (ASD)، بالإضافة لكونه واحداً من الحالات الخمسة المصنفة (اضطرابات نمائية شاملة (PPD))، ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، فإن تشخيص هذا الاضطراب يستخدم للحالات التي تعاني من ضعف حاد في التواصل الاجتماعي، أو ضعف في مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية، أو ممارسة السلوك النمطي والاهتمامات والأنشطة الحالية؛ ولكن معايير هذا الاضطراب لا تتطابق مع معايير الاضطرابات النمائية الشاملة، أو عدة اضطرابات أخرى.

وغالباً ما تسمى الاضطرابات النمائية غير الشاملة بـ (التوحد اللانمطي)، لأنها لا تستوفي معايير اضطرابات التوحد، مثل: (تأخر سن بداية ظهور الأعراض غير النمطية، أو واحدة منهما)، ويعتبر هذا الاضطراب الأكثر اعتدالاً من اضطراب التوحد النموذجي، وهذا ليس صحيحاً دائماً، في حين أن بعض الخصائص قد تكون معتدلة، وقد تكون الخصائص الأخرى أكثر حدة، لأن الاضطراب النمائي الشامل، يؤدي إلى اضطراب نقص الانتباه مع فرط الحركة.

يوجد انقسام بين الأطباء حول استخدام مصطلح: (الاضطرابات النمائية الشاملة) [1]، يستخدم العديدون مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة، كطريقة مختصرة لقول: (الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة) [1]؛ بينما يستخدم آخرون علامة: (الفئة العامة للاضطرابات النمائية الشاملة)، لأنهم مترددون في تشخيص إصابة الأطفال الصغار بنوع محدد من الاضطرابات النمائية الشاملة، مثل: (التوحد) [1]، ويؤدي كلا النهجين إلى حدوث ارتباك بشأن المصطلح، لأن مصطلح (الاضطرابات النمائية الشاملة) يشير في الواقع إلى فئة من الاضطرابات وليس علامة تشخيصية. [1]

لا تُعد الاضطرابات النمائية الشاملة تشخيصاً في حد ذاتها؛ بينما تُعد الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة كذلك. ولزيادة تعقيد المسألة، يمكن الإشارة إلى الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة باسم: «نمو الشخصية اللانمطي»، أو «الاضطرابات النمائية الشاملة اللانمطية»، أو «التوحد اللانمطي».

بسبب «NOS» التي تعني «غير المحدد»، من الصعب وصف المقصود بالاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، سوى أنها: (اضطراب طيف التوحد (ASD))، وبعض الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بـ (الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة) معرضون للإصابة بمتلازمة «أسبرجر»؛ لكنهم ليسوا مهيين لذلك تماماً.

وهناك آخرون مصابون بتوحد كامل تقريباً؛ لكن بدون بعض أعراضه.

ويدرس مجال علم النفس إضافة عدة فئات فرعية إلى: (الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة).⁽⁸⁸⁾

<https://ar.wikipedia.org/wiki> (٨٨)



«اضطراب النمو المتفشي غير المحدد»: هو الذى لديه قليل من الأعراض لاضطراب طيف التوحد؛ لكنه يصنف على أنه طيف توحد، فهو يصف الأفراد الذين لديهم معايير محددة مع اضطرابات أخرى، أى أن لديه أعراض هى نفسها أعراض اضطرابات أخرى، أى أنها متداخلة. لا توجد طريقة سهلة لتحديد أعراض PDD-NOS، والتي قد تتراوح بين معتدلة وحادة جدا، ونتيجة لذلك، نادرا ما يستخدم هذا المصطلح خارج مكاتب الممارسين. معظم الآباء والأمهات، والمعالجين والمعلمين يفضلون استخداما أكثر وصفاً (على الرغم من كونه أقل رسمية) المصطلحات لتوصيف أطفالهم والطلاب والمرضى الذين يعانون من PDD-NOS..

جاء التعديل فى DSM5، نظرا لكل ما ذكر من صعوبات وعدم إجماع، ليتم إلغاء هذا التصنيف الذى لم يتبع، ولم يقم أحد باستخدامه منذ تم وضعه فى الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع، الذى صدر عام 2000.

(تم وضعه تحت مظلة اضطراب طيف التوحد المتوسط إلى الشديد، وتم إلغاء هذا المسمى)

الفرق بين مسمى (اضطراب طيف التوحد)، و(مسمى التوحد).

هناك فرق كبير بين مسمى (التوحد) الذى كان يشار به إلى (التوحد الكلاسيكي) فقط؛ أما اضطراب (طيف التوحد) فتضمن كل الأنواع التى نص عليها الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والذي تضمن:

- اضطراب النمو المتفشي غير المحدد (PDD-NOS).
- الاضطراب التوحدى (ASD).
- متلازمة (اسبرجر).

«اضطراب طيف التوحد» يصف مجموعة من سمات التأخر فى النمو، والاضطرابات التى تؤثر على المهارات الاجتماعية والتواصل، وإلى درجة أكبر أو أقل الحركة والمهارات اللغوية، ولهذا يكون التشخيص واسعا؛ حيث أنه من الممكن أن يشمل الأشخاص الذين يعانون من ارتفاع معدل الذكاء، والتأخر العقلي، والإنسان الذى يعاني من التوحد يمكن أن يكون صامتا أو متحدثا، حنونا أو باردا، منظما ومنهجيا أو فوضويا.

ماهو اضطراب (اسبرجر)؟

هو الذى يصف الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، ويتم التشخيص فى المراهقين والبالغين من الأفراد الذين لديهم لغة منطوقة بصورة تماثل أقرانهم من الأفراد الطبيعيين؛ ولكنهم يعانون من صعوبة بالغة فى التواصل مع المجتمع، هذه الصعوبة تصبح أكثر وضوحا كلما تقدموا فى السن،

يلاحظ أنهم فى الغالب يكونون أذكفاء؁ ولكنهم يكونون مهوسين؁ ولذلك أحياناً يسمى «متلازمة الهوس» وهو متقلب ولحوح؁ ولا يتقبل الأمور بشكل طبيعى؁ ويظل يرغب فى ما يريد رغم تحذيره ونهره أكثر من مرة؁ وكأنه لا يفهم؁ و تعتبر هذه الصفة جزءاً من الروتينية الحياتية له؁ ولديه من الإصرار والعناد الشديد على ما يرغب ولا يتراجع بسهولة؁ كما تجده روتينياً بشكل كبير جداً فى اللغة؁ والحركة والتفكير؁ وهذه هى المشكلة الأساسية؁ التى تصفه أنه اضطراب طيف تَوَحُّد.

(فى التصنيف الحديث تم إلغاء تصنيف «اسبرجر»؁ وتم وضعه تحت مظلة «التَوَحُّد البسيط»؁ طبقاً للتصنيف الإحصائى الخامس DSM5).

ما هو التَوَحُّد الخفيف؟

مصطلح «التَوَحُّد الخفيف» أو البسيط: إنه مجرد مصطلح وصفي أكثر من «متلازمة اسبرجر» أو «التَوَحُّد»؁ بصفة عامة؁ عندما يتم استخدام مصطلح التَوَحُّد الخفيف؁ فإنهم يشيرون إلى الأفراد الذين لديهم أعراض تناسب تشخيص طيف التَوَحُّد البسيط طبقاً للتصنيف الحديث؁ والذي يكون لديه المهارات اللغوية قوية؁ والقضايا السلوكية قليلة؁ ومع ذلك لديه مشاكل كبيرة فى التواصل الاجتماعى؁ وقد يكون لديهم أيضاً مشاكل فى التعامل مع المدخلات الحسية أكثر من اللازم (ضوضاء عالية؁ الأضواء الساطعة؁ وما إلى ذلك).

ما هو التَوَحُّد مرتفع الأداء؟

أُطلق قبل التصنيف الأخير الذى صدر فى عام 2013م؁ (التَوَحُّد عالى الأداء)؁ والذي أُفردَ له مقياس (cars2)؁ أداة للتشخيص خاصة بـ (التَوَحُّد عالى الأداء)؁ استخدم هذا المصطلح وهو أكثر شيوعاً من قبل (HFA)؁ وهو مصطلح صعب؁ لأنه يمكن أن يكون من الصعب التمييز بين الشخص الذى يعانى من التَوَحُّد عالى الأداء - طبقاً لمعايير HFA - وشخص يعانى من متلازمة اسبرجر. التمييز الوحيد؁ هو أن الأطفال الذين يعانون من التَوَحُّد عالى الأداء - بناء على تصنيف HFA - يعانون من تأخر الكلام؁ فى حين أن الناس الذين يعانون من متلازمة (اسبرجر) يكون تطور الكلام لديهم طبيعياً فى نفس العُمُر؁ وقد يكون بصورة أفضل من أقرانه؛ ولكن قد يكون هناك أيضاً اختلافات حقيقية جداً من حيث الوعي الاجتماعى؁ وخصائص الشخصية؁ والسمات الأخرى. لجان التحكيم لا تزال تناقش الفروق الدقيقة؁

ولذلك تم وضع كلا التصنيفين فى DSM5 تحت مظلة اضطراب طيف التَوَحُّد البسيط.

ما هو مرض التَوَحُّد الشديد (تَوَحُّد الاضطراب)؟

التَوَحُّد الشديد - التَوَحُّد الكلاسيكى - التَوَحُّد العميق:



ويطلق عليه الآن: (اضطراب التَّوَحُّد الشديد) وتم إلغاء جميع المُسمَّيات السابقة، الناس الذين يعانون من اضطراب طيف التَّوَحُّد الشديد غالبا ما يعانون من: عدم الكلام، بالإضافة إلى مشاكل فى التواصل الاجتماعي، درجة عالية من الأداء الروتينى مُصَّاحَب بإعاقات مختلفة، مثل: الإعاقه الذهنية، والاضطرابات الحسية.

تم إلغاء كل المسميات السابقة فى (DSM5)، وتم وضع هذا تحت مسمى: (اضطراب طيف التَّوَحُّد الشديد).

متلازمة ريت ما هي؟

«متلازمة ريت» هي: اضطراب وراثي يصيب الفتيات فقط.

هذا واحد فقط من اضطرابات طيف التَّوَحُّد التي يمكن تشخيصها طبيا (حتى الآن). الفتيات اللاتي يعانين من متلازمة «ريت» يعانين من أعراض حادة لاضطراب طيف التَّوَحُّد، وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تُضعف متلازمة «ريت»- بشدة- قدرة الفتيات على استخدام أيديهن بشكل مفيد.

ما هو النمط الظاهري للتَّوَحُّد الواسع؟

إذاً يعتبر مرض «أسبرجر» (معتدل التَّوَحُّد)، ثم النمط الظاهري (التَّوَحُّد الواسع)، ويشمل هؤلاء الناس مع إichاءات مَسَّحَة من التَّوَحُّد. هل هذا هو التَّوَحُّد حقا؟ أم مجرد نوع الشخصية؟ كما هو الحال مع العديد من القضايا المتعلقة بمرض التَّوَحُّد، وذلك يعتمد على مَنْ تَسأل.

سمات/ صفات طيف التَّوَدُّ

1 - المهارات الاجتماعية:

- 1 - لا يتصل بالعين، أو اتصال بصري بسيط جداً.
- 2 - يقاوم من يلمسه أو يحمله.
- 3 - يميل إلى الاقتراب بشدة مع من يتحدث إليه. (يفتقر إلى مفهوم وجود مساحة شخصية).
- 4 - يستجيب للتفاعلات الاجتماعية، ولكن لا يُحاكي الآخرين.
- 5 - يصعب عليه فهم الدعابات، أو الأحاديث الساخرة أو أساليب الكلام.
- 6 - يصعبُ عليه فهمُ تعابير الوجه ولغة الجسد.
- 7 - يفتقر بوجه عام إلى تقاسم الملاحظات أو الخبرات مع الآخرين.
- 8 - يصعبُ عليه فهم قواعد المُحادثة والحوار.
- 9 - يصعبُ عليه فهم التَّفَاعُل بين المجموعات.
- 10 - يَعْرِفُ عن الإجابة عن الأسئلة الخاصة بهم.
- 11 - يُبدي تعليقات عفوية لا علاقة لها بالمحادثة الجارية.
- 12 - يتسم بالأمانة والصراحة، ولكن له ملاحظات غير ملائمة.
- 13 - يبدو كأنه لا يفهم مشاعر الآخرين.
- 14 - يفضل العزلة والوحدة؛ أو يكون مُفْرِطَ الوُدِّ مع الآخرين.
- 15 - يصعبُ عليه الاحتفاظ بصداقاته.
- 16 - يسهل عليه تكوين صداقات مع من يكبرونه أو يصغرونه سناً؛ بينما يَعَجُزُّ عن تكوين صداقة مع أقرانه وتُظَرِّئه من نفس السن.
- 17 - غير واعي وغير مهتم بما يدور حوله.
- 18 - يتكلم بشكل مُفْرِط في موضوع أو اثنين (الديناصور والأفلام إلى آخره).
- 19 - لديه فِرْطُ ثقة؛ أو غير قادر على فهم الدَّوَاعِ الكامنة وراء أفعال الآخرين.
- 20 - لديه سوء تقدير للآخرين

2 - تنمية المهارات اللغوية:

- 1 - استخدام غير طبيعي لطبقات الصوت، أو التنغيم أو الإيقاع أو النبرات أثناء الكلام.
- 2 - يتكلم بهدوء شديد أو بصوت مرتفع بطريقة شاذة.
- 3 - يصعب عليه الهمس.
- 4 - يكرر الكلمات أو العبارات الأخيرة عدة مرات.
- 5 - يصدر أصواتاً لفظية أثناء الاستماع (ترديد الألفاظ لا إرادياً، مصاداة، محاكاة لفظية).
- 6 - غالباً ما يستخدم جُملاً قصيرة غير مُكتملة العناصر.
- 7 - غالباً ما يستخدم الضمائر بطريقة غير ملائمة.
- 8 - قد يتمتع بالثراء والمحصلة اللغوية.
- 9 - يُفِرط في استخدام أسماء الأشخاص ممن يتحدث إليهم كثيراً، مثال: (ماري. هل سنتناول الغداء؟ صحيح يا ماري؟).
- 10 - يبدأ في الكلام مبكراً جداً، ثم يتوقف لفترة من الوقت.
- 11 - يصعب عليه فهم الاتجاهات (الأمام والخلف وقبَل وبعَد).

3 - السلوكيات:

- 1 - الهوس والولع بالأشياء أو الأفكار أو الرغبات.
- 2 - الالتزام بأنماط سلوكية شعائرية أو إلزامية قهرية (الاستنشاق أو اللعق، أو مشاهدة الأشياء حين سقُوطها، أو رفرفة ذراعَيْه، أو الدوران أو الاهتزاز، أو الهمهمة أو النقر، أو المص أو الحك بالقماش).
- 3 - مغرم بالدوران الشديد.
- 4 - يتسبم اللعب بطابع التكرارية.
- 5 - تعلق غير اعتيادي بالأشياء.
- 6 - يقتبس من الأفلام أو الألعاب.
- 7 - يصعب عليه إحالة المهارات من مجال إلى آخر.
- 8 - يسعى لتحقيق الكمال في بعض المجالات.
- 9 - يعبر عن إحباطه بطريقة غير معتادة.

- 10- يَشْعُرُ بالحاجة إلى إصلاح الأمور أو إعادة تنظيمها.
- 11- يواجه صعوبة في الانتقال من نشاط إلى آخر.
- 12- يَلْقَى صعوبة في أداء بعض المهام.
- 13- يتخلف في نمو المهارات الحركية الكبيرة، بالنسبة لأقرانه من حيث: (ركوب الدراجة أو التزلج أو الرُّكُض).
- 14- كما أَنَّ لديه إعاقة في نمو المهارات الحركية الدقيقة، بالنسبة لنظرائه من حيث: (استخدام الكتابة باليد أو ربط الحذاء أو استخدام المقص).
- 15- غَيْرُ قادر على تصوُّر المواقف الخطيرة المحتملة.
- 16- يعاني من شِدَّة الخوف/ أو لديه فوبيا دون مبرر واضح.
- 16- الثورة والانفعال اللُّفْظي.
- 17- لديه حركات غير متوقعة، مثل: (الرُّكُض في الشارع).
- 18- يواجه صعوبة في تقدير الوقت (لا يمكنه معرفة كم تبلغ مدة العشر دقائق أو الثلاثة أيام).
- 19- يَصْعَبُ عليه الانتظار حتى يَحِين دَوْرُهُ. (كالانتظار في الصَّف).
- 20- قد يُسبِّب الجرح أو الألم لنفسه (كالعض أو ضرب رأسه).

4 - المشاعر/ العاطفة:

- 1 - لديه حساسية، أو افتقار الحس تجاه الأصوات، و اللَّمس والتَّذوُّق والسَّم والضَّوء.
- 2 - يواجه صعوبة مع الأصوات المرتفعة أو المفاجئة.
- 3 - لديه قدرة على تحمل الألم بشكل عالٍ، أو قليل بشكل غير معتاد.
- 4 - القدرة على تحمل بعض الأطعمة الممزوجة، أو الألوان أو طريقة تقديمها وعرضها في الأطباق. (لا يمكن قبول طعام ممزوج بآخر).
- 5 - يلمس نَفْسَهُ بشكل غير لائق في المواقف العامَّة.
- 6 - لديه رَغْبَةٌ في الأشياء المُرِيحَة. (البطاطين أو الدُّمَى أو خيوط الصخور).
- 7 - يَضْحَكُ أو يبكي أو تتنابه نوبة غضب لأسباب غير مبررة.
- 8 - يقاوم التغيير في البيئة المحيطة (الأشخاص أو الأماكن أو الأشياء).

9 - يمكن لحادث عاطفيّ أن يحدد مزاجه على مدار اليوم، كما يمكن أن تمر المشاعر فجأة، أو يطول مداها لفترة طويلة من الوقت.

10 - يرتبك كثيراً عند توجيه الكثير من التعليمات اللفظية.

11 - يغلب عليه عدم الاكتراث أو الانهيار، عند توبيخه وتوجيه اللوم له.

12 - يشعر بالهدوء من خلال المحفزات الخارجية، مثل: نبرة الصوت الهادئ، أو تنظيف الأسنان بالفرشاة، أو دوران الأشياء، أو الضغط المستمر (الأرجوحة أو الالتفاف بالبطانية).

13 - قد يحتاج أن يكون مُعزلاً وحيداً، كي يمكنه تفريغ شحنة التوتر والإحباط.

5 - المهارات المتعلقة بالمدرسة:

1 - يتمتع بمهارات عالية في بعض المجالات، أو يعاني من تدني المهارات في بعض المجالات الأخرى.

2 - يتمتع بذاكرة ممتازة عن ظهر قلب في بعض المجالات. -

3 - لديه صعوبة في القراءة والفهم (يمكنه اقتباس الإجابة؛ ولكنه غير قادر على التنبؤ أو التلخيص أو إيجاد الرموز).

4 - لديه صعوبة في أداء الأنشطة الخاصة بالمهارات الحركية الدقيقة (التلوين أو الرسم أو القص أو اللصق).

5 - لديه انتباه وتركيز قصير المدى لمعظم الدروس.

6 - يقاوم أو غير قادر على اتباع التعليمات.-

7 - لديه صعوبة في الانتقال من نشاط إلى آخر داخل المدرسة.

6 - الصحة والحركة:

1 - يمشي على أطراف الأصابع.

2 - يمشي بطريقة غير معتادة.

3 - لديه صعوبة في التغيير من مسطح لآخر (كالانتقال من السجاد إلى الخشب أو من الرصيف إلى العشب والحشائش).

4 - يتخذ أوضاعاً غير مألوفة وغير طبيعية (التصلب أو المرونة/ الرخاوة).

5 - لديه صعوبة التَّنَقُّل في الأماكن (حيث يصطدم بالأشياء أو الأشخاص).

6 - يمشي دون أرجحة ذراعيه بحرية.

7 - يعاني من سلس البول

8 - يعاني من الإمساك.

9 - أنفلات الغازات بشكل مُتكرّر (الانتفاخات أو التّجشُّؤ أو التّقيُّؤ)

10 - يبدو كأنّه يعاني من مشاكل بالسمّع، بالرغم من أن نتائج فحص السمّع جيدة.

11 - قد يعاني من نوبات تشنُّج.

12 - يعاني من حساسية الطعام.

13 - لديه أنماط نوم غير منتظمة.

14 - يبدو كأنه غير مهتم بالنظافة الشخصية (الشعر والأسنان ورائحة الجسد).

الخطر الخامس تأخر اللغة

ما هو تأخر اللغة؟

يحدث تأخر اللغة عندما تتطور لغة الطفل بشكل أبطأ من الأطفال الآخرين من نفس العمر، ولكنها تتبع النمط النموذجي للتنمية، على سبيل المثال: قد يبلغ الطفل 4 سنوات من العمر، ولكن فهمه و/ أو استخدامه لغة نموذجية يكون لطفل قد لا يتجاوز عمره 2.5 سنة.

قد يكون لدى الطفل تأخرًا في اللغة (التأمل اللغوي) أو التأخر اللغوي التعبيري (استخدام اللغة). اللغة عادة ما يتم اكتسابها، ولا يتم تدريسها بشكل صريح.

إنَّ الطفل يتبع تسلسل تطور قابل للتنبؤ به، ويجب أن يحدث بشكل طبيعي منذ الولادة، عندما يكون الطفل في وضع يتعرض فيه للغة والتفاعل الاجتماعي العادي.

يمكن أن يتأثر تطور اللغة لديه بالتفاعل المعقّد للتأثيرات الجينية والبيئية.

تتكون اللغة من العديد من وحدات البناء، والتي تشمل: التشكل (أي الطريقة التي يتم بها صياغة الكلمات للإشارة إلى عناصر، مثل: (الماضي - المُتَّسِّق - التعددي - القط - القُطط - الملكية - الملك)، الدلالات، أي: (معاني الكلمات)، بناء الجملة (أي الطريقة التي يتم بها تجميع الكلمات لتشكيل جُمَل ذات معنى ونَحْوِها)، prosody، أي: (المدة، والإيقاع وكثافة المنطقة التي تصنع فيها أصوات الكلام) ، والمفردات (أي الكلمات التي يَعْرِفُها الطفل ويستخدمها) والبراغماتية (أي «قواعد الطريقة الاجتماعية للغة التي تحكم كيفية استخدامنا للغة والتفاعل مع بعضها البعض).

قد يكون تأخر اللغة أوليا أو ثانويا، فالثانوي إذا كان الطفل يعاني من صعوبة أخرى، والتي أثرت على مهاراته اللغوية، مثل: (التَوَحُّد، ضعف السمع، التأخر في النمو العام). ويكون تأخر اللغة أوليا (أساسياً)، إذا لم يتم تحديد أي صعوبة أخرى.

ما هي السمات الشائعة لتأخر اللغة؟

- عندما يتأخر الطفل في الكلام ولا تظهر الكلمة الأولى حتى سن -15 18 شهرا.
- يحصل الطفل على كلماته الأولى، ولكن بعد ذلك لا يستمر لتطوير كلمات جديدة بسرعة.

- وبحلول عامين من العمر، يقول الطفل أقل من 50 كلمة، ولا يستخدم أي توليفين للكلمات، مثل: («المزيد من المشروبات»، «ذهب الأب»، «سيارة الذهاب»).
- يواجه الطفل صعوبة في فهم ما يُقال له، ويواجه صعوبات في اتباع التعليمات.
- لغة الطفل تبدو غير مناسبة لمستوى عُمره.
- الصعوبات التي تحدث في وقت المجموعة في رياض الأطفال أو المدرسة.
- قد يواجه الطفل الصغير صعوبات في الاتصال بالعيون، وحضور الأنشطة والكلام، واستخدام الأصوات والإيماءات.
- صعوبة في الإجابة على الأسئلة.
- صعوبة تحديد تسلسل الكلمات معاً في الجمل.
- صعوبة القراءة والكتابة.
- صعوبة في توصيل رسالته.
- يستخدم القواعد النَّحْوِيَّة غير الصحيحة (على سبيل المثال «أريد أن أكون أحمرًا واحدًا» بدلاً من «أريد الأحمر»).

الصعوبات الشائعة في كثير من الأحيان (ليس دائماً) التي يواجهها من يعانون من تأخر لغوي:

- إذا تأخر التعبير فالتعبيرية فقط، وصعوبة في الحصول على الأفكار والتفكير.
- إذا تأخرت اللغة الاستقبالية فالاستقبالية فقط، وصعوبات في فهم الإرشادات والأسئلة.
- صعوبات الوصول إلى المناهج الدراسية.
- صعوبات التفاعل مع الأقران.
- صعوبات المعالجة الحسية.
- سوء التخطيط والتسلسل.
- ضعف الأداء التنفيذي.
- ضعف الذاكرة العاملة.
- ضعف الاهتمام والتركيز.
- ضعف التواصل الكتابي في بيئة الفصل الدراسي.

- ضعف المهارات التنظيمية.
- صعوبات القراءة والهجاء.
- ضعف القراءة والفهم.

استراتيجيات الإدارة التي تدعم الطفل مع تأخر اللغة (في المدرسة التمهيديّة، المدرسة و / أو المنزل):

- قم بإعداد خطة فردية مع أولياء الأمور / مقدمي الرعاية، الذين لديهم أهداف لغوية ولغة بسيطة قابلة للتحقيق ، للمساعدة في تطوير مهارات الطفل اللغوية.
- تزويد الطفل باستراتيجيات لإدارة الحالات التي لا يفهمها، على سبيل المثال: (تعليمه رفع يده عندما لا يفهم، تعليمه بعض الأسئلة القياسية للسؤال عند الحاجة).
- الاتصال بين المهن الصحية والعاملين في المجال التعليمي، لتوفير المعلومات، ليتم دمجها في خطة التعليم و/ أو تنفيذ الأفكار/ الاقتراحات/ الأنشطة، للمساعدة في تحسين مهارات النطق واللغة لدى الطفل، والقدرة على الوصول إلى المنهج الدراسي.
- استخدام الأنشطة أو الألعاب الممتعة في اللعب، للمساعدة في تحفيز الطفل على التعلّم.
- استخدام معلومات بسيطة وموجزة.
- استخدام المرئيات لتكميل المعلومات السمعية، مثل: (الصور والعلامات والإيماءات).
- توفير المزيد من الوقت لإكمال المهام.
- برنامج اللغة: 2 for Talking، Hanen.
- اشرح المفردات الجديدة.
- تعريض الطفل للتفاعل للغوي في مجموعة متنوعة من الإعدادات، على سبيل المثال: (في المجتمع، خلال الروتين اليومي، مثل: وقت الاستحمام والطهي).
- استخدام لغة بسيطة أثناء اللعب مع طفلك.

مناهج علاج التخاطب والأنشطة التي يمكن أن تدعم الطفل الذي يعاني من تأخر اللغة:

- تقييم الكلام واللغة: البحث في العمق وتحديد نقاط القوة والضعف لدى الطفل في جميع مجالات الاتصال، بما في ذلك مهارات اللعب والتفاعل، والانتباه والاستماع، وفهم الكلمات واللغة، واستخدام الكلمات واللغة، والتواصل الاجتماعي، والنطق والتحدث، وكذلك مهارات ما قبل القراءة

والكتابة عند الاقتضاء.

- **استراتيجيات التواصل:** العمل مع أولياء الأمور لوضع أهداف واستراتيجيات، للمساعدة في تطوير مجالات التواصل التي يواجه فيها الطفل صعوبة.
- الأنشطة اليومية: تزويد الأسرة بالاستراتيجيات والمشورة، التي يمكن استخدامها في المنزل في الأنشطة اليومية والروتينية، للمساعدة في تطوير مهارات الاتصال.
- **الأهداف خطوة بخطوة:** تحقيق الأهداف خطوة بخطوة قابلة للتحقيق، وإظهار تقدم الطفل في مجال المهارات.
- **المعلومات المرئية:** تتضمن معلومات بصرية إضافية من خلال: استخدام نظام إيماءات أو صور و/ أو رموز أكثر رسميّة، وذلك للمساعدة على فهم اللغة واستخدامها حيثما كان ذلك مناسباً.
- **التعزيز الإيجابي:** توفير الكثير من التعزيز الإيجابي والتشجيع، في جميع مراحل العلاج للمساعدة في بناء الثقة واحترام الذات.
- التواصل مع الطاقم التعليمي (عند الاقتضاء) حول مهارات التواصل لدى الطفل، وتوفير المعلومات والأفكار التي يمكن استخدامها في البيئة التعليمية، لمساعدة الطفل في الوصول إلى المنهج الدراسي.
- **اللغة المناسبة للعمر:** استخدام اللغة المناسبة لمستوى فهم الطفل.
- **نهج متعدد الحواس:** استخدام نهج متعدد الحواس، على سبيل المثال: (البصر، الذوق، الرائحة، اللمس) لتعلم كلمات ومفاهيم جديدة.
- **الكتب:** تعليم كيفية استخدام الكتب والقصص للمساعدة في تطوير اللغة.
- أشكال بديلة للتواصل: تدريس طرق بديلة للتواصل بينما تتطور اللغة، مثل: (لغة الإشارة، نظام اتصالات تبادل الصور - PECS).

لماذا يجب أن أطلب العلاج لطفلي مع تأخر اللغة؟

- التشخيص وحده ليس هو الحل، لكنّه يفتح ببساطة الباب للحصول على المساعدة اللازمة، عن طريق تسليح جميع المعنيين بالمعلومات ذات الصلة.
- لا تزال هناك حاجة لتقديم «المساعدة»، والمساعدة التي يتم تقديمها (على الأقل من منظور علاجي) سوف تعكس:
- أولاً وقبل كل شيء، هناك حاجة للتدخل الطبي.
- ما هي مخاوف الآباء/ المعلمين/ مقدمي الرعاية بالنسبة للطفل (أي أهم التحديات الوظيفية).
- المجالات المحددة التي تشكّل الطفل، والتي ستختلف حتى بين الأطفال الذين لديهم نفس التشخيص.
- قدرة بيئات الطفل على تلبية احتياجات الطفل.

إذا تُرك دون علاج، فقد يواجه الطفل الذي يعاني من تأخر في اللغة صعوبات في:

- اتباع التعليمات داخل المنزل، ورياض الأطفال أو البيئة المدرسية.
- المفردات التي لا يستطيع الطفل من خلالها توصيل رسالته بوضوح، بسبب المعرفة المحدودة للكلمات.
- فهم النُّكات واللغة التصويرية أثناء التفاعل مع الآخرين، وعند مشاهدة العروض التلفزيونية والأفلام وقراءة الكتب.
- تعلُّم التحدث وشفهية الكلام والوضوح.
- فقْد احترام الذات والثقة بالنفس، عندما يدرك أن مهاراته لا تتطابق مع مهارات نظرائه.
- البلطجة والتَّئمُّر عندما يصبح الآخرون أكثر وعياً بصعوبات الطفل.
- المهارات الحركية الدقيقة، مثل: القدرة على التواصل بطريقة مكتوبة للتقييم الأكاديمي.
- الوصول إلى المناهج الدراسية، لأنه غير قادر على حضور المهام لفترة كافية، لاستكمال معايير التقييم.
- العزلة الاجتماعية لأنه غير قادر على التأقلم في المواقف الجَماعية، أو البيئات المُزدحمة، مما يؤثر على قدرته في تكوين صداقات والحفاظ عليها.
- قراءة/ فهم المواقف الاجتماعية، و يُنظر إليها من قبل الآخرين على أنها «وقاحة».
- التواصل الاجتماعي، مثل: الاتصال بالعينين، والمسافة المناسبة عند التحدث إلى شخص ما، والتحول داخل المحادثة.
- الأداء الأكاديمي: تنمية مهارات القراءة والكتابة، مثل: القراءة والكتابة والتعامل مع البيئة الأكاديمية.
- سوف تتفاقم الآثار الأكثر تحديداً- في حالة عدم السعي للعلاج- بالصعوبات الشائعة التي تؤثر بشكل كبير على طفلك.

ماذا يعني تأخر اللغة بالنسبة للطفل حقاً؟

- تستخدم التشخيصات لتسمية مجموعة معينة من الأعراض التي يتعرض لها الطفل، ويساعد هذا التصنيف على تضييق نطاقه وتحديدته على وجه الدقة:
- تحدث مشكلات أخرى شائعة مترافقة مع تأخر اللغة في نفس الوقت، فتراعى جميعها في خطة العلاج.
 - العلاج قد يكون مناسباً.
 - قد تساعد العلاجات الطفل، مثل: (العلاج الطبي، العلاج الوظيفي، علاج التخاطب، علم النفس).
 - قد يكون مسار التدخل (الطبي و/ أو الصحي ذات الصلة) وماذا يمكن أن نتوقع نتائجه (التنبؤ).
 - يمكن القيام به لمساعدة الطفل.

الخطر السادس صعوبات التعلم

ما هي صعوبات التعلم؟

صعوبات التعلم: هي مجموعة من الاضطرابات، التي تنطوي على صعوبات كبيرة في اكتساب واستخدام الاستماع، والتحدث، والقراءة والكتابة والتفكير، أو القدرات الرياضية.

هذه الاضطرابات خاصة بالفرد (وتختلف اختلافاً كبيراً بين الأفراد)، ويُفترض أنها ناجمة عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي. على الرغم من أن العجز في التعلّم، قد يحدث بالتزامن مع حالات إعاقة أخرى، على سبيل المثال: (ضعف حسي، ضعف فكري، اضطراب اجتماعي وعاطفي)، أو تأثيرات بيئية، مثل: (الاختلافات الثقافية، عدم كفاية/ تعليم غير مناسب)، فإنه ليس نتيجة مباشرة لتلك الظروف أو التأثيرات.

ما هي السمات الشائعة لصعوبات التعلم؟

تصنيف معظم صعوبات التعلم: صعوبات التعلم اللفظية أو غير اللفظية.

اللفظية:

- صعوبة مع كلٍّ من: الكلام المنطوق، والمكتوب.
- قد يكون بعض الأشخاص الذين يعانون من إعاقات في التعلم اللفظي، قادرين على القراءة أو الكتابة بشكل كافٍ ولكنهم يواجهون مشاكل مع جوانب أخرى من اللغة، على سبيل المثال: (قد يكونون قادرين على نطق جملة أو فقرة بشكل مثالي (وبالتالي القراءة بشكل جيد)، لكنهم لا يمكنهم فهم ما يقرأونه، ولا يستطيعون تكوين صورة ذهنية للوضع الذي قرأوا عنه).
- غير اللفظية:
- صعوبة في عمل الكتابة، لأن الدماغ يعاني لتنسيق المهام المتزامنة المتعددة المطلوبة، على سبيل المثال: (من تحريك يده لتشكيل أشكال الحروف، وتذكّر القواعد الصحيحة المطلوبة في الجملة).
- صعوبة معالجة ما يراه، على سبيل المثال: (وجود صعوبة في فهم التفاصيل المرئية، مثل: (الأرقام الموجودة على السبورة، مما يربكه «+» لـ «-» في الرياضيات).
- صعوبات فهم المفاهيم المجردة مثل الكسور.

الصعوبات الشائعة في كثير من الأحيان (ولكن ليس دائماً) التي يعاني منها الطفل مع صعوبات التعلم:

- نمو مفردات بطيء، وغالباً ما يتعذر العثور على الكلمة الصحيحة.
- صعوبة القافية الكلامية
- صعوبة في تعلم الأرقام والحروف الأبجدية، وأيام الأسبوع والألوان والأشكال.
- قلق للغاية وتشتت بسهولة.
- مشكلة في التفاعل مع الأقران.
- صعوبة اتباع التوجيهات أو الإجراءات.
- المهارات الحركية الدقيقة بطيئة التطور.
- ينقل تسلسلات الأرقام، ويخلط بين علامات حسابية، مثل: (+, -, x, /, =).
- بَطء تذكر الحقائق.
- بَطء تعلم مهارات جديدة، والاعتماد بشكل كبير على الذاكرة.
- مُندفع ولديه صعوبة في التخطيط.
- قبضه على قلم رصاص ضعيف.
- صعوبة في التعلّم لمعرفة الوقت.
- ضعف التنسيق والميل للظهور، غير مدرك للأجواء المحيطة.
- غير قادر على إكمال المهام في إطار زمني محدد.
- عكس الرسائل أو الخلط بين الكلمات.

استراتيجيات الإدارة التي تدعم الطفل مع صعوبات التعلّم (في مرحلة ما قبل المدرسة، المدرسة و/ أو المنزل):

- استخدام الوسائل التعليمية (بما في القواميس الإلكترونية، ومعالجات الكلمات، والحاسبات الناطقة، والكتب المسموعة).
- دروس مخططة بعناية لزيادات التعلم الصغيرة.
- خطط الدروس المكتوبة.

تشمل مناهج وأنشطة العلاج المهني التي يمكن أن تدعم الطفل و/ أو القائمين على رعايته ما يلي:

- منهج متعدد الحواس: استخدام منهج متعدد الحواس للتعلم (أي استخدام أكبر عدد ممكن من الحواس المختلفة، مثل: (المشاهدة والاستماع والقيام والتحدث).
- الاستراتيجيات المرئية: يمكن أن تساعد الأدوات المساعدة والإرشادات المرئية، في القراءة والتَّهَجِّي وإكمال المهام.
- يمكن استخدام الإشارات المرئية للمساعدة في ترتيب المهام (أو المكوّنات داخل إحدى المهام).
- تساعد النَّمْدَجَة البصرية بالاقتران مع جَدِيلة شفوية على تحسين قدرة الطفل على اتباع التعليمات.
- حل المشكلات على وجه التحديد، إرشادك لطرق ومهارات لحل المشكلات، بدلاً من توقع أن يقوم الفرد بنقل مهارات حل المشكلات من حالة إلى أخرى.
- تخطيط القصة (التخطيط على الورق) قبل الكتابة للمساعدة في توليد الأفكار وتدفعها.
- الاستقلال: استراتيجيات لتعزيز الاستقلال في التعلُّم، وكذلك الرعاية الذاتية، وإدارة الوقت، وإدارة الموارد.

تشمل مناهج وأنشطة علاج النطق، التي يمكن أن تدعم الطفل الذي يعاني من صعوبة في التعلم و/ أو مقدموا الرعاية ما يلي:

- منهج متعدد الحواس للتعلم (باستخدام أكبر عدد ممكن من الحواس المختلفة، مثل: (المشاهدة والاستماع والقيام والتحدث).
- الاستراتيجيات المرئية: مساعدة الأسرة، وإعداد الوسائل التعليمية باستخدام الاستراتيجيات البصرية، مثل: (الجدول الزمنية للصور وتسلسلات الصور، للمساعدة في اتباع التعليمات).
- تقييم الكلام واللغة: توفير المعلومات لأولئك المشاركين مع الطفل، حول مستوى فهم الطفل الدقيق، بحيث تكون اللغة المستخدمة في المستوى المناسب لفهم الطفل.
- الأهداف المتعلقة بالكلام واللغة: الإعداد مع أولياء الأمور/ مقدمي الرعاية، خطة فَرْدِيّة مع أهداف الكلام واللغة الصغيرة، التي يمكن تحقيقها للمساعدة في تطوير مهارات النطق واللغة للطفل.
- الأنشطة اليومية: تزويد الأسرة بالاستراتيجيات والأنشطة والأفكار، التي يمكن استخدامها خلال اليوم، للمساعدة في تطوير مهارات التحدث واللغة للطفل.

- استراتيجيات الإدارة: تزويد الطفل باستراتيجيات للإدارة في الحالات التي لا يفهمها، على سبيل المثال: (تعويده على رفع يده عند طلب المساعدة، وطلب إعادة السؤال، وتعليمه بعض الأسئلة القياسية ليطلبها عند الحاجة).
- الألعاب الترفيهية: مهارات التدريس بطريقة ممتعة ومبينة على اللعب.

لماذا يجب أن أطلب العلاج لطفلي الذي يعاني من صعوبة في التعلم؟

- التشخيص وحده ليس هو الحل. إنه يفتح ببساطة الباب للحصول على المساعدة اللازمة، عن طريق تسليح جميع المعنيين بالمعلومات ذات الصلة.
- لا تزال هناك حاجة لتقديم «المساعدة». المساعدة التي يتم تقديمها (على الأقل من منظور علاجي) سوف تعكس:
 - أولاً وقبل كل شيء، هناك حاجة للتدخل الطبي.
 - ما هي مخاوف الآباء/ المعلمين/ مقدمي الرعاية بالنسبة للطفل (أي أهم التحديات الوظيفية).
 - المجالات المحددة التي تشكّل صعوبات للطفل (والتي ستختلف حتى بين الأطفال الذين لديهم نفس التشخيص).
 - قدرة بيئات الطفل على تلبية احتياجات الطفل.
 - إذا ترك دون علاج، فقد يواجه الطفل الذي يعاني من صعوبات في التعلم صعوبات في:
 - اتباع التعليمات داخل المنزل، الحضانة/ الحضانة أو البيئة المدرسية.
 - المفردات التي لا يستطيع الطفل من خلالها توصيل رسالته بوضوح بسبب المعرفة المحدودة للكلمات.
 - فهم النكات واللغة التصويرية أثناء التفاعل مع الآخرين، وعند مشاهدة العروض التلفزيونية والأفلام وقراءة الكتب.
 - تعلم التحدث وشفهية الكلام والوضوح.
 - فُقد احترام الذات والثقة بالنفس ضرورية عندما يدرك أن مهاراته لا تتطابق مع نظرائه.
 - البلطجة عندما يصبح الآخرون أكثر وعياً بصعوبات الطفل.
 - المهارات الحركية الدقيقة، مثل (الكتابة والرسم والقطع).
 - التنظيم الذاتي والسلوك عند عدم قدرة الطفل على تنظيم نفسه بشكل مناسب، لتسوية ومتابعة مهامه لفترات طويلة من الوقت.
 - الوصول إلى المناهج الدراسية، لأنهم غير قادرين على حضور المهام لفترة كافية لاستكمال معايير التقييم.
 - القلق والتوتر في مجموعة متنوعة من المواقف، مما يؤدي إلى صعوبة الوصول إلى إمكاناته الأكاديمية.

- الأداء الأكاديمي: تنمية مهارات القراءة والكتابة، مثل: (القراءة والكتابة والتعامل مع البيئة الأكاديمية).
- التقييم الأكاديمي: إكمال الاختبارات والامتحانات والمهام الأكاديمية في التعليم العالي.
- سوف تتفاقم الآثار الأكثر تحدياً- لعدم السعي إلى العلاج- بالصعوبات الشائعة التي تؤثر بشكل كبير على طفلك.

ماذا يعني تشخيص صعوبات التعلم بالنسبة للطفل حقاً؟

تستخدم التشخيصات لتسمية مجموعة معينة من الأعراض التي يتعرض لها الطفل. ويساعد هذا التصنيف على تضيق نطاقه، وتحديدًا تصميمه:

- ما هي القضايا الأخرى التي تحدث متزامنة معه عادة في وقت واحد؟.
- ما العلاج الذي قد يكون مناسباً؟.
- ما هي العلاجات التي يمكن أن تساعد الطفل؟ مثل: (العلاج الطبي، العلاج الوظيفي، علاج التخاطب، علم النفس).
- ما هو مسار التدخل (الطبي و/ أو الرعاية الصحية؟)، وما هي النتائج المتوقعة؟ (التنبؤ).
- ما الذي يمكن عمله لمساعدة الطفل؟.

الخطر السابع ضعف العضلات

ما هو ضعف العضلات؟

«نغمة العضلات المنخفضة» هي حالة من نبرة العضلات منخفضة بشكل غير طبيعي، وكمية التوتر أو المقاومة للحركة في العضلات. تحدث النغمة العضلية المنخفضة، عندما يكون طول عضلة الراحة أطول بقليل من المعتاد. هذا يعني أن الألياف العضلية لا تتداخل في المستوى الأمثل، وهناك عدد أقل من النقاط التي يمكن أن تُعَلَّق الألياف وتولّد الشدّ على العضلات. ونتيجة لذلك، تحتاج عضلة الشخص إلى المرور بنطاق أكبر من الحركة، ولذلك يتم استخدام المزيد من الطاقة. علاوة على ذلك، غالباً ما يتطلب الأمر تحفيزاً أكبر لتنشيط العضلات، مما يزيد أيضاً من وقت استجابة العضلات، ويؤثر بشكل مباشر على قدرات أداء الطفل. يساهم استخدام الطاقة الإضافية في انخفاض قدرة الطفل على التحمل.

ما هي السمات المشتركة لضعف العضلات؟

- انخفاض القوة.
 - زيادة المرونة والحركة في المفاصل.
 - ضعف التحمل.
- الصعوبات الشائعة في كثير من الأحيان (ولكن ليس دائماً) من ذوي العضلات المنخفضة:
- التعب بسرعة.
 - وضع سيء.
 - زيادة المرونة وزيادة القابلية للإصابات.
 - ضعف الاستمرار في المهام الحركية الجسمية.

- عدم وجود ملاحظات توعية ملائمة للجسم.
- يتجنب الأطعمة المطاطية.
- يفضل الانخراط في الأنشطة المستقرة.

استراتيجيات الإدارة التي تدعم الطفل الذي يعاني من ضعف العضلات (في المدرسة التمهيديّة، المدرسة و/ أو المنزل):

- نظام المكافآت.
- الإعداد المناسب للمكتب المدرسي.
- تشجيع.
- توفير فرص للنجاح من خلال تبسيط الأنشطة.
- وقت إضافي لإنجاز المهام.
- التعرف على نقاط قوة الطفل وتعزيزها.

تشمل مناهج وأنشطة العلاج المهني، التي يمكن أن تدعم الطفل الذي يعاني من ضعف العضلات و/ أو مقدمي الرعاية:

- الأنشطة الحركية الكبرى: زيادة إجمالي المشاركة في أنشطة السيارات.
- الدافع: جعل الأنشطة قابلة للتحقيق وجذابة للطفل.
- المتعة/ اللعب: من المرجح أن يستمر الطفل في أداء المهام إذا كانت ممتعة ومسلية.
- تطوير المهارات الأساسية، مثل: التحكم في الوضعية، والقدرة على التحمل والوعي بالجسم.
- الأنشطة القائمة على اللعب لتعزيز مشاركة أطول.
- أنشطة مُتدرّجة بحيث تتطور قوة الطفل وقدرته على التحمل تدريجياً.
- تمارين/ عمل تمارين العضلات القوية لبناء القوة والقدرة على التحمل.

تشمل مناهج وأنشطة علاج التخاطب التي يمكن أن تدعم الطفل الذي يعاني من ضعف العضلات و/ أو مقدمي الرعاية:

- قوة العضلات في الوجه: الأنشطة لزيادة قوة العضلات في الوجه، على سبيل المثال: (شرب الزبادي ، تفجير البالونات).
- التعبير المفصلي: تحسين التعبير عن أصوات الحروف المحددة داخل الكلمات.

- **الوعي بالفم:** تطوير الوعي الفموي (أي تحريك اللسان في الفم).
- **أشكال بديلة للتواصل:** تدريس طرق بديلة للتواصل من خلال لغة الإشارة أو PECS (نظام اتصالات تبادل الصور) في حين أن نغمة العضلات تتحسن نتيجة لذلك.
- **استراتيجيات التواصل:** العمل مع أولياء الأمور، لوضع أهداف واستراتيجيات، للمساعدة في تطوير مجالات التواصل التي يواجهها الطفل.
- **الأنشطة اليومية:** تزويد الأسرة بالاستراتيجيات والمشورة التي يمكن استخدامها في المنزل في الأنشطة اليومية والروتينية للمساعدة في تطوير مهارات الاتصال.
- **الأهداف خطوة بخطوة:** تحقيق أهداف خطوة بخطوة قابلة للتحقيق، وإظهار تقدّم الطفل في مجالات المهارات.
- **المعلومات المرئية:** تتضمن معلومات بصرية إضافية، من خلال استخدام نظام إيماءات أو صور و/ أو رموز أكثر رسمية، وذلك للمساعدة على فهم اللغة، واستخدامها حيثما كان ذلك مناسباً.
- **التعزيز الإيجابي:** توفير الكثير من التعزيز الإيجابي والتشجيع في جميع مراحل العلاج للمساعدة في بناء الثقة واحترام الذات.
- **التواصل مع الطاقم التعليمي** (عند الاقتضاء) حول مهارات التواصل لدى الطفل، وتوفير المعلومات والأفكار التي يمكن استخدامها في البيئة التعليمية، لمساعدة الطفل على الوصول إلى المنهج الدراسي.

لماذا يجب أن أطلب العلاج لطفلي الذي يعاني من ضعف العضلات؟

- التشخيص وحده ليس هو الحل. إنه يفتح ببساطة الباب للحصول على المساعدة اللازمة عن طريق تسليح جميع المعنيين بالمعلومات ذات الصلة. لا تزال هناك حاجة لتقديم «المساعدة». المساعدة التي يتم تقديمها (على الأقل من منظور علاجي) سوف تعكس:
- أولاً وقبل كل شيء، أن هناك حاجة للتدخل الطبي.
 - ما هي مخاوف الآباء/ المعلمين/ مقدمي الرعاية بالنسبة للطفل؟ (أي أهم التحديات الوظيفية).
 - المجالات المحددة التي تشكّل صعوبات للطفل (والتي ستختلف حتى بين الأطفال الذين لديهم نفس التشخيص).
 - قدرة بيئات الطفل على تلبية احتياجات الطفل.

إذا ترك دون علاج فإن الطفل الذي يعاني من ضعف العضلات قد يواجه صعوبات في:

- تعلم التحدّث وشفهية الكلام والوضوح.

- إدارة يوم دراسي كامل بسبب ضعف القوة والتحمل.
 - المشاركة في الأنشطة الرياضية التي تؤدي إلى نمط حياة غير نشط، مما يزيد من مخاطر المشاكل الأخرى المتعلقة بالصحة، مثل: (السمنة، السكري، أمراض القلب والأوعية الدموية، أو الحالات المشابهة).
 - فقد احترام الذات والثقة عندما يدرك أن مهاراته لا تتطابق مع مهارات نظرائه.
 - البلطجة عندما يصبح الآخرون أكثر وعياً بصعوبات الطفل.
 - المهارات الحركية الدقيقة، مثل: (الكتابة والرسم والقطع) بسبب ضعف الاستقرار الأساسي، مما يعني أنه ليس لديهم قاعدة قوية لدعم استخدام أذرُعهم وأيديهم.
 - إكمال مهام الرعاية الذاتية، مثل: (عمل أربطة الحذاء، الأزرار، الكود، استخدام أدوات المائدة).
 - الوصول إلى المناهج الدراسية، لأنهم غير قادرين على حضور المهام لفترة كافية، لاستكمال معايير التقييم.
 - القلق والتوتر في مجموعة متنوعة من المواقف، مما يؤدي إلى صعوبة الوصول إلى إمكاناتها الأكاديمية.
 - الأداء الأكاديمي: تنمية مهارات القراءة والكتابة، مثل: (القراءة والكتابة والتعامل مع البيئة الأكاديمية).
 - التقييم الأكاديمي: إكمال الاختبارات والامتحانات والمهام الأكاديمية في التعليم العالي.
- سوف تتفاقم الآثار الأكثر تحديداً- لعدم السعي إلى العلاج- بالصعوبات الشائعة، التي تؤثر بشكل كبير على طفلك.

ماذا يعني هذا التشخيص حقا بالنسبة للطفل؟

- تستخدم التشخيصات لتسمية مجموعة معينة من الأعراض التي يتعرض لها الطفل.
- ويساعد هذا التصنيف على تضيق نطاقه وتحديدته على وجه التحديد:
- تحدث مشكلات أخرى شائعة متزامنة معه في نفس الوقت.
 - الدواء قد يكون مناسباً.
 - قد تساعد العلاجات الطفل، مثل: (العلاج الطبي، العلاج الوظيفي، علاج التخاطب، علم النفس).
 - قد يكون مسار التدخل (الطبي و/ أو الصحة ذات الصلة) وماذا يمكن أن نتوقع نتائجه؟ (التنبؤ).
 - يمكن القيام به لمساعدة الطفل.

الخطر الثامن اضطراب المعارضة والتحدى

ما هو اضطراب المواجهة المُعارضة (ODD)؟

اضطراب المواجهة المعادية (ODD) هو: مشكلة سلوكية في الطفولة تتميز بالعصيان والعداء المستمر.

ما هي السمات الشائعة لاضطراب المعارضة (ODD)؟

عادة ما تظهر خصائص ODD عندما يكون الطفل في المدرسة الابتدائية، وقد تشمل السلوكيات التالية:

- منزعج بسهولة أو غضب.
- لديه نوبات الغضب المتكررة.
- يجادل في كثير من الأحيان مع الكبار، ولا سيما والديهم.
- يرفض الامتثال للقواعد.
- يظهر متعمداً لإزعاج الآخرين بشكل متعمد.
- لديه احترام ذاتي منخفض.
- لديه عتبة منخفضة للإحباط.
- يسعى لإلقاء اللوم على الآخرين عن أي سوء سلوك.

الصعوبات الشائعة في كثير من الأحيان (ولكن ليس دائماً) التي يعاني منها الطفل مع اضطراب المعارضة (ODD):

- تفاعلات اجتماعية سيئة.
- صعوبة الامتثال للقواعد والتوقعات.
- سهل الغضب.
- يكافح لتحمل المسؤولية عن أفعاله.

استراتيجيات الإدارة التي تدعم الطفل مع اضطراب المواجهة المعاكسة (ODD) (في المدرسة التمهيدية، المدرسة و/ أو المنزل):

- تدريب الوالدين: يساعد الوالدين على إدارة أطفالهم والتفاعل معهم بشكل أفضل. يتم تعليم أولياء الأمور كيفية تطبيق أفضل التقنيات السلوكية التي تعزز السلوك الجيد وتثبط السلوك السيء.
- العلاج الأسري الوظيفي: يُعلّم جميع أفراد الأسرة كيفية حل المشكلة والتواصل بشكل أكثر فعالية مع بعضهم البعض.
- اتساق الرعاية: يجب أن يكون جميع الأشخاص المشاركين في الرعاية (بما في ذلك الأجداد والموظفون التعليميون في رعاية الأطفال ورياض الأطفال و/ أو المدرسة) للطفل متّسقين في طريقة تصرفهم وإدارتهم.
- رواية قصص اجتماعية لتطوير الفهم حول التوقعات في مواقف اجتماعية معينة.
- إدارة المجالات الأخرى المثيرة للقلق التي قد تتسبب في عرض الطفل سلوكاً سيئاً، مثل: (الصعوبات في فهم التوقعات، والصعوبات في القراءة والكتابة، والصعوبات التي تعبر عن نفسها وتصل رسالتها).

تشمل مناهج وأنشطة العلاج المهني التي يمكن أن تدعم الطفل مع اضطراب المواجهة المعادية (ODD) و/ أو مقدمي الرعاية:

- توسيع القدرات: تطوير نطاق التوسيع تدريجياً من مجالات المهارات.
- قصص اجتماعية: توفير الأفكار والتعليم حول تطوير القصة الاجتماعية.
- الانتقال إلى المدرسة: الدعوة ودعم الانتقال إلى المدرسة بشكل احترافي، والاتصال بالمعلمين حسب الحاجة.
- يمكن استخدام الإشارات المرئية لدعم الروتين وإدخال جديد أو تغيير في المهام.
- المهارات الحركية الإجمالية: تحديد المستوى الحالي للعمر من القدرات الحركية الإجمالية والغرامة للطفل.
- وضع الأهداف: ضع أهدافاً وظيفية قابلة للتحقيق، بالتعاون مع الطفل وأولياء الأمور والمعلمين، حتى يكون للعلاج تركيز مشترك مفيد لجميع المعنيين.
- تثقيف الآباء ومقدمي الرعاية والمدرسين، وغيرهم من المشاركين في رعاية الطفل عن مرض اضطراب السلوك، والمهارات الملائمة للعمر، التي يجب على الطفل إظهارها.
- تعليم المهارات المباشرة من خلال نهج قائم على المهام.
- الاستراتيجيات: توفير استراتيجيات/ أفكار الإدارة، لمساعدة الطفل في المنزل والمدرسة والمجتمع.
- المشاركة في المهام: توفير طرق بديلة لتشجيع المشاركة في المهام.

- تطوير المهارات الأساسية اللازمة، لدعم مهارات الجسم كله (المحرك الإجمالي) ومهارة اليد (الحركية الدقيقة)، مثل: توفير الأنشطة لدعم:
- التوازن والتناسق.
- القوة والتحمل.
- الاهتمام واليقظة.
- وعي جسدي.
- تخطيط الحركة.

تشمل مناهج وأنشطة علاج التخاطب، التي يمكن أن تدعم الطفل الذي يعاني من اضطراب المواجهة المعادية (ODD) و/ أو مقدمي الرعاية:

- تقييم الكلام واللغة لمساعدة الأسرة على فهم كيفية معالجة الطفل، وفهمه وتعلّمه واستخدامه للغة والتواصل.
- استراتيجيات التواصل: تزويد الأسرة بالاستراتيجيات والتقنيات، لزيادة وتعزيز التواصل مع الطفل.
- الأنشطة اليومية: مساعدة الطفل على فهم البيئة والروتين واللغة.
- تطوير اللغة: مساعدة الطفل على فهم واستخدام لغة أكثر ثراءً، واستخدام اللغة بشكل أكثر تلقائية.
- مهارات المحادثة: تطوير مهارات المحادثة، على سبيل المثال: (تبادل ذهاباً وإياباً، مع الأخذ في الاعتبار المرحلة العمرية
- مهارات المفاهيم: تطوير مهارات المفاهيم، وخاصة المفاهيم المجردة، مثل: (الوقت، مثل: الأمس، قَبْلَ، بَعْدَ).
- يمكن استخدام المرئيات للمساعدة في فهم ودعم قدرة الطفل على التعبير عن احتياجاته وأفكاره.
- المهارات الاجتماعية: تنمية المهارات الاجتماعية، مثل: (معرفة متى، وكيفية استخدام اللغة في المواقف الاجتماعية).
- تعزيز التواصل اللفظي وغير اللفظي، بما في ذلك الإيماءات الطبيعية، والكلام والعلامات والصور والكلمات المكتوبة.
- الاستراتيجيات المرئية: استخدام المعلومات المرئية، للمساعدة في فهم وتنظيم وتخطيط الروتين اليومي.
- التواصل مع الطاقم التعليمي بخصوص طبيعة الصعوبات، وطرق مساعدة الطفل في الوصول إلى المنهج.

لماذا يجب أن أبحث عن علاج لطفلي مع اضطراب المعارضة (ODD)؟

التشخيص وحده ليس هو الحل. إنه يفتح ببساطة الباب للحصول على المساعدة اللازمة عن طريق تسليح جميع المعنيين بالمعلومات ذات الصلة.

لا تزال هناك حاجة لتقديم «المساعدة». المساعدة التي يتم تقديمها (على الأقل من منظور علاجي) سوف تعكس:

- أولاً وقبل كل شيء، أن هناك حاجة للتدخل الطبي.
- ما هي مخاوف الآباء/ المعلمين/ مقدمي الرعاية بالنسبة للطفل (أي أهم التحديات الوظيفية).
- المجالات المحددة التي تشكّل الطفل (والتي ستختلف حتى بين الأطفال الذين لديهم نفس التشخيص).
- قدرة بيئة الطفل على تلبية احتياجاته.

إذا تُرك بدون علاج، قد يواجه الطفل المصاب باضطراب المواجهة المعارضة (ODD) صعوبات في:

- اتباع التعليمات داخل المنزل، ورياض الأطفال أو البيئة المدرسية.
- المفردات التي لا يستطيع الطفل من خلالها توصيل رسالته بوضوح، بسبب المعرفة المحدودة للكلمة.
- فهم النكات واللغة التصويرية أثناء التفاعل مع الآخرين، وعند مشاهدة العروض التلفزيونية والأفلام وقراءة الكتب.
- إدارة يوم دراسي كامل، بسبب ضعف القوة والتحمل.
- المشاركة في الأنشطة الرياضية التي تؤدي إلى نمط حياة غير نشط، مما يزيد من مخاطر المشاكل الأخرى المتعلقة بالصحة مثل السمنة، السكري، أمراض القلب والأوعية الدموية، أو الحالات المشابهة.
- فقد احترام الذات والثقة بالنفس عندما يدرك أن مهاراته لا تتطابق مع نظرائه.
- البلطجة عندما يصبح الآخرون أكثر وعياً بصعوبات الطفل.
- المهارات الحركية الدقيقة، مثل: (الكتابة والرسم والقطع) بسبب ضعف الاستقرار الأساسي، مما يعني أنه ليس لديهم قاعدة قوية لدعم استخدام أذرعهم وأيديهم.
- إكمال مهام الرعاية الذاتية، مثل: (عمل أربطة الحذاء، الأزرار، الكود، استخدام أدوات المائدة).
- التنظيم الذاتي والسلوك أثناء عدم قدرة الطفل على تنظيم نفسه، بشكل مناسب لتسوية ومتابعة مهامه، لفترات طويلة من الوقت.
- الوصول إلى المناهج الدراسية، لأنه غير قادر على حضور المهام لفترة كافية، لاستكمال معايير التقييم.
- عادات النوم السيئة، تؤثر على تنمية المهارات بسبب التعب.
- العزلة الاجتماعية لأنه غير قادر على التأقلم في المواقف الجماعية، أو البيئات المزدحمة، مما يؤثر على قدرته على تكوين صداقات والحفاظ عليها.
- القلق والتوتر في مجموعة متنوعة من المواقف، مما يؤدي إلى صعوبة الوصول إلى إمكاناته الأكاديمية.

- قراءة/ فهم المواقف الاجتماعية و ينظر إليها على أنها «وقحة» من قبل الآخرين.
 - التواصل الاجتماعي، مثل: (الاتصال بالعينين، والمسافة المناسبة عند التحدث إلى شخص ما، والتحول داخل المحادثة).
 - الأداء الأكاديمي: تنمية مهارات القراءة والكتابة، مثل: (القراءة والكتابة والتعامل مع البيئة الأكاديمية).
 - التقييم الأكاديمي: إكمال الاختبارات والامتحانات، والمهام الأكاديمية في التعليم العالي.
- سوف تتفاقم الآثار الأكثر تحديداً- لعدم السعي إلى العلاج- بالصعوبات الشائعة التي تؤثر بشكل كبير على طفلك.

ماذا يعني تشخيص اضطراب المواجهة المعارضة (ODD) بالنسبة للطفل حقاً؟

تستخدم التشخيصات لتسمية مجموعة معينة من الأعراض التي يتعرض لها الطفل. ويساعد هذا التصنيف على تضيق نطاقه وتحديد على وجه التحديد:

- تحدث مشكلات أخرى شائعة في وقت واحد.
- الدواء قد يكون مناسباً.
- قد تساعد العلاجات الطفل، مثل: (العلاج الطبي، العلاج الوظيفي، علاج التخاطب، علم النفس).
- قد يكون مسار التدخل (الطبي و/ أو الصحة ذات الصلة)، وماذا يمكن أن نتوقع نتائجه؟ (التنبؤ).
- يمكن القيام به لمساعدة الطفل.

الخطر التاسع

اضطراب النمو الشامل الغير المحدد

ما هي الاضطرابات النمائية الشاملة الغير محددة (PDD-NOS)

(يرجى ملاحظة أن المعايير وفقاً لـ DSM-V قد تغيرت في مايو 2013. إن اضطراب طيف التوحد هو الآن فئة واحدة تشمل اضطراب التوحد واضطراب أسبرجر و PDD-NOS). لم يعد ملصق PDD-NOS الآن علامة تشخيصية. سيتم الآن تغطية المعلومات أدناه من خلال تصنيف اضطراب طيف التوحد فقط). اضطرابات نمائية شاملة غير محددة (PDD-NOS) يشير إلى مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالضعف في تطوير التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، والنشاط التخيلي وعدد محدود من الاهتمامات والأنشطة، التي تميل إلى أن تكون متكررة. يتم إعطاء تشخيص PDD-NOS عندما لا يستوفي الطفل تماماً معايير اضطراب طيف التوحد (ASD)، أو متلازمة أسبرجر أو متلازمة ريت أو اضطراب الطفولة، ولكن لديه العديد من الخصائص.

ما هي السمات الشائعة للاضطراب التنموي المتفشي، وليس تحديداً غير ذلك (PDD-NOS)؟

الأطفال هم عموماً 3 إلى 4 سنوات من العمر، قبل أن تظهر عليهم أعراض كافية لتشخيص المرض. لا يوجد نمط محدد من الأعراض أو العلامات لدى الأطفال الذين لديهم PDD-NOS. قد تظهر للأطفال ذوي PDD-NOS بعض الميزات التالية:

الاجتماعية والعاطفية:

- 1 - مهارات اجتماعية سيئة.
- 2 - تجربة الصعوبات تتفاعل بشكل هادف.
- 3 - مترددة في الاتصال بالعين.
- 4 - يُبدي عدم الرغبة في مشاركة الأنشطة مع الآخرين.

5 - يفضّل أن يكون وحيداً.

6 - قد يرغب في تكوين صداقات، ولكن لا يعرف كيف.

7 - يفتقر إلى فهم القضايا من وجهة نظر شخص آخر- التعاطف الاجتماعي.

8 - صعوبة فهم أن الآخرين لديهم معتقداتهم الخاصة، ورغباتهم ونواياهم التي توجه سلوكهم.

9 - صعوبة في تناوب الأدوار و/ أو المشاركة مع الأقران.

10 - صعوبة في التمييز بين الأشخاص المألوفين وغير المألوفين.

11 - قد يكون عدوانياً عن غير قصد في محاولة ليكون اجتماعياً.

12 - يعامل الناس كأدوات، وهو شيء يستخدمونه لفتح باب، أو الحصول على الطعام أو حمله أو الاتكاء عليه.

13 - يقتصر على مهارات اللعب الخاصة بهم، وقد تصبح مثبتة على اللعب فقط مع ألعاب محددة بطريقة معينة.

14 - لديه مهارات اللعب سيئة الخيال.

15 - لديه احترام ذاتي منخفض.

اللغة والاتصال:

1- صعوبة في الفهم أو استخدام أشكال التواصل المناسبة، بما في ذلك اللغة اللفظية ولغة الجسد، وتعبيرات الوجه ونبرة الصوت والإيماءات.

2 - صعوبة في الفهم، وفهم أشكال الاتصال الأخرى، مثل: (الأنظمة الإيمائية، أو الأنظمة القائمة على الصور).

3- الكلام محدود أو منعدم و/ أو عدم وجود إيماءات تواصلية نموذجية.

4- كطفل، لا يستطيع الطفل الذي يعاني من SON-DDP أن ينثر أو عندما يتعلم الكلمات، فإنه يظهر «ailalohce» كلمات أو عبارات متكررة مراراً وتكراراً.

5- غالباً ما يأخذ الأطفال الذين لديهم SON-DDP اللغة حرفياً، ولا يفهمون عندما يمزح شخص ما أو يكون ساخناً.

6- قد يتطور الكلام بدرجات متفاوتة، ولكن نادراً ما يتطور إلى مستوى قدرة مناسب للعمر.

7- لا يُوصَل دائماً ما يريد بوضوح، أو يعبر عن مخاوف، أو يجيب على الأسئلة بشكل موثوق.

المعالجة الحسية

- قد يواجه صعوبة كبيرة في معالجة المعلومات الواردة من الحواس، مثل: (اللمس، الصوت، المعلومات البصرية).
- الإفراط في الحساسية للمحيط، وغير قادر على حجب المنبهات غير ذات الصلة.
- قد يبدو أنه يتجاهل بعض الأصوات؛ لكنه يتفاعل بشكل زائد مع أصوات الأخرى.
- قد يركز باهتمام على التفاصيل البصرية الصغيرة للجدران، الأثاث، الأشياء، المطبوعات، الصور أو أجزاء الجسم، في حين لا يرى الصورة كاملة.
- قد يظهر اهتماماً كبيراً بالأسطح العاكسة للضوء أو اللامعة، على سبيل المثال: (قد يقوم بفلتره الضوء من خلال الأصابع، أو التحديق في الأضواء أو الانعكاسات في النظارات، أو مياه المراقبة التي تتدفق أسفل المكبس).
- قد يستكشف عن طريق الشم أو الفم الأشياء والناس والأسطح.

التكيف مع البيئة:

- 1- يجد صعوبة في تفسير ومعالجة المعلومات الجديدة.
- 2- قد تؤدي التغييرات الصغيرة إلى الروتين، أو النشاط أو البيئة المحيطة إلى الإجهاد والقلق.
- 3- لديه صعوبة في التعامل مع التغيير.
- 4- قد يتجنب الغرباء أو الأنشطة الجديدة بسبب الخوف والقلق.
- 5- يُطوّر الروتين والطقوس، وقد يبقى مشاركاً معها لفترات طويلة، أو أن ينزعج إذا تعطلت.
- 6- يصبح شديد القلق بشأن العمل بشكل مثالي، وقد يصبح غير راغب في محاولة العمل الذي يشعر أنه لا يمكنه فعله بشكل مثالي.
- 7- قد يرغب في التحكم في المواقف، وقد يصبح ناجحاً جداً في التلاعب بالناس من أجل الحفاظ على السيطرة.

الإدراكي:

- 1- قد تكون صعوبات في التعلُّم.
- 2- قد يكون ضعف الذاكرة والانتباه ممتداً، مما يؤدي إلى صعوبة في مواصلة الأنشطة.
- 3- يتطلب تكرار التعليمات أو التوجيهات، وقد يتطلب وقتاً قبل المعالجة أو الاستجابة.
- 4- قد يواجه صعوبة في إدراك مفاهيم، مثل: (الدوران أو المشاركة أو كيفية الدخول في مواقف اللعب)

الصعوبات الشائعة في كثير من الأحيان (ولكن ليس دائماً) التي يعاني منها أولئك الذين يعانون من اضطرابات نمائية شاملة غير محددة (PDD-NOS)

- فهم ضعيف لاتفاقيات التفاعل الاجتماعي.
- مهارات اللعب غير الناضجة / الاهتمامات.
- مقاومة للتغيير وجامدة جداً في الروتين.
- ضعف التواصل غير اللفظي.
- ضعف فهم التعليمات والأسئلة و/ أو التُّكات.
- صعوبة في المهارات الحركية الدقيقة والجسيمة.
- صعوبات الوصول إلى المناهج الدراسية.
- ضعف مهارات التخاطب وقد يتحدثون كثيراً أو قليلاً جداً.
- مهارات «الاستماع» ضعيفة، على الرغم من السمع السليم.
- يفشلون في ملاحظة أن الآخرين لا يهتمون بما يقولونه.
- يجد صعوبة في فهم لغة/ تلميحات الآخرين غير اللفظية، مثل: (تعابير الوجه، والإيماءات و/ أو حركات الجسم أو قواعد السلوك الاجتماعي).

استراتيجيات الإدارة التي تدعم الطفل المصاب باضطرابات نمائية شاملة غير محددة (PDD-NOS) (في المدرسة التمهيدية، المدرسة و/ أو المنزل):

- أحداث روتينية/ مخططة ومنظمة.
- معرفة جيدة بنقاط قوة الطفل ونقاط ضعفه، وتفضيلات التفاعل، والعلامات المبكرة للضيّق.
- قصص اجتماعية للمساعدة في تعليم الطفل، كيفية التصرف في مواقف معينة.
- استخدام الإشارات البصرية لوصف الروتين، تعد الإشارات المرئية مفيدة بشكل خاص عند التحضير للتغييرات في الروتين.
- الوقت الإضافي/ الدعم للانتقال إلى المدرسة.

تشمل مناهج وأنشطة العلاج المهني التي يمكن أن تدعم الطفل الذي يعاني من الاضطرابات النمائية الشاملة الغير محددة (PDD-NOS) أو مقدمي الرعاية:

- قدرات التوسع: تطوير نطاق تدريجي من مجالات المهارات.
- قصص اجتماعية: توفير الأفكار والتعليم حول تطوير القصة الاجتماعية.
- الانتقال إلى المدرسة: الدعوة ودعم الانتقال إلى المدرسة بشكل احترافي، والاتصال بالمعلمين حسب الحاجة.
- إدارة السلوك: تعليم الأسرة استخدام نهج متسق لإدارة السلوك، على سبيل المثال: (إذا وجدَ الطفل أنه في كل مرة يتم فيها إعطاؤه اتجاهًا، فإن نفس الاستجابة متوقعة، أو أنه في كل مرة يتفاعل فيها بطريقة معينة، فإن نفس النتيجة تُتبع، سوف يتعلم السلوك المناسب بسرعة أكبر بكثير).
- الهيكل والروتين: دعم الأسرة في توفير البنية والروتين، حتى يكون لدى الطفل معلومات واضحة حول ما سيحدث وما يتوقعه الطفل، فهذا يتيح للطفل فرصة للتخفيف لهذا الحدث، والعمل على كيفية التصرف بشكل مناسب.
- يمكن استخدام الإشارات المرئية في المنزل، ومرحلة ما قبل المدرسة/ المدرسة، للحد من القلق فيما يتعلق بتوقعات المهام، ودعم الروتين وإدخال مهام جديدة أو تغيير في المهام.
- المعالجة الحسية: تحسين المعالجة الحسية للطفل، حتى يتمكن من إظهار مهاراته عبر مجموعة كبيرة من البيئات.
- التحذير المسبق: تقديم إشعار مسبق بالتغيير إلى الروتين، وإرشاد الآباء والمدرسين للاستراتيجيات المناسبة للتنفيذ في بيئات أخرى.

مناهج علاج التخاطب والأنشطة التي يمكن أن تدعم الطفل مع اضطراب النمو الشامل- الغير محدد (PDD-NOS) أو مقدمو الرعاية هي:

- تقييم الكلام واللغة لمساعدة الأسرة على فهم كيفية معالجة الطفل، وفهمه وتعلّمه واستخدامه للغة والتواصل.
- استراتيجيات التواصل: تزويد الأسرة بالاستراتيجيات والتقنيات، لزيادة وتعزيز التواصل مع الطفل.
- الأنشطة اليومية: تطوير فهم البيئة والروتين واللغة.
- تطوير اللغة: مساعدة الطفل على فهم واستخدام لغة أكثر ثراءً، واستخدام اللغة بشكل أكثر تلقائية.
- مهارات المحادثة: تطوير مهارات المحادثة، على سبيل المثال: (تبادل ذهابًا وإيابًا، مع الأخذ في الاعتبار المرحلة العمرية).
- مهارات المفاهيم: تطوير مهارات المفاهيم، وخاصة المفاهيم المجردة، مثل: (الوقت) (مثل الأمس، قبل، بعد).
- يمكن استخدام المرئيات للمساعدة في الفهم وقدرة الطفل على التعبير عن احتياجاته وأفكاره.

- المهارات الاجتماعية: تنمية المهارات الاجتماعية، مثل: (معرفة متى، وكيفية استخدام اللغة في المواقف الاجتماعية).
- تعزيز التواصل اللفظي وغير اللفظي بما في ذلك الإيماءات الطبيعية والكلام والعلامات والصور والكلمات المكتوبة.
- الاستراتيجيات البصرية: استخدام المعلومات البصرية، لمساعدة الطفل على فهم وتنظيم وتخطيط الروتين اليومي.
- التواصل مع الطاقم التعليمي بخصوص طبيعة الصعوبات، وطرق مساعدة الطفل في الوصول إلى المنهج.

لماذا يجب أن أبحث عن علاج لطفلي مع اضطراب النمو الشامل الغير مدد (PDD-NOS) ؟

- التشخيص وحده ليس هو الحل. إنه يفتح ببساطة الباب للحصول على المساعدة اللازمة، عن طريق تسليح جميع المعنيين بالمعلومات ذات الصلة.
- لا تزال هناك حاجة لتقديم «المساعدة»، فالمساعدة التي يتم تقديمها (على الأقل من منظور علاجي) سوف تعكس:
- أولاً وقبل كل شيء أن هناك حاجةً للتدخل الطبي.
- ما هي مخاوف الآباء / المعلمين / مقدمي الرعاية بالنسبة للطفل (أي أهم التحديات الوظيفية).
- المجالات المحددة التي تُشكّل مشكلات للطفل (والتي ستختلف حتى بين الأطفال الذين لديهم نفس التشخيص).
- قدرة بيئات الطفل على تلبية احتياجاته.

إذا ترك دون علاج، فقد يواجه الطفل المصاب باضطراب النمو المنتشر، (PDD-NOS) صعوبات في:

- اتباع التعليمات داخل المنزل، ورياض الأطفال أو البيئة المدرسية.
- فهم النكات واللغة التصويرية أثناء التفاعل مع الآخرين، وعند مشاهدة العروض التلفزيونية والأفلام وقراءة الكتب.
- إدارة يوم دراسي كامل بسبب ضعف القوة والتحمل.
- المشاركة في الأنشطة الرياضية التي تؤدي إلى نمط حياة غير نشط، مما يزيد من مخاطر المشاكل الأخرى المتعلقة بالصحة، مثل: (السمنة، السكري، أمراض القلب والأوعية الدموية، أو الحالات المشابهة).
- فقد احترام الذات والثقة عندما يدرك أن مهاراته لا تتطابق مع نظرائه.
- البلطجة عندما يصبح الآخرون أكثر وعياً بصعوبات الطفل.
- المهارات الحركية الدقيقة، مثل: (الكتابة والرسم والقطع) بسبب ضعف الاستقرار الأساسي، مما يعني أنه ليس لديهم قاعدة قوية لدعم استخدام أذرعهم وأيديهم.
- إكمال مهام الرعاية الذاتية، مثل: (عمل أربطة الحذاء، الأزرار، الكود، استخدام أدوات المائدة).

- التنظيم الذاتي والسلوك، حيث أن الطفل غير قادر على تنظيم نفسه بشكل مناسب، لتسوية ومتابعة مهامه لفترات طويلة من الزمن.
- الوصول إلى المناهج الدراسية، لأنهم غير قادرين على حضور المهام لفترة كافية، لاستكمال معايير التقييم.
- عادات النوم السيئة، تؤثر على تنمية المهارات بسبب التعب.
- القلق والتوتر في مجموعة متنوعة من المواقف، مما يؤدي إلى صعوبة الوصول إلى إمكاناته الأكاديمية.
- قراءة/ فهم المواقف الاجتماعية، و ينظر إليها على أنها «وقحة» من قبل الآخرين.
- التواصل الاجتماعي، مثل: (الاتصال بالعينين، والمسافة المناسبة عند التحدث إلى شخص ما، والتحول داخل المحادثة).
- الأداء الأكاديمي: تنمية مهارات القراءة والكتابة، مثل: (القراءة والكتابة والتعامل مع البيئة الأكاديمية).
- التقييم الأكاديمي: إكمال الاختبارات والامتحانات والمهام الأكاديمية في التعليم العالي.
- سوف تتأثر الآثار الأكثر تحدياً- لعدم السعي إلى العلاج- بالصعوبات الشائعة، التي تؤثر بشكل كبير على طفلك.
- لمزيد من المعلومات ، انظر أوراق الحقائق ذات الصلة في المناطق المثيرة للقلق أو الرجوع إلى قسم الموارد الأخرى ذات الصلة أدناه.

ماذا يعني تشخيص الاضطراب التنموي الشامل- ليس غير ذلك (PDD-NOS) بالنسبة للطفل؟

- تستخدم التشخيصات لتسمية مجموعة معينة من الأعراض التي يتعرض لها الطفل.
- ويساعد هذا التصنيف على تضيق نطاقه وتحديد على وجه التحديد:
- تحدث مشكلات أخرى شائعة في وقت واحد.
- الدواء قد يكون مناسباً.
- قد تساعد العلاجات الطفل (مثل العلاج الطبي، العلاج الوظيفي، علاج التخاطب، علم النفس).
- قد يكون مسار التدخل (الطبية و/ أو الصحة ذات الصلة) وماذا يمكن أن نتوقع نتائجه؟ (التكهن).
- يمكن القيام به لمساعدة الطفل.

الخطر العاشر متلازمة «ريت»

ما هي متلازمة «ريت»؟

متلازمة ريت هو اضطراب في النمو العصبي، يصيب الإناث بشكل حصري تقريباً، وهو اضطراب تنكسي ناجم عن طفرة في الجين MECP2. هناك 4 مراحل لمتلازمة «ريت»، مما يؤدي إلى تباطؤ النمو البدني والفكري.

ما هي السمات الشائعة لمتلازمة «ريت»؟

المرحلة 1 - «بداية مبكرة»:

- يحدث بين سن 6 - 18 شهراً.
- تستمر عادة لمدة شهر، ولكن يمكن أن تستمر لمدة تصل إلى عام.
- وكثيراً ما يتم التغاضي عن كثير من الأعراض، لأنها عادة ما تكون خفيفة جداً.
- نقص الاتصال بالعين والاهتمام باللعب.
- قد يكون هناك تأخير في تطوير السيارات الإجمالي في الجلوس والزحف.

المرحلة 2 - «المرحلة المدمرة السريعة»

- يحدث بين سن 1 و 4 سنوات ويمكن أن يستمر لمدة أسبوع أو شهور.
- يفقد الطفل الاستخدام الهادف للأيدي واللغة المنطوقة.
- حركات اليد المميزة، مثل: (التنقيط، والنقر، والتصفيق، والغسل، والحركة المتكررة للأيدي إلى الفم) عادة ما تختفي هذه الحركات أثناء النوم.
- انقطاع التنفس وفرط التنفس قد يحدثان، ولكن عادة ما تتحسن أثناء النوم.
- تتطور بعض أنماط السلوك التوحدي، مثل فقدان التفاعل الاجتماعي والتواصل.
- يصبح المشي غير مستقر، ويصبح من الصعب بدء الحركات الحركية.
- تباطؤ نمو الرأس.

المرحلة 3 - «مرحلة الهضبة أو مرحلة psuedo-stationary»

- يبدأ بين سن 2 و 10 سنوات، ويمكن أن يستمر لسنوات.
- اللاأداءية.
- مشاكل في المحرّك.
- النوبات.
- يمكن أن يتحسن التواصل والاهتمام بالمحيط واليقظة والانتباه.

المرحلة 4 - «تدهور المحرك المتأخر»

- يمكن أن تستمر لسنوات أو عقود.
- انخفاض التنقل.
- انحناء العمود الفقري (الجنف).
- ضعف العضلات.
- الاستعلاء.
- الشلل التشنّجي.
- زيادة قوة العضلات بالمواضع غير الطبيعية للذراع، أو الساق أو الجزء العلوي من الجسم.
- قد يفقد الأطفال الذين كانوا يمشون هذه القدرة.
- لا تتراجع مهارات التواصل والإدراك واليد بشكل عام في هذه المرحلة.

الصعوبات الشائعة في كثير من الأحيان (ولكن ليس دائماً) التي يعاني منها الطفل مع متلازمة ريت:

- ضعف كبير في الاتصال والقدرات المعرفية.
- قد يثبت عدم القدرة، أو ضعف القدرة على أداء المهام أو الحركات (قد يفقد الطفل الذي يعاني من متلازمة ريت القدرة على أداء المهارات الحركية، التي تعلمها من قبل، مثل المشي أو الزحف).
- صعوبات الوصول إلى المناهج الدراسية.
- صعوبة أو عدم القدرة على أداء مهام الرعاية الذاتية، مثل: (التغذية، وارتداء الملابس، والمرحاض).

استراتيجيات الإدارة التي تدعم الطفل مع متلازمة ريت (في المدرسة التمهيدية، المدرسة و/ أو المنزل):

- قد تكون هناك حاجة للأدوية للسيطرة على الأعراض، والصعوبات الحركية، ويمكن استخدام الأدوية المضادة للالتهاب للتحكم في النوبات.
- تنفيذ الأحداث الروتينية / المخططة والمنظمة.
- معرفة جيدة بنقاط القوة والضعف لدى الأطفال، وتفضيلات التفاعل والعلامات المبكرة للضيّق.
- استخدام الإشارات البصرية لوصف الروتين، تعد الإشارات المرئية مفيدة بشكل خاص عند التحضير للتغييرات في الروتين.
- الوقت الإضافي/ الدعم للانتقال إلى المدرسة.
- يمكن أن يساعد أخصائي العلاج الطبيعي في تحسين قوة العضلات، والتنسيق، والمهارات الحركية الدقيقة والجميلة، وإطالة الحركة من خلال استخدام العلاج المائي، وتطوير الأقواس لمساعدة الجفّ والجبائر على تعديل حركات اليد.

تشمل مناهج وأنشطة العلاج المهني التي يمكن أن تدعم الطفل بمتلازمة ريت و / أو مقدمي الرعاية:

- **قدرات التوسع:** تطوير نطاق تدريجي من مجالات المهارات.
- **قصص اجتماعية:** توفير الأفكار والتعليم حول تطوير القصة الاجتماعية.
- **الانتقال إلى المدرسة:** الدعوة ودعم الانتقال إلى المدرسة بشكل احترافي والاتصال بالمعلمين، حسب الحاجة.
- **تلميحات مرئية** لدعم الروتين، وإدخال مهام جديدة أو تغيير في المهام.
- **القدرات الحركية الإجمالية** تحديد المستوى الحالي للعمر من القدرات الحركية الإجمالية والغرامة للطفلة.
- **وضع الأهداف:** تحديد الأهداف الوظيفية والقابلة للتحقيق، بالتعاون مع الطفلة وأولياء الأمور والمعلمين، حتى يكون للعلاج تركيز مشترك مفيد لجميع المعنيين.
- **تثقيف الآباء** ومقدمي الرعاية والمعلمين وغيرهم من المشاركين في رعاية الطفلة حول متلازمة «ريت»، والمهارات الملائمة للعمر التي يجب على الطفلة إظهارها.
- **استراتيجيات الإدارة:** توفير استراتيجيات/ أفكار الإدارة، لمساعدة الطفلة في المنزل والمدرسة والمجتمع.
- **المشاركة في المهام:** توفير طرق بديلة لتشجيع المشاركة في المهام.
- **تطوير المهارات الأساسية** اللازمة لدعم مهارات الجسم كله (المحرك الإجمالي) ومهارة اليد (الحركية الدقيقة)، مثل توفير الأنشطة لدعم الأداء الحركي والمعرفي.

- **المعدات:** تقديم التوصيات فيما يتعلق بالمعدات و/ أو تعديلات بالمنزل، لمساعدة الطفلة على المشاركة في الأنشطة اليومية.
- التوازن والتنسيق.
- القوة والتحمل.
- الاهتمام واليقظة.
- وعي جسدي.
- تخطيط الحركة.

تشمل مناهج العلاج النفسي وأنشطة دعم الطفلة مع متلازمة «ريت» و/ أو مقدمي الرعاية:

- تقييم الكلام واللغة لمساعدة الأسرة على فهم، كيفية معالجة الطفلة وفهمها وتعليمها واستخدامها للغة والتواصل.
- استراتيجيات التواصل: تزويد الأسرة بالاستراتيجيات والتقنيات، لزيادة وتعزيز التواصل مع الطفلة.
- الأنشطة اليومية: مساعدة الطفلة على فهم البيئة والروتين واللغة.
- تطوير اللغة: مساعدة الطفلة على فهم واستخدام لغة أكثر ثراء، واستخدام اللغة بشكل أكثر تلقائية.
- مهارات المحادثة: تطوير مهارات المحادثة، على سبيل المثال: (تبادل ذهابا وإيابا، مع الأخذ في الاعتبار المرحلة العمرية).
- يمكن استخدام المرئيات للمساعدة في الفهم و دعم قدرة الطفلة على التعبير عن احتياجاتها وأفكارها.
- المهارات الاجتماعية: تنمية المهارات الاجتماعية، مثل: (معرفة متى، وكيفية استخدام اللغة في المواقف الاجتماعية).
- تعزيز التواصل اللفظي وغير اللفظي بما في ذلك، الإيماءات الطبيعية والكلام والعلامات والصور والكلمات المكتوبة.
- الاستراتيجيات المرئية: استخدام المعلومات المرئية للمساعدة في فهم وتنظيم وتخطيط الروتين اليومي.
- التواصل مع الطاقم التعليمي بخصوص طبيعة الصعوبات، وطرق مساعدة الطفلة في الوصول إلى المنهج.

لماذا يجب أن أبحث عن علاج لطفلي المصابة بمتلازمة «ريت»؟

- التشخيص وحده ليس هو الحل. إنه يفتح ببساطة الباب للحصول على المساعدة اللازمة، عن طريق تسليح جميع المعنيين بالمعلومات ذات الصلة. لا تزال هناك حاجة لتقديم «المساعدة»، فالمساعدة التي يتم تقديمها (على الأقل من منظور علاجي) سوف تعكس:
- أولا وقبل كل شيء هناك حاجة للتدخل الطبي.
 - ما هي مخاوف الآباء / المعلمين / مقدمي الرعاية بالنسبة للطفلة، أي: (أهم التحديات الوظيفية).

- المجالات المحددة التي تشكّل مشكلات الطفلة (والتي ستختلف حتى داخل الأطفال الذين لديهم نفس التشخيص).
- قدرة بيئات الطفل على تلبية احتياجات الطفل.

إذا تُركت بدون علاج، فقد تواجه طفلة متلازمة «ريت» صعوبات في:

- اتباع التعليمات داخل المنزل، ورياض الأطفال، أو البيئة المدرسية.
- المفردات التي لا تستطيع الطفلة من خلالها توصيل رسالتها بوضوح، بسبب المعرفة المحدودة للكلمات.
- فهم النكات واللغة التصويرية أثناء التفاعل مع الآخرين، وعند مشاهدة العروض التلفزيونية والأفلام وقراءة الكتب.
- تعلم التحدث وشفهية الكلام والوضوح.
- إدارة يوم دراسي كامل بسبب ضعف القوة والتحمل.
- المشاركة في الأنشطة الرياضية التي تؤدي إلى نمط حياة غير نشيط، مما يزيد من مخاطر المشاكل الأخرى المتعلقة بالصحة مثل السمنة، السكري، أمراض القلب والأوعية الدموية، أو الحالات المشابهة.
- فقد احترام الذات والثقة بالنفس عندما تدرك الفتاة أن مهاراتها لا تتطابق مع نظيراتها.
- البلطجة عندما يصبح الآخرون أكثر وعياً بصعوبات الطفلة.
- المهارات الحركية الدقيقة، مثل: (الكتابة والرسم والقطع) بسبب ضعف الاستقرار الأساسي، مما يعني أنه ليس لديهم قاعدة قوية لدعم استخدام أذرعهم وأيديهم.
- إكمال مهام الرعاية الذاتية، مثل: (عمل أربطة الحذاء، الأزرار، الكود، استخدام أدوات المائدة).
- التنظيم الذاتي والسلوك أثناء عدم قدرة الطفلة على تنظيم نفسها، بشكل مناسب لتسوية ومتابعة مهامها لفترات طويلة من الوقت.
- الوصول إلى المناهج الدراسية، لأنهن غير قادرات على حضور المهام لفترة كافية لاستكمال معايير التقييم.
- عادات النوم السيئة، تؤثر على تنمية المهارات بسبب التعب.
- العزلة الاجتماعية، لأنهن غير قادرات على التأقلم في المواقف الجماعية أو البيئات المزدحمة، مما يؤثر على قدرتهن على تكوين صداقات والحفاظ عليها.
- القلق والتوتر في مجموعة متنوعة من المواقف، مما يؤدي إلى صعوبة الوصول إلى إمكاناتها الأكاديمية.
- قراءة/ فهم المواقف الاجتماعية، وينظر إليها من قبل الآخرين على أنها «وقحة».
- التواصل الاجتماعي، مثل: (الاتصال بالعينين، والمسافة المناسبة عند التحدث إلى شخص ما، والتحول داخل المحادثة).

- الأداء الأكاديمي: تنمية مهارات القراءة والكتابة، مثل: (القراءة والكتابة والتعامل مع البيئة الأكاديمية).
- التقييم الأكاديمي: إكمال الاختبارات والامتحانات والمهام الأكاديمية في التعليم العالي.
- سوف تتفاقم الآثار الأكثر تحديداً- لعدم السعي إلى العلاج- بالصعوبات الشائعة التي تؤثر بشكل كبير على طفلك.
- لمزيد من المعلومات، انظر أوراق الحقائق ذات الصلة في المناطق المثيرة للقلق، أو الرجوع إلى قسم الموارد الأخرى ذات الصلة أدناه.

ماذا يعني تشخيص متلازمة «ريت» بالنسبة للطفلة حقاً؟

- تستخدم التشخيصات لتسمية مجموعة معينة من الأعراض التي يتعرض لها الطفلة.
- ويساعد هذا التصنيف على تضيق نطاقه وتحديد على وجه التحديد:
- تحدث مشكلات أخرى شائعة ومترافقة في نفس الوقت.
- العلاج قد يكون مناسباً.
- قد تساعد العلاجات الطفلة، مثل: (العلاج الطبي، العلاج الوظيفي، علاج التخاطب، علم النفس).
- قد يكون مسار التدخل (الطبي و/ أو الصحة ذات الصلة) وماذا يمكن أن نتوقع نتائجه؟ (التنبؤ).
- يمكن القيام به لمساعدة الطفلة.

ما هو الطيف الانتقائي؟

- الانتقائية هي اضطراب يَصِفُ الشخصَ الذي يختار عَدَمَ التحدث ضمن إطار اجتماعي واحد على الأقل، ولكنه قادر على التحدث في مواقف أخرى.
- عادةً ما يفشل الطفل في التحدث في مواقف اجتماعية محددة قبل سن 5 سنوات.
- الوقت الذي لا يتحدث فيه الطفل في موقف معين يدوم أكثر من شهر واحد.
- عادة لا يرجع سبب عدم التحدث إلى نقص المعرفة، أو عدم القدرة على إنتاج اللغة المطلوبة في الوضع الاجتماعي.
- قد يتداخل عدم التحدث مع الأطفال مع/ أو الحضانه، المدرسة و/ أو التواصل الاجتماعي.

ما هي السمات المشتركة للطفولة الانتقائية؟

- رفض التحدث مع مواقف محددة.
- القلق.

- مستوى عالٍ من الخجل.
- صعوبة الحفاظ على اتصال العين.
- في الحالات التي يختار فيها الطفل عدم التحدث، يمكنه التواصل باستخدام الإيماءة، مثل: (السحب، الدفع، التأشير).

الصعوبات الشائعة في كثير من الأحيان (ولكن ليس دائماً) التي يعاني منها الطفل مع الطيف الانتقائي:

- بالنسبة لمعظم الأطفال، يحدث التَّحَوُّر (السلوك) الانتقائي في عدد من المواقف الاجتماعية في المنزل والمدرسة واللَّعب.
- بالنسبة لبعض الأطفال، يحدث التَّحَوُّر (السلوك) الانتقائي فقط في حالات محددة، مثل: (التحدث في الفصل، أو التواصل مع الغرباء).
- يمكن أن يكون التحور (السلوك) الانتقائي تأثير كبير على ثقة الطفل عند التعامل مع الأقران و/أو البالغين وقد يؤثر على مهاراتهم الاجتماعية أو كيفية ارتباطهم بالآخرين.
- قد يؤثر عدم قدرة الطفل على التحدث على اكمال المهام الأكاديمية، على سبيل المثال: (التحدث أمام الطلاب، والإجابة على الأسئلة، والقراءة بصوت عالٍ).
- صعوبات في التعبير.
- تأخير أو اضطراب اللغة.
- عزلة اجتماعية.
- مستويات عالية من القلق والخجل.

استراتيجيات الإدارة التي تدعم الطفل الذي يعاني من طفرات انتقائية (في المدرسة التمهيدية، المدرسة و/أو المنزل):

- نموذج اللغة المناسبة عند التفاعل مع الطفل.
- امنح الطفل المساحة والوقت للتواصل مع الأقران والبالغين.
- تجنَّب التعليق على الطفولة الانتقائية للطفل أو جذب الانتباه إليه.
- تجنب الضغط على الطفل للتحدث عند الطلب، على سبيل المثال: («قل مرحباً لمعلمك»).
- تطوير أو تشجيع استخدام غير لفظي، على سبيل المثال: (لافتة، صور) وأشكال بديلة للتواصل، على سبيل المثال: (علامة، نظام اتصالات تبادل الصور- PECS) للمساعدة في تقليل القلق و/أو تسهيل التفاعل مع الآخرين.

تشمل مناهج وأنشطة علاج التخاطب التي يمكن أن تدعم الطفل بطفرات انتقائية و/ أو مقدمي الرعاية:

- **تقييم الكلام واللغة:** البحث في العمق وتحديد نقاط القوة والضعف لدى الطفل، في جميع مجالات الاتصال، بما في ذلك مهارات اللعب والتفاعل، والاهتمام والاستماع، وفهم الكلمات واللغة، واستخدام الكلمات واللغة، والتواصل الاجتماعي، والنطق والتحدث.
- **فهم الطائفية الانتقائية:** مساعدة الطفل والأسرة على فهم ما يحدث ولماذا، واستكشاف كيفية تأثير الطفرة الانتقائية على الطفل عاطفياً.
- **التقليل من القلق:** العمل مع الطفل لتقليل القلق والتوتر، الذي قد يرتبط بالتبني الانتقائي.
- **استراتيجيات التواصل:** تزويد الأسرة بالاستراتيجيات والتقنيات، لزيادة وتعزيز التواصل مع الطفل.
- **أشكال التواصل غير اللفظية:** تشجيع استخدام أشكال الاتصال غير اللفظية، مثل: (الإيماءات والصور) للتواصل والتحرك تدريجياً نحو الطفل باستخدام الكلام للتواصل داخل الفصل الدراسي و/ أو المنزل.
- **محاولات الاتصال:** تعزيز محاولات التواصل بشكل إيجابي عند حدوثها، مثل: (الهمس، والتعبير، والإيماء).
- **الاختيار:** عرض اختيارات الطفل، وتشجيعه على استخدام الالفة و/ أو الكلمات لتقديم طلب.
- **وقت النشاط المنظم:** تخصيص وقت كل يوم، حيث يتم تشجيع الطفل على الانخراط في نشاط مع طفل آخر و/ أو شخص بالغ بدون ضغط للاتصال بشكل لفظي (أي النظر إلى الكتب، والتناوب في لعبة).
- **وقت المجموعة:** قم بإعداد مجموعات صغيرة، قد يشعر الطفل فيها بمزيد من الراحة أثناء التحدث، على سبيل المثال: (في المدرسة).
- **تطوير الثقة:** بناء ثقة الطفل عن طريق إنشاء وضع يتحدث فيه الطفل بحرية، ثم تغيير الوضع بطريقة تدريجية ومنهجية، والعمل على التحدث في موقف كان سيختار فيه بشكل رسمي عدم التحدث (أي شخص في الغرفة، إذا كان الطفل سعيداً يتحدث خارج الفصل الدراسي، ولكن ليس في الفصل الدراسي، حرّك الطفل ببطء نحو الفصل الدراسي).
- **التواصل مع الكادر التعليمي** لتنفيذ الاستراتيجيات والأفكار في البيئة التعليمية.

لماذا يجب أن أبحث عن علاج لطفلي مع طيف انتقائي؟

- التشخيص وحده ليس هو الحل، فإنه يفتح ببساطة الباب للحصول على المساعدة اللازمة عن طريق تسليح جميع المعنيين بالمعلومات ذات الصلة. لا تزال هناك حاجة لتقديم «المساعدة»، والمساعدة التي يتم تقديمها (على الأقل من منظور علاجي) سوف تعكس:
- أولاً وقبل كل شيء هناك حاجة للتدخل الطبي.

- ما هي مخاوف الآباء/ المعلمين/ مقدمي الرعاية بالنسبة للطفل (أي أهم التحديات الوظيفية).
- المجالات المحددة التي تشكّل مشكلات الطفل (والتي ستختلف حتى بين الأطفال الذين لديهم نفس التشخيص).
- قدرة بيئة الطفل على تلبية احتياجاته.

إذا تُركّ بدون علاج، قد يواجه الطفل الذي لديه طيف انتقائي صعوبات في:

- تعلم التحدث وشفهية الكلام والوضوح.
- احترام الذات والثقة عندما يدرك أن مهاراته لا تتطابق مع نُظرائه.
- البلطجة عندما يصبح الآخرون أكثر وعياً بصعوبات الطفل.
- العزلة الاجتماعية لأنه غير قادر على التأقلم في المواقف الجماعية، أو البيئات المزدحمة، مما يؤثر على قدرته على تكوين صداقات والحفاظ عليها.
- القلق والتوتر في مجموعة متنوعة من المواقف مما يؤدي إلى صعوبة الوصول إلى إمكاناتها الأكاديمية.
- التواصل الاجتماعي، مثل: (الاتصال بالعينين، والمسافة المناسبة عند التحدث إلى شخص ما، والتحول داخل المحادثة).
- الأداء الأكاديمي: تنمية مهارات القراءة والكتابة، مثل: (القراءة والكتابة والتعامل مع البيئة الأكاديمية).
- التقييم الأكاديمي: إكمال الاختبارات والامتحانات، والمهام الأكاديمية في التعليم العالي.
- سوف تتفاقم الآثار الأكثر تحدياً- لعدم السعي إلى العلاج- بالصعوبات الشائعة التي تؤثر بشكل كبير على طفلك.
- لمزيد من المعلومات، انظر أوراق الحقائق ذات الصلة في المناطق المثيرة للقلق، أو الرجوع إلى قسم الموارد الأخرى ذات الصلة أدناه.

ماذا يعني تشخيص الطفرة الانتقائية حقا بالنسبة للطفل؟

- تستخدم التشخيصات لتسمية مجموعة معينة من الأعراض التي يتعرض لها الطفل.
- ويساعد هذا التصنيف على تضيق نطاقه وتحديد على وجه التحديد:
- تحدث مشكلات أخرى شائعة ومرافقة في نفس الوقت.
- الدواء قد يكون مناسباً.
- قد تساعد العلاجات الطفل، مثل: (العلاج الطبي، العلاج الوظيفي، علاج التخاطب، علم النفس).
- قد يكون مسار التدخل (الطبي و/ أو الصحة ذات الصلة) وماذا يمكن أن نتوقع نتائجه؟ (التنبؤ).
- يمكن القيام به لمساعدة الطفل.

ما هو اضطراب المعالجة الحسية (SPD)؟

اضطراب المعالجة الحسية (SPD) هو: حالة عصبية موجودة، عندما لا يتم تنظيم الإشارات الحسية إلى استجابات مناسبة. يجد الأشخاص الذين يعانون من SPD صعوبة في معالجة المعلومات الحسية، مثل: (الصوت واللمس والحركة) من العالم من حولهم. وهذا يعني أنهم قد يشعرون بمُدخلات حسية أكثر أو أقل كثافة من الأشخاص الآخرين، لذلك يمكن أن تؤثر SPD على قدرة الشخص على التفاعل في بيئات مختلفة وتنفيذ الأنشطة اليومية.

هناك 3 مكونات ممكنة من الخلل في التكامل الحسي:

- اضطراب التحوير الحسي مشكلة في تحويل الرسائل الحسية إلى سلوكيات مضبوطة، تتطابق مع طبيعة وشدة المعلومات الحسية.
- يعد اضطراب المحرك الحسي مشكلة في تثبيت أو تحريك أو تخطيط سلسلة من الحركات، استجابةً للمطالب الحسية.
- اضطراب التمييز الحسي هو مشكلة مع استشعار أوجه التشابه والاختلاف بين الأحاسيس.

ما هي السمات الشائعة لاضطراب المعالجة الحسية (SPD)؟

- يظهر تفاعلاً عالياً للصوت أو اللمس أو الحركة.
- هو غير متفاعل مع بعض الأحاسيس، على سبيل المثال: (لا يلاحظ اسم يسمى، يجري لمس، عتبة الألم عالية).
- يُبدي السُّبُبات العميق / غير مهتم، يظهر في الغالب في «عالمه الخاص».
- لديه صعوبة في تنظيم استجاباته السلوكية والعاطفية، زيادة نوبات الغضب، رد الفعل العاطفي، والحاجة إلى السيطرة، والسلوكيات الاندفاعية، والإجباط بسهولة أو متوافقة بشكل مُفْرِط.
- يُصَرِّف بسهولة، يُظهر سوء الاهتمام والتركيز.
- لديه مهارات حركية ضعيفة تبدو خرقاء، و نقص التنسيق والتوازن ومهارات التخطيط الحركي، و/ أو ضعف مهارات الكتابة اليدوية.
- لديه أنماط النوم سيئة.
- تقييد عادات الأكل، أو من الصعب إرضاءه.
- يصبح منزعاً خلال مهام الرعاية الذاتية، مثل: (فرشاة الشعر، وغسل الشعر، وقطع الأظافر، وارتداء الملابس، وربط أربطة الحذاء، والتغذية الذاتية).

- يحب الحركة، يبحث عن ضغط شديد، مثل: (الدوران المستمر، الركض، القفز، الانهيار في الكائنات/ الأشخاص).
- يتجنب المعدات القائمة على الحركة، مثل: (التقلبات، الشرائح).
- يُظهر المرونة أو «نغمة العضلات المنخفضة».
- يؤدي المهام مع الكثير من القوة، لديه حركات كبيرة، يتحرك بسرعة كبيرة، يكتب خفيف جدا أو صعب جدا.
- لديه تأخر في التواصل والمهارات الاجتماعية، يصعب الانخراط في التفاعلات ثنائية الاتجاه.
- يفضل اللعب بمفرده أو يواجه صعوبة في معرفة كيفية اللعب مع الأطفال الآخرين.
- لديه صعوبة في قبول التغييرات في الروتين أو التنقل بين المهام.
- لديه صعوبة في التفاعل مع الأقران والحفاظ على الصداقات.

الصعوبات الشائعة في كثير من الأحيان (ولكن ليس دائما) التي يعاني منها الطفل مع اضطراب المعالجة الحسية (SPD)؟

- القدرة على اتباع التعليمات في المنزل والمدرسة.
- التعبير بشكل وافٍ عن الأفكار والمشاعر باستخدام اللغة.
- الانخراط في التفاعلات المفيدة مع الأقران.
- سوء التخطيط والتسلسل.
- ضعف الأداء التنفيذي.
- ضعف الذاكرة العاملة.
- ضعف الاهتمام والتركيز.
- ضعف المهارات التنظيمية.
- الصعوبات مع المهارات الحركية الجسيمة والغرامة.
- صعوبات سلوكية.
- مهارات اللعب السيئة.

استراتيجيات الإدارة التي تساعد على دعم الطفل مع اضطراب المعالجة الحسية (SPD) (في المدرسة التمهيدية، المدرسة و/ أو

المنزل):

- إعطاء إشعار مسبق للتغيير إلى الروتين.
- يمكن استخدام الإشارات المرئية في المنزل ومرحلة ما قبل المدرسة/ المدرسة للحدّ من القلق فيما يتعلق بتوقعات المهام، ودعم الروتين وإدخال مهام جديدة أو تغيير في المهام.
- معرفة جيدة بنقاط القوة والضعف لدى الطفل، والمناطق ذات الاهتمام الشديد.
- الوقت الإضافي/ الدعم للانتقال إلى المدرسة.
- 1:1 الدعم في المدرسة (عند الحاجة).
- استخدام نظام غذائي حسي للحفاظ على مستوى اليقظة الأمثل.

تشمل مناهج وأنشطة العلاج التي يمكن أن تدعم الطفل من خلال اضطراب المعالجة الحسية (SPD) و / أو مقدمي الرعاية:

- توسيع القدرات: تعمل بنشاط على توسيع نطاق مجالات المهارات والمصالح.
- النظام الغذائي الحسي: لتوفير التغذية المرتدة الحسية للجسم، لتمكينه من تنظيم حاسم.
- التعليم حول استراتيجيات الإدارة المختلفة.
- تعزيز استجابة الطفل الكفاء والمناسب للتحفيز الحسي.
- التعرف على المحفزات: تثقيف مُقدّمي الرعاية الكبار (الآباء والمعلمين) من المحفزات التي تثير ردود فعل حسية غير ملائمة.
- العوامل البيئية: تحسين معرفة أولياء الأمور ومُقدّمي الرعاية، حول كيفية تقليل العوامل البيئية التي تسهم في القضايا الحسية.
- تطبيق برنامج تنبيه (المحرك) لتعزيز التنظيم الذاتي من خلال الاستراتيجيات الحسية والإدراكية.
- يستخدم برنامج MORE مكونات محرك، تنظيم شفهي، مطالب نفسية، وملامسة للعين للمساعدة في التنظيم الحسي.
- بروتوكول Wilbarger (تقنية Deep Pressure Proprioceptive Technique) هو برنامج للعلاج مُصمّم للحدّ من الحساسية الحسية واللمسية ويساعد في التنظيم الحسي.
- قصص اجتماعية: تطوير القصص الاجتماعية لمساعدة الطفل، على فهم الروتين وكيفية الاستجابة في مواقف معينة.
- سيؤدي ذلك إلى تحسين قدرة الطفل على معرفة وقت التحدّث، ونوع اتفاقيات المحادثة التي قد تكون مناسبة.
- المهارات البدنية: تطوير القوة والتنسيق، لتمكين الطفل من المشاركة في العديد من أنشطة المناهج الدراسية، التي ستكون وسيلة جيدة

للتفاعل الاجتماعي.

- **الانتقال إلى المدرسة:** تقديم دعم إضافي في الانتقال إلى المدرسة، والاتصال بالمعلمين حسب الحاجة.
- **إدارة السلوك:** تعليم الأسر لاستخدام نهج متسق لإدارة السلوك، على سبيل المثال: (إذا وجد الطفل أنه في كل مرة يتم فيها إعطاؤه اتجاه، فإن نفس الاستجابة متوقعة، أو أنه في كل مرة يتفاعل فيها بطريقة معينة، فإن نفس النتيجة تُتَّبَع، سوف يتعلم السلوك المناسب بسرعة أكبر بكثير).

لماذا يجب أن أبحث عن علاج لطفلي مع اضطراب المعالجة الحسية (SPD)؟

- التشخيص وحده ليس هو الحل، فإنه يفتح ببساطة الباب للحصول على المساعدة اللازمة عن طريق تسليح جميع المعنيين بالمعلومات ذات الصلة. لا تزال هناك حاجة لتقديم «المساعدة»، والمساعدة التي يتم تقديمها (على الأقل من منظور علاجي) سوف تعكس:
- أولاً وقبل كل شيء، هناك حاجة للتدخل الطبي.
 - ما هي مخاوف الآباء / المعلمين / مقدمي الرعاية بالنسبة للطفل؟ (أي أهم التحديات الوظيفية).
 - المجالات المحددة التي تشكّل الطفل (والتي ستختلف حتى داخل الأطفال الذين لديهم نفس التشخيص).
 - قدرة بيئة الطفل على تلبية احتياجاته.

إذا تُرك بدون علاج، قد يعاني الطفل المصاب باضطراب المعالجة الحسية (SPD) من صعوبات في:

- اتباع التعليمات داخل المنزل، ورياض الأطفال أو البيئة المدرسية.
- إدارة يوم دراسي كامل بسبب ضعف القوة والتحمل و/ أو إدارة المُدخّلات الحسيّة المتزايدة.
- روتينات صلبة يصعب كسرها.
- احترام الذات والثقة عندما يدرك أن مهاراته لا تتطابق مع نظرائه.
- البلطجة عندما يصبح الآخرون أكثر وعياً بصعوبات الطفل.
- إكمال مهام الرعاية الذاتية، مثل: (عمل أربطة الحذاء، الأزرار، الكود، استخدام أدوات المائدة).
- التنظيم الذاتي والسلوك، حيث أن الطفل غير قادر على تنظيم نفسه بشكل مناسب لتسوية ومتابعة مهمة لفترات طويلة من الزمن.
- الوصول إلى المناهج الدراسية لأنهم غير قادرين على حضور المهام لفترة كافية، لاستكمال معايير التقييم.
- عادات النوم، تؤثر على تنمية المهارات بسبب التعب.

- القلق والتوتر في مجموعة متنوعة من المواقف، مما يؤدي إلى صعوبة الوصول إلى إمكاناتها الأكاديمية.
- قراءة/ فهم المواقف الاجتماعية و ينظر إليها على أنها «وقحة» من قبل الآخرين.
- التواصل الاجتماعي، مثل الاتصال بالعينين، والمسافة المناسبة عند التحدث إلى شخص ما، والتحول داخل المحادثة.
- الأداء الأكاديمي: تنمية مهارات القراءة والكتابة مثل القراءة والكتابة والتعامل مع البيئة الأكاديمية.
- التقييم الأكاديمي: إكمال الاختبارات والامتحانات والمهام الأكاديمية في التعليم العالي.
- سوف تتأثر الآثار الأكثر تحديدًا لعدم السعي إلى العلاج بالصعوبات الشائعة التي تؤثر بشكل كبير على طفلك الفرد.
- لمزيد من المعلومات ، انظر أوراق الحقائق ذات الصلة في المناطق المثيرة للقلق أو الرجوع إلى قسم الموارد الأخرى ذات الصلة أدناه.

ماذا يعني تشخيص اضطراب المعالجة الحسية (SPD) للطفل حقاً؟

تستخدم التشخيصات لتسمية مجموعة معينة من الأعراض التي يتعرض لها الطفل. ويساعد هذا التصنيف على تضييق نطاقه وتحديد على وجه التحديد:

- تحدث مشكلات أخرى شائعة في نفس الوقت.
- الدواء قد يكون مناسباً.
- قد تساعد العلاجات الطفل، مثل: (العلاج الطبي، العلاج الوظيفي، علاج التخاطب، علم النفس).
- قد يكون مسار التدخل (الطبية و/ أو الصحة ذات الصلة) وماذا يمكن أن نتوقع نتائجه؟ (التنبؤ).
- يمكن القيام به لمساعدة الطفل.

- * اللمحة التاريخية والنظريات المفسرة للإصابة بالتوحد.
- * تشخيص التوحد والأعراض المصاحبة له.
- * علاج حالات التوحد «الأعراض المصاحبة- مهارات الطفل».
- * برنامج اللوفاس ومناهجه «المبدئي- المتوسط- المتقدم».

* اللمحة التاريخية عن اكتشاف التوحد:

أثناء الحرب العالمية الثانية كان الفكر السائد لدى البعض، أن يتم عزل الأطفال المعاقين ذهنياً، وفي هذه الأثناء ظهر الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر Leo Kanner عام 1943، وقام بالملاحظة الدقيقة لأحد عشر طفلاً من هؤلاء الأطفال، فوجد أن لديهم نمطاً سلوكياً واحداً، وبعد الملاحظة حدد الآتي:

1. أنهم يتصفون بالانسحابية.
2. ليس لديهم القدرة الطبيعية على التواصل مع الآخرين.
3. لديهم تأخر في النمو اللغوي.
4. تبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر.
5. غالباً ما يكون الطفل المصاب بالتوحد الطفل الأول للأسرة.

وأطلق على هذه الافتراضات اسم «النظرية النفسية لتفسير الإصابة بالتوحد» والتي أثبتت صحتها فيما بعد؛ ولكنه يعاب عليه، أنه أخطأ في تفسيرها، حيث أنه أرجع ذلك إلى أن هؤلاء الأطفال تعرضوا لعنف- سوء معاملة- فقدان الأمان بعد الولادة من الوالدين، وخاصة الأم، ولذلك أطلق عليها لقب «الأم الثلجة»، ومن ثم فقد توقع هؤلاء الأطفال حول أنفسهم وأطلق عليهم مصطلح «الأوتيزم» (التوحديين) وصنّفه على أنه مرض عقلي.

والدليل على خطأ هذا التفسير :

1. مدى اشتياق الوالدين لولادة أطفالهم، وخاصة الطفل الأول فكيف يعاملونه بقسوة؟!
2. هناك بعض الأمهات تُتوفين بعد الولادة، ولا يصاب المولود بالتوحد.
3. بما أن الأم لها نفس المشاعر، فلم يولد لها طفل توحدّي وآخر طبيعي؟

من هنا وللرد على افتراضات هذه النظرية، من حيث تصنيف التَّوَجُّد على أنه مرض عقلي، جاءت المقارنة التالية بين التَّوَجُّد كأحد الإعاقات، والشيزوفرينيا كأحد الأمراض العقلية وهي كالتالي:

مقارنة بين «التَّوَجُّد» كأحد الإعاقات و «الشيزوفرينيا» كأحد الأمراض العقلية

الشيزوفرينيا	التَّوَجُّد
يبدأ عند مرحلة المراهقة	يبدأ خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر
ذكائهم عادي أو أعلى من المتوسط	5% لديهم درجة أو أخرى من التأخر العقلي
ليس لديهم تأخر بجانب وجود هذيان	لديهم تأخر في النمو اللغوي
يحتاج إلى طبيب أو علاج	لا يحتاج التَّوَجُّد إلى طبيب أو علاج
توجد معه هلاوس بصرية/ سمعية/ حسية	لا توجد معه هلاوس بصرية / سمعية / حسية

ويتضح من خلال الجدول السابق، أنه لا يمكن تصنيف التَّوَجُّد على أنه مرض عقلي، وذلك ما أكد عليه الدليل الإحصائي التشخيصي «DSM III» عام 1980، وصنفه على أنه أحد الإعاقات النمائية الشاملة.

من المصادفات العجيبة اكتشف العالم النمساوي Hans Asperger في فيينا بالنمسا عام 1943 م، حالات تختلف في سماتها وأعراضها عن حالات كانر المسماة بـ«التَّوَجُّد»، وقام بنشر بحثه باللغة الألمانية، ولم يتم التعرف عليه في أمريكا بسبب الحرب العالمية الثانية، وفي عام 1981 التقى أسبرجر بإحدى أطباء الأطفال الإنجليزية، Lorna Wing والتي تعاني ابنتها من أعراض التَّوَجُّد في أحد اللقاءات العلمية في فيينا، وقامت بتلخيص بحثه ضمن سلسلة من دراسة الحالات، كانت تقوم بإصدار تقارير دورية عنها باللغة الإنجليزية، وفي عام 1991 أصدر العالم البريطاني Frith كتابه عن التَّوَجُّد والاسبرجر، الذي نشر فيه نتائج بحوث أسبرجر باللغة الإنجليزية، والتي كانت سابقاً تسمى التَّوَجُّد ذو الأداء الوظيفي العالي high functioning autism أو إعاقة التَّوَجُّد الخفيف mild autism، ومن ثم عُرِفَت تلك الحالة وسميت باسم مكتشفها «متلازمة أسبرجر» Asperger's Syndrome، بعد دراسة آلاف الحالات في أوروبا وأمريكا، مما برر اعتباره إعاقة مستقلة بالإضافة إلى التَّوَجُّد، تحت مظلة اضطرابات النمو الشائعة.

حالات أخرى سُمِّيت «متلازمة ريت Rett's syndrome» باسم مكتشفها الطبيب النمساوي Dr. Andreas Rett، الذي اكتشف وجود حالات تختلف في أعراضها وسماتها عن التَّوَجُّد، وقام بمتابعة تلك الحالات لعدة سنوات، وكتب عن نتائج بحثه مقالا في أحد الدوريات العلمية عام 1965 باللغة الألمانية، فلم تُثر مقالته أي اهتمام في الدوائر الطبية، وفي عام 1985 قام الطبيب السويدي Bengt Hagberg بترجمة هذا المقال ونشره باللغة الإنجليزية، ثم

قام هذان الطبيبان «بينجت وريت» بزيارة أمريكا ودراسة عدد من حالات الفتيات الأمريكيات، وأثناء زيارتهما لمعهد في مدينة بالتيمور بولاية ميريلاند أعلنوا عن إصابة بعض الفتيات بنفس الأعراض والسمات، والتي عرفت بعد ذلك بمتلازمة «ريت».

وقبل عام 1980 كانت الإعاقات المعروفة حينها هي:

1. الإعاقة الذهنية «داون».
2. الإعاقة الحركية «الشلل الدماغي».
3. الإعاقة الحسية «كف البصر» (الصمم).
4. الإعاقات المرئية المزمنة «السرطان- السل- أمراض القلب».

وفي عام 1980 تم استبدال الإعاقة الذهنية بالإعاقات النمائية، لتشمل:

1. الأوتيزم «إعاقة نمائية شاملة»
2. فرط الحركة وتشتت الانتباه.
3. الإعاقات الدراسية «بطء التعلم- صعوبات التعلم».
4. الإعاقة النمائية المتخصصة (عسر القراءة «ديسلكسيا»- عسر الكتابة «ديسجرافيا»).

* تعريف التَّوَحُّدِ «الأوتيزم»:

هو أحد إعاقات النمو المؤثرة والمتسببة في عجز الإنسان مدى الحياة، وينتج عن خلل وظيفي في مكان ما بالجهاز العصبي المركزي، ويترتب عليه قصور في فهم وتعلم واستعمال اللغة، وكذلك التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، والبيئة المحيطة به. وكلمة أوتيزم Autism هي مشتقة من كلمة يونانية، وهي Autos وتعني «الذات- النفس»، وهو ما يفسر التعريف السابق ويؤكد على الخلل الواضح لدى المصابين بالتَّوَحُّدِ في التفاعل الاجتماعي، فهم يتركزون حول الذات ومن ثم يكون لديهم قصور في فهم وتعلم واستعمال اللغة.

1 (النظرية النفسية :

وقد سبق الحديث عنها في الجزء الخاص، ببداية تفسير التَّوَحُّدِ على يد الطبيب الأمريكي ليو كانر .

(2) النظرية العضوية:

وهي التي تُعزِي ظهور التَّوَحُّد نتيجة للأسباب الآتية:

- خلل عضوي في الجهاز العصبي المركزي.
- قلة كمية الدم التي تصل إلى المخ.
- تضخم المخيخ مما يؤدي إلى أنه لا يعمل بصورة جيدة.
- نقص أو ضمور في الفص الجبهي للمخ.

(3) النظرية الكيميائية:

والتي تقوم على أساس أن الاتصال بين الخلايا العصبية اتصال كيميائي، ولذا فإن أي خلل في الموصّلات العصبية الكيميائية ما بين الخلايا، يؤدي إلى عدم أدائها لوظيفتها بصورة جيدة، وبالتالي لا تعمل بكفاءة .

(4) النظرية الجينية :

وتفترض هذه النظرية أن هناك جين لا يسبب التَّوَحُّد لدى الأب، وآخر لدى الأم، وعند تزاوجهما يندمج هذان الجينان فيولد طفل تَوَحُّدي.

(5) النظرية الحسية:

وتقوم هذه النظرية على أنه: لا يوجد تكامل بين الحواس وبعضها البعض، وتتصف بما يلي:

1. زيادة في الاستقبال الحسي لحاسة واحدة أو أكثر.
2. نقص في الاستقبال الحسي لحاسة واحدة أو أكثر.
3. زيادة ونقص في الاستقبال الحسي لحاسة واحدة أو أكثر.
4. Mono channel استقبال القناة الواحدة.

* تطور تشخيص التَّوَحُّد وفقاً للدليل الإحصائي التشخيصي «DSM»:

تشخيص اضطراب التَّوَحُّد والطبعة الثالثة DSM III



• الأوتيزم الكامل لابد وأن تتوافر فيه الشروط التالية «زملة كانر»:

1. لديه مشاكل في النمو الاجتماعي، والقدرة على تكوين وفهم العلاقات الاجتماعية.
 2. لديه مشاكل في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
 3. لديه مدى ضيق ومحدود للاهتمامات والأنشطة.
- **شبيه التَّوَحُّد:** يتوافر فيه شرط أو اثنان من الشروط السابقة.
 - **نطاق التَّوَحُّد:** مجموعة من الزملات أو المتلازمات.

أمثلة:

1. **زملة اسبرجر:** لديهم لغة جيدة- قدرات عقلية مرتفعة- مشاكل في التوافق الحركي «الأحمق حركيا».
2. **زملة ريت:** والتي تصيب البنات فقط ومن سماتها:
نمط حركي مُعيَّن- عصر اليدين- تنمو لمدة سنة أو سنتين، ثم تمر بمرحلة ثبات، ثم تتدهور حركيا، ثم ثبات ثم تتدهور وغالبا ما تتوفى.

تشخيص اضطراب التَّوَحُّد و الطبعة الرابعة المعدلة «DSM IV»

تَضَمَّنَت الطبعة الرابعة المعدَّلة من هذا الدليل، شمول اضطراب التَّوَحُّد كُفَّةً مستقلة ضمن مظلة ما يعرف باسم: (الاضطرابات النمائية الشاملة) (Pervasive Developmental Disorders-PDD)

إلى جانب أربعة اضطرابات أخرى تتقاطع معه في بعض الأعراض السلوكية، ولعل الآلية التي عرض فيها اضطراب التَّوَحُّد في هذه الطبعة قد لاقى قبولا واسعا في الميدان، لما لها من خصوصية توضيحية شاملة، لجملة الأعراض السلوكية التي تميز اضطراب التَّوَحُّد عن غيره من الفئات الأخرى، ضمن نفس المظلة المقترحة، كما وأن هذه الطبعة قد وضحت جملة المعايير التشخيصية التي يجب الاستناد إليها عند تشخيص اضطراب التَّوَحُّد (الجدول ١).

وفي هذا السياق، فإن الطبعة الرابعة المعدَّلة عَرَفَت «التَّوَحُّد» بأنه قصور نوعي يظهر في ثلاثة مجالات نمائية هي: التفاعل الاجتماعي، والقدرة على التواصل (بنوعيه اللفظي، وغير اللفظي)، وجملة من الأنماط السلوكية و الاهتمامات و الأنشطة المحدودة و التكرارية و النمطية، والتي يجب أن يكتمل ظهورها قبل سن الثالثة من العمر.

المَحَكَّاتُ التشخيصية الخاصة باضطراب التَّوَحُّدِ، كما وردت في الطبعة الرابعة المعدَّلة للدليل الإحصائي والتشخيصي:

(أ) ما مجموعه 6 أو أكثر من الفقرات الواردة في البنود (1) و (2) و (3) بالإضافة إلى 2 على الأقل من البند (1) و واحدة على الأقل لكل من البندين (2) و (3) التالية:

* البند (1) : قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي مُعَبَّرٌ عنه في اثنتين على الأقل مما يلي:

1. قصور واضح في القدرة على استخدام المهارات غير اللفظية المتعددة، و المتضمنة الأمثلة التالية: التواصل العيني المباشر، وتعابير الوجه، والأوضاع الجسمية، والليماءات لتنظيم آلية التفاعل الاجتماعي.
2. الفشل في تطوير العلاقات مع الرفاق بصورة تتناسب مع العمر الزمني.
3. ضعف القدرة التلقائية على مشاركة المتعة والإنجاز والاهتمامات مع الآخرين، وذلك من خلال ضعف القدرة على عرض أو إحضار (جلب) أو الإشارة إلى الأشياء قيد الاهتمام.
4. نقص التفاعل الاجتماعي والانفعالي المتبادل، والذي قد يبدو في نقص القدرة على الارتباط بالآخرين، أو إدراك حالاتهم الانفعالية.

* البند (2) : قصور نوعي في التواصل مُعَبَّرٌ عنه في واحد على الأقل مما يلي:

1. تأخر أو نقص كُلي في اللغة المنطوقة أو القدرة على الحديث.
2. عدم القدرة على إنشاء المحادثات مع الآخرين أو الاستمرار بها.
3. الاستخدام النمطي و التكراري للغة، أو استخدام لغة فردية خاصة بالطفل غير مفهومة.
4. النقص في القدرة على اللعب الإيهامي التلقائي (العفوي) أو اللعب الاجتماعي المقلد و المناسب للعمر الزمني.

البند (3) : أنماط سلوكية و إهتمامات و أنشطة محدودة و تكرارية و نمطية معبر عنها في واحدة على الأقل مما يلي:

1. الإنشغال الزائد في واحدة أو أكثر من الإهتمامات النمطية و المحدودة و التي تبدو غير إعتيادية من حيث مستوى شدتها و نوعية تركيزها.
2. الإلتزام الجامد (غير المرن) غير الوظيفي بعدد من الحركات الروتينية أو الطقوسية.
3. حركات جسمية نمطية و تكرارية مثل (رفرفة اليدين ، النقر بالأصابع) .
4. الانشغال الزائد عن الحد بأجزاء الأشياء.

(ب) تأخر أو أداء غير طبيعي في واحدة على الأقل من المجالات التالية مع ضرورة ظهور ذلك قبل سن ٣ سنوات :

1. التفاعل الإجتماعي.

2. اللغة كما تستخدم في التواصل الإجتماعي.

3. اللعب الرمزي أو التخيلي.

(ج) لا ينسب هذا الإضطراب الى عرض ريت أو إضطراب التفكك (الإرتداد) الطفولي .

تشخيص اضطراب التَّوَحُّد والطبعة الخامسة «DSM V»

لعل للتطورات الحديثة، التي طرأت على آلية فَهْمِنَا للفئات التي تندرج ضمن مُسَمَّى الاضطرابات النَّمائية الشاملة، (PDD) والتي وردت في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل بالغ الأثر في إحداث تغيير جوهري في هذه الفئة، ولعلَّ من الأمثلة على ذلك: الاتفاق بأن متلازمة «ريت» لم تُعَدَّ اضطراباً مُعَرَّفاً سلوكياً كغيرها من باقي الفئات؛ وإنما قد أصبحت اضطراباً مُعَرَّفاً جينياً، نظراً لتوصُّل العلماء للجين المسبِّب لحدوثها «Mecp2».

لذا فإن الطبعة الخامسة قد استثنت هذه المتلازمة، كواحدة من فئات «اضطراب طَيْف التَّوَحُّد»، ولعلَّ اهتمام العلماء الزائد في آليات تشخيص اضطراب التَّوَحُّد وغيره من الاضطرابات تشخيصاً دقيقاً، يهدف إلى إزالة الغموض والتقاطع بين هذه الاضطرابات، دَفَعَ اللُّجْنَةَ العِلْمِيَّة التي تولت إعداد الطبعة الخامسة، إلى تغيير مسمى الفئة ومعايير تشخيصها.

وبناء على ذلك، فإن الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي تُسْتخدَم الآن مُسَمَّى جديداً هو «اضطراب طيف التَّوَحُّد»، (ASD) والذي يجمع ما كان يعرف سابقاً باضطراب التَّوَحُّد (AD) ، ومتلازمة أسبرجر (Asperger Syndrome)، واضطراب التفكك الطفولي (CDD) ، و الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD NOS) ضمن مسمى واحد على شكل متصلة تختلف مكوناتها باختلاف عدد و شدة الأعراض، كما أن الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت اضطراب طيف التَّوَحُّد ضمن مظلة الاضطرابات النَّمائية العصبية، (Neurodevelopmental Disorders) والتي تتضمن الفئات التالية إلى جانب فئة اضطرابات طيف التَّوَحُّد: الاضطرابات العقلية (Intellectual Disabilities) واضطرابات التواصل (Communication Disorders) ، وضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) ، وصعوبات التعلم المحددة (Specific LD) ، والاضطرابات الحركية (Motor Disorders)

* أهم التغييرات التي طرأت على فئة اضطراب التَّوَحُّدِ وفقاً للمعايير الجديدة:

1 - استخدام تسمية تشخيصية موحدة (Single Diagnosis):

تضمنت المعايير الجديدة توظيفاً لمسمى «موحدة» اضطراب طيف التَّوَحُّدِ (Autism Spectrum Disorder - ASD) حيث يتضمن هذا المسمى كلا من «اضطراب التَّوَحُّدِ»، و«متلازمة أسبرجر» و«الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة» و«اضطراب التفكك الطفولي» (والتي كانت فئات أو اضطرابات منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة الرابعة المعدلة من DSM).

حيث تم تجميعها في فئة واحدة دون الفصل بينها، كما تضمنت المعايير الجديدة إسقاط «متلازمة ريت» من فئة اضطراب طيف التَّوَحُّدِ، ولعل التعليل الذي تم تقديمه من قبل لجنة إعداد هذه المعايير الجديدة، يكمن في أن هذه الفئات أو الاضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض، من حيث معايير تشخيصها؛ وإنما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية، ومستوى اللغة، ودرجة الذكاء لدى أفرادها لذا، فإن الدليل قد عمَد إلى جمعها في فئة واحدة لا تختلف في آلية تشخيصها.

كما وأن اللجنة تبرر إسقاط «متلازمة ريت» لكونها متلازمة جينية، قد تم اكتشاف الجين المسبب لها، كما أن الدليل قد فرض على المشخصين تحديد ما يعرف بمستوى الشدة (Level of Severity) والتي يتم بناء عليها تحديد مستوى ونوع الدعم الخدمي والتأهيلي (Level of Support) الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية.

2 - التشخيص استناداً على معيارين اثنين بدلا من ثلاثة معايير :

تضمنت المعايير الجديدة الاستناد إلى معيارين اثنين في عملية التشخيص، بدلا من المعايير الثلاثة التشخيصية، التي كانت مستخدمة من قبل الطبعة الرابعة المعدلة، حيث تتضمن المعايير الجديدة التشخيص وفقاً لمعيارَي القصور في التواصل الاجتماعي Social Communication ، التفاعل الاجتماعي Social Interaction

و الصعوبات في الأنماط السلوكية والاهتمامات و الأنشطة المحدودة و التكرارية و النمطية، ويكمن الفرق هنا عن الطبعة الرابعة المعدلة، في أن الطبعة المعدلة كانت تستخدم معياراً ثالثاً، وهو (القصور النوعي في التواصل).

3 - عدد الأعراض التي يتم التشخيص بناء عليها (Number of Diagnostic Symptoms)

تضمنت المعايير الجديدة ما مجموعه ٧ أعراض سلوكية، موزعة كما يلي: ٣ أعراض في المعيار الأول و ٤ أعراض في المعيار الثاني. وعلى العكس من

ذلك، فقد استخدمت المعايير القديمة ١٢ عرضا سلوكيا موزعة على شكل ٤ أعراض سلوكية لكل معيار تشخيصي.

4 - تحديد مستوى شدة الأعراض (Identification of Severity Levels)

تتطلب المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مستوى شدة الأعراض، لأغراض تحديد مستوى ونوع الدعم الخدمي والتأهيلي (Level of Support) الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية. وتوظف المعايير الجديدة ثلاثة مستويات لهذه الشدة لكل معيار تشخيصي (الجدول رقم ٢) وعلى العكس من ذلك، فلم توظف المعايير القديمة مثل هذا الاجراء في تحديد مستوى الشدة، ولعل السبب وراء إضافة هذا الشرط، يكمن في الدمج الذي تضمنته المعايير الجديدة لفئتي متلازمة اسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، والتي كانت فئتين منفصلتين عن بعضهما، وعن التَّوَحُّد في الطبعة الرابعة.

5 - المدى العمري (Age of Onset)

تضمنت المعايير الجديدة توسيعا للمدى العمري الذي تظهر فيه الأعراض، لتشمل عمر الطفولة المبكرة والممتد حتى عمر ٨ سنوات، بدلا عن المدى العمري المستخدم من قبل المعايير القديمة، وهو عمر 3 سنوات.

6 - الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية (Hyper/Hypo-reactivity to Sensory Inputs)

تضمنت المعايير الجديدة في بعدها الثاني (المعيار الثاني) الإشارة إلى الاستجابات غير الاعتيادية للمُدخلات الحسية كواحدة من الأعراض السلوكية، التي إن وجدت لدى الطفل فهي تعتبر أساسية في تشخيصه، وعلى العكس من ذلك فلم تستخدم المعايير القديمة، مثل هذا العَرَض كواحد من الأعراض الأساسية، وإنما جَرَت العادة في الميدان أن يكون من الأعراض المساندة.

7 - الاضطرابات المصاحبة (Accompanying Disorders)

اشتراطت المعايير الجديدة على المشخصين، تحديد مدى وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التَّوَحُّد لدى الطفل عند التشخيص، (الجدول رقم ٢) وهو شرط لم تذكره المعايير القديمة كشرط تشخيصي، وإنما أوصى به الميدان عند الحاجة إليه.

8 - اقتراح فئة تشخيصية جديدة هي فئة اضطراب التواصل الاجتماعي (Social Communication Disorder)

أضافت الطبعة الخامسة من الدليل فئة تشخيصية أخرى، تعرف باسم اضطراب التواصل الاجتماعي، والتي تُعْتَبَر التشخيص المناسب للطفل الذي تنطبق عليه الأعراض السلوكية ضمن البعد (المعيار) الأول لفئة اضطراب طيف التَّوَحُّد، ولاتتواجد لديه الأعراض السلوكية في البعد (المعيار) الثاني .

وبذلك، فإن انطباق الأعراض في كلا البعدين يسبب التشخيص باضطراب طيف التوحد، في حين أن انطباق الأعراض في المعيار الأول فقط يسبب التشخيص باضطراب التواصل الاجتماعي، حيث من المتوقع أن الأطفال المُشخَّصين بالاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة PDD NOS يمكن أن يشخصوا ضمن هذه الفئة.

9 - عدم الحاجة إلى التشخيص الفارقي ضمن طيف التوحد:

حيث أن التغييرات التي طرأت على المفهوم البنائي للفئة قد قدمت مفهوم مُتَّصِلَة التوحد، بعد استثنائها لفئتي متلازمة ريت و اضطراب التفكك الطفولي، ودمجها لفئات اضطراب التوحد ومتلازمة أسبرجر والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة، هي اضطرابات طيف التوحد لذا، فإن المشخصين العاملين في الميدان ليسوا معنيين بقضية تفريق اضطراب التوحد عن غيره من الاضطرابات، التي كانت قديما تشاركه بنفس المعايير التشخيصية، وإنما يتوجب عليهم تقدير مستوى الشدة، لتحديد الدعم المراد تقديمه وفقا لمستوى شدة الأعراض.

كما أن المعايير الجديدة، قد تناولت في شقها الثاني ضرورة العمل على تأكيد وجود الاضطرابات المصاحبة لاضطرابات طيف التوحد وليس تفريقها عنه، فالمعايير الجديدة تؤكد إمكانية المصاحبة لإعاقات أخرى، ويتوجب على المشخصين توضيح تلك الاضطرابات عند انطباق معاييرها التشخيصية ومصاحبتها للتوحد.

10- التوجه نحو التشخيص الذي يقود إلى تحديد الخدمات المراد تقديمها:

يمثل تركيز المعايير الجديدة في شقها الثالث على ضرورة تحديد مستوى الخدمات (الدعم) نهجا جديدا، نحو ربط التشخيص بتحديد مستويات الدعم المطلوب، ولعل هذا التوجه لم يتواجد في الطبعة الرابعة المعدلة، حيث كان توجه تلك الطبعة تشخيصيا فقط.

الجدول رقم (2)

ملخص لأهم الفروق بين المعايير التشخيصية القديمة والمعايير التشخيصية الجديدة

معيار المقارنة	VI MSD	V MSD
مسمى الفئة	الاضطرابات النمائية الشاملة (DDP)	اضطراب طيف التوحد (DSA)
بنية الفئة	مظلة لخمس اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض	متصلة لثلاث فئات ممتدة وفقا لمستوى شدة الأعراض

معيار المقارنة	VI MSD	V MSD
مكونات الفئة	خمسة اضطرابات هي: التَّوَحُّد، اسبرجر، ريت، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفولي	فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف بـ التَّوَحُّد، واسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط
محكات التشخيص	ثلاث مَحَكَّات: التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوكيات النمطية	محكين: التفاعل والتواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية
مستوى الشدة	خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافا في شدة الأعراض	تحديد مستوى الشدة وفقا لثلاث مستويات ضمن فئة واحدة
المصاحبة لإعاقات أخرى	غير محددة	محددة: الإعاقة العقلية اضطرابات اللغة، الحالات الطبية والجينية، اضطرابات السلوك
المدى العمري لظهور الأعراض	3 سنوات	الطفولة المبكرة (8 سنوات)

اضطراب طيف التَّوَحُّد في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس 2013 والأعراض الجديدة

خلاصة القول التغييرات هي:

وقد تم دمج ثلاثة تشخيصات منفصلة، وهي: اضطراب التَّوَجُّد ومتلازمة أسبرجر والاضطرابات النمائية المتفشية- غير محددة على نحوٍ آخر،- ضمن تشخيص واحد، يُعرف باضطراب طيف التَّوَجُّد.

حاليًا، يوجد مجالان، بدلاً من ثلاث. فالمجالات الجديدة هي التواصل الاجتماعي، والأنماط المكررة والمحددة لاهتمامات وأنشطة السلوك.

وقد تكون السلوكيات في كل مجال موجودة حاليًا أو في التاريخ المرضي الذي قدمه الآباء وأشخاص آخرون ذوو صلة.

وتشترط الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أن حدة التقييم تنطبق على كلا المجالين للإعاقة، التي تتراوح من المستوى الأول: يتطلب الدعم إلى المستوى الثالث الذي يتطلب دعمًا كبيرًا جدًا.

بالإضافة إلى: سيكون الإكلينيكيون قادرين على إضافة مواصفات إكلينكية، مثل: (الإعاقة العقلية أو بدونها) والأمراض المتصاحبة، مثل: (اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط، أو قصور الانتباه وفرط الحركة، واضطراب القلق، واضطراب لغوي محدد/ خاص) للسماح بوجود المزيد من الوصف الشامل لعرض الفرد.

وذكر المزيد من الاعترافات لدور المتطلبات الاجتماعية في «الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية» ضرورة وجود الأعراض في مرحلة الطفولة المبكرة (ولكن قد لا يصبح واضحًا بشكل كامل، إلا عندما تفوق المتطلبات الاجتماعية الإمكانيات والقدرات المحددة).

اعتمدت السلوكيات الحسية بموجب الأنماط المحدودة والمكررة لاهتمامات السلوك ومجال الأنشطة.

يستند تشخيص طيف التَّوَجُّد على أساس ما يتم ملاحظته من سلوكيات. فلا يوجد تحليل دم ولا أعراض محددة ولا خصائص جسدية وسمات بدنية ينفرد بها اضطراب طيف التَّوَجُّد، لذا ينبغي على الأطباء الاستناد على الملاحظة الدقيقة لتحديد ما إذا كان ما يعانيه الطفل من صعوبات مرتبطة بالتَّوَجُّد أو من الأفضل وصفها لحالة أخرى.

ولإجراء تشخيص يستند على السلوك، تعمل الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين مع خبراء في هذا المجال، لتطوير وصف تتفق الآراء عليه لمجموعة من الشروط، التي تتضمن الاكتئاب واضطراب القلق والإعاقة اللغوية، وبالطبع التَّوَجُّد.

كما يمكن وصف كل حالة للسلوك بالسلوكيات التي تم ملاحظتها، بالإضافة إلى السلوكيات، أو مجموعة من السلوكيات التي ينبغي ملاحظتها لإجراء التشخيص. فتشكلت عناصر التوصيف من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، وكانت الطبعة السابقة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية معمولاً بها وقائمة منذ عام 2000. تتضمن معايير تشخيص التَّوَجُّد المدرجة في هذا الدليل على السلوكيات المعروفة جيدًا بـ «ثلاثية العاهات/ الإعاقات» وهي: التفاعل الاجتماعي والتواصل، والاهتمامات المحدودة/ أنماط السلوكيات المتكررة.

تم توصيف إحدى سمات الدليل الرابع التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية وحددت ثلاث تشخيصات منفصلة ضمن نطاق اضطراب طيف التَّوَجُّد- اضطراب التَّوَجُّد ومتلازمة أسبرجر واضطرابات النمو المتزامنة- غير محددة على نحوٍ آخر.

أما الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الذي تم إصداره في مايو 2013. وثمَّ تغييرات واسعة النطاق في الدليل، فالكثير منها مثيرٌ للجدل وحظيت باهتمام وسائل الاعلام.

وكان التَّوَجُّد واحدًا من التغييرات التي شهدت تطورًا ملموسًا. وبالتالي، هناك تأثيرات على الطريقة التي تم بها وصف وشرح اضطراب طيف التَّوَجُّد.

الأساس المنطقي:

قد أوضحت الأدلة المتمحورة حول تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى علم النفس الإكلينيكي، القدرة على التفريق بطريقة موثوق بها بين اضطراب طيف التوحد والتطور النموذجي. ومع ذلك، ثمَّ مصداقية أقل في التفريق بين اضطراب التوحد ومتلازمة اسبرجر وتشخيص اضطراب النمو المتفشي.

أوجه التمييز بين تلك الاضطرابات الثلاث قد أوضحت عدم اتساق بمرور الوقت، من حيث الاختلافات في شتى الأماكن، والتي غالباً ما ترتبط بالحدة ومستوى اللغة أو معدل الذكاء أكثر من ارتباطها بسمات كل اضطراب.

كما تشير الأبحاث أنه عند تشابه القدرات المعرفية، فلا يوجد اختلافات إكلينية بين تلك التشخيصات المصاحبة للاضطراب عالية الأداء واضطراب متلازمة اسبرجر.

وبناء على ذلك، فنظراً لتعريف التوحد من خلال مجموعة موحدة للسلوكيات، نجده خير مثال كفاءة تشخيصية واحدة والتي تتلائم مع الأعراض الإكلينية الفردية، التي يطرحها دمج المحددات السريرية، مثل: (مدى الشدة والقدرات اللفظية وغيرها)، بالإضافة إلى السمات المصاحبة ك (الخلل الوراثي المعروف، والصرع والإعاقات الذهنية وغيرها).

وبالإضافة إلى ذلك، فالانتقال من ثلاثة مجالات إلى اثنين (التواصل الاجتماعي، والسلوكيات المحدودة والمكررة) بالمعايير المطلوبة لكل مجال، من المحتمل أن يحسّن من خصائص التشخيص.

كما سيعكس على نحو أفضل طبيعة صعوبات التواصل الملحوظة في الأفراد المصابين بالتوحد (أي أن صعوبات التواصل ليست تآخراً لغوياً بسيطاً قد يحدث في بعض الأفراد المصابين بالتوحد، ولكن بالأحرى، هو إعاقة تواصل تتعلق بالتوظيف الاجتماعي للغة).

ما هي المشاكل والخلافات حول التشخيص الجديد؟

فالخلافات الأولية بشأن تغيير المعايير بمثابة فقدان لفئة التشخيص المحددة لمتلازمة اسبرجر، بجانب خشية تقليص الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية للمعايير التي يتلقى بموجبها بعض الأشخاص حالياً تشخيصاً لم يعد تحت طائلة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية.

وأوضحت الدراسات التي أجراها McPartland, Reichow & Volkmar عام 2012 أن المعايير الجديدة قد حسنت بالفعل من الخصائص المميزة للمعايير التشخيصية، ومع ذلك هناك احتمالية لاستبعاد مجموعة من الأفراد القادرين على المعرفة وبعض ممن تم تشخيصهم حالياً بمتلازمة اسبرجر وتشخيص اضطراب النمو المتفشي.

وعلى نحو مماثل، أوضحت الاستكشافات التي أجرتها خدمة تقييم جوانب التشخيص (Gibbs et al., 2012) أن بعض الأفراد ممن يستوفون معايير اضطراب طيف التوحد بموجب الاستناد إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية لن يستوفوا معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، حيث يستوفي الغالبية العظمى المعايير للتشخيص الحالي للاضطراب النمو المتفشي.

كما تم ادراج فئة جديدة لـ «اضطراب التواصل الاجتماعي» لمن يواجهون صعوبات تواصل وصعوبات اجتماعية التي تتشابه مع مصابي اضطراب طيف التوحد ولكن لا يعانون من نفس السلوكيات المحددة والمكررة.

ومن المرجح أن بعض الأفراد ممن يستوفون معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية للاضطراب النمو المتفشي ولكن لا يستوفون معايير الدليل الخامس يتفوقوا تماماً مع هذه الفئة.

بالإضافة إلى ذلك، تم صياغة بعض المسائل بنفس الطريقة التي جرت بها صياغة النسخة النهائية للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية/فرنسا 2013. بينما حددت مسودة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية أنه ينبغي وجود كافة البنود الـ 3 الخاصة بمعايير أ (التواصل الاجتماعي)، إلا أن النسخة النهائية لم تحدد مقدار/ كم من الـ 3 بنود يلزم وجوده، والذي سيفضي إلى اضطراب محتمل.

ماذا عن التشخيص الحالي؟

أفاد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية أن «الأشخاص الثابت تشخيصهم باضطراب طيف التوحد أو متلازمة اسبرجر أو تشخيص اضطراب النمو المتفشي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ينبغي إعطاؤهم تشخيص اضطراب طيف التوحد- مالم يشر إلى خلاف ذلك-». مما يعني أن الأفراد ممن يعانون من الـ 3 اضطرابات لطيف التوحد يتم وصفهم وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، ينبغي تلقيهم للتشخيص وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، ويخشى كثير من الناس أن الدليل الجديد يعني فقدان وخسارة تشخيص من تم تشخيصهم مسبقاً، خاصة مصابي متلازمة اسبرجر أو تشخيص اضطراب النمو المتفشي.

معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (اضطراب طيف التوحد):

يجب أن يفي بمعايير أ.ب.ج.د:

أ: عجز مستمر في التواصل الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي في مختلف الظروف، كما يتضح على النحو التالي أو الراهن أو بحكم التاريخ:

1. قصور في تبادل العاطفة الاجتماعية، التي تتراوح على سبيل المثال، من النهج الاجتماعي غير المعتاد والفشل في العودة إلى الحالة الطبيعية، والمحادثات التبادلية للحد من تبادل الاهتمامات والمشاعر وتأثيرها: إلى خشية بدء أو الاستجابة للتفاعلات الاجتماعية.
2. القصور في سلوكيات التواصل غير اللفظية، المستخدمة في نطاق التفاعل الاجتماعي الذي يمتد نطاقه، على سبيل المثال: من التواصل اللفظي المدمج بشكل سيء إلى جانب التواصل غير اللفظي، مثل: التغييرات غير الطبيعية في التواصل بالأعين أو بلغة الجسد، أو القصور في فهم واستخدام الإشارات والإيماءات إلى الافتقار الكامل لاستخدام تعبيرات الوجه والتواصل غير اللفظي.
3. القصور في تنمية وفهم السوكيات والحفاظ عليها، والذي يتراوح في نطاق صعوبة تعديل السلوك بحيث يلائم سياقات اجتماعية مختلفة، إلى الصعوبات المرتبطة بمشاركة الألعاب التخيلية أو تكوين الصداقات، فضلاً عن غياب الاهتمام بأقرانه.

ب: الأنماط المكررة المحدودة للسلوك أو الاهتمامات أو الأنشطة، كما يتضح على الأقل من خلال اثنتين على النحو التالي أو الراهن أو بحكم التاريخ:

1. التحركات الحركية النمطية أو الحركات الدقيقة المتكررة أو استخدام الأشياء أو الخطاب، مثل: (التحرك الحركي النمطي البسيط أو اصطاف الألعاب أو تقليب الأشياء، أو استخدام التصديفة اللفظية أي تكرار ذاتي للكلمات، أو استخدام العبارات التمييزية غير الاعتيادية.
2. الإصرار على تماثل الالتزام غير المرين للأعمال الروتينية، أو الأنماط الطقوسية الشعائرية للسلوكيات اللفظية أو غير اللفظية، مثل: (الضيق الشديد بإجراء تغييرات طفيفة، أو الصعوبات المرتبطة بعمليات الانتقال، أو أنماط التفكير الصارمة، أو طقوس الترحيب وتحية الآخرين، أو الحاجة إلى التماس واتخاذ نفس السلوك أو تناول نفس الطعام).
3. شدة القيود المفروضة وتركيز الاهتمام غير المعتاد من حيث شدة التركيز، مثل: (التمسك الشديد القوي أو الانشغال بأشياء غير معتادة، أو التقيد بصورة مفرطة أو الاهتمامات المثابرة).
4. فرط أو قصور التفاعل للمدخلات الحسية، أو الاهتمام غير المعتاد بجوانب البيئة الحسية، مثل: (اللامبالاة الواضحة إزاء الألم أو درجة الحرارة، أو استجابة عكسية لأقمشة أو أصوات معينة، أو ارتفاع حاسة الشم أو اللمس، بشكل مفرط أو الانبهار البصري بالضوء أو بالحركة.

ج. أعراض يلزم وجودها في مرحلة الطفولة المبكرة (ولكن قد لا تتضح بصورة كاملة، حتى تتجاوز المتطلبات الاجتماعية القدرات والإمكانات المحدودة).

د. أعراض تُحد وتُعيق سويًا من سير الأعمال بالحياة اليومية.

إضافة جديدة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الطبعة الخامسة المنقحة بمثابة جدول لأدلة التوصيف لكل من مجال التواصل الاجتماعي، والأنماط السلوكية المكررة والاهتمامات المحدودة:

مستوى حدة اضطراب طيف التوحد	التواصل الاجتماعي	الأنماط السلوكية المتكررة والاهتمامات المحدودة
مستوى 3- يتطلب دعماً كبيراً جداً	قصور حاد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي، مسبباً خللاً شديداً في أداء العمل، أي مبادرة محدودة جداً في التفاعل الاجتماعي، واستجابة محدودة إزاء الاقتراحات الاجتماعية التي يبديها الآخرون.	الانشغال وصب الاهتمام على الطقوس أو أنماط السلوك المتكررة التي تتعارض بشكل ملحوظ مع أداء الأعمال في كافة المجالات، بالإضافة إلى، ضيق ملحوظ عندما يقاطعه شخص أثناء أداء طقوسه أو أعماله الروتينية المعتادة، حيث يواجه صعوبة شديدة في إعادة توجيهه من اهتماماته الثابتة وعودته إليها سريعاً مرة أخرى.
مستوى 2- يتطلب دعماً كبيراً	قصور حاد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي، أي ظهور إعاقة اجتماعية واضحة، حتى في ظل وجود الدعم، فبدايته محدودة للتفاعل الاجتماعي، ويصدر استجابة غير عادية؛ أو يحد من إصدار استجاباته تجاه المبادرات الاجتماعية التي يطرحها الآخرون.	تظهر السلوكيات المتكررة أو المحدودة بقدر كافٍ، لتكون بدهية واضحة للمراقب العادي، كما يتعارض مع أداء الأعمال في إطار سياقات متنوعة، كما يتضح الإحباط أو الضيق حال مقاطعته أثناء أداء الاهتمامات أو الأنماط السلوكية المتكررة، كما يلقي صعوبة شديدة في إعادة توجيهه من اهتماماته الثابتة وعودته إليها مرة أخرى.
مستوى 1- يتطلب دعماً	بالافتقار إلى وجود الدعم، يسبب القصور في التواصل الاجتماعي إعاقات ملموسة، كما يجد صعوبة في بدء التفاعلات الاجتماعية ويظهر أمثلة واضحة لاستجابات غير ناجحة أو غير مألوفة إزاء المبادرات الاجتماعية التي يطرحها الآخرون، وقد يبدو أن لديه مستوى اهتمام منخفض نحو التفاعلات الاجتماعية.	تسبب الأنماط السلوكية والطقوس المتكررة تعارضاً ملحوظاً في أداء العمل ضمن إطار سياق أو أكثر، لذا فهو يقاوم المحاولات التي يبديها الآخرون الرامية إلى مقاطعة ووقف الأنماط السلوكية والطقوس المتكررة، أو إعادة توجيهه من اهتماماته الثابتة وعودته إليها مرة أخرى.

معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع:

اضطراب التوحد:

5. توافر إجمالي العناصر الستة (أو أكثر من ذلك) من 1 و 2 و 3، على الأقل اثنان من 1، وواحدة من 2 و 3:
6. إعاقات نوعية في التفاعل الاجتماعي، كما هو مبين في اثنين على النحو التالي:
7. خلل ملحوظ في استخدام سلوكيات غير لفظية متعددة، مثل: تعبيرات الوجه والنظر وجهاً لوجه، ووضعية الجسد، والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي.
8. الفشل في تنمية علاقاته بأقرانه بما يتناسب مع مستوى النمو.
9. الافتقار إلى العفوية في تقاسم المتعة، أو مشاركة الاهتمامات أو الإنجازات مع غيره.
10. الافتقار إلى التبادل العاطفي أو الاجتماعي.
11. إعاقة نوعية في التواصل كما هو موضح في واحدة على الأقل على النحو التالي:
21. تأخر أو افتقار تام إلى تنمية اللغات المستخدمة (غير مقترن بمحاولة للتعويض من خلال الطرق البديلة للتواصل، مثل: استخدام الإيماءات والإشارات أو التمثيل الصامت).
31. يظهر مع الأشخاص ذوي القدرة على الكلام بقدر كافٍ، من خلال خلل ملحوظ في القدرة على بدء أو مواصلة حديث مع الآخرين والحفاظ عليه.
41. استخدام متكرر ونمطي للغة أو لغة غير الاعتيادية.
51. الافتقار إلى اللعب التخيلي العفوي المتنوع، أو اللعب التخيلي الاجتماعي، بما يتناسب مع المستوى النمائي.
61. الأنماط السلوكية النمطية والأنماط السلوكية المتكررة المحدودة والاهتمامات والأنشطة، كما هو موضح في واحدة على الأقل على النحو التالي:
71. يتضمن الانشغال بواحدة أو أكثر من الأنماط المحددة والنمطية للاهتمامات غير العادية، سواء في الشدة/ الحدة أو في التركيز.
81. يتضح الالتزام غير المرن للطقوس، أو للأعمال الروتينية غير الفعالة.
91. سلوكيات حركية نمطية ومكررة، مثل: (رفرفة الأصابع أو اليد أو الالتواء أو حركات معقدة للجسم كله).
102. الانشغال المتواصل بأجزاء الأشياء.
12. تأخر أو أداء وظيفي غير مألوف في واحدة على الأقل من المجالات الآتية بداية تسبق لعمر الـ 3 سنوات: 1/ التفاعل الاجتماعي. 2/ اللغة، كما يتم استخدامها خلال التواصل الاجتماعي. 3/ اللعب التخيلي أو الرمزي.
22. الاضطراب ليس أفضل تفسير لمتلازمة «ريت» أو اضطراب الطفولة التحليلية/ متلازمة «هيلر».

حدد ما إذا كان،

- مع أو دون ضعف فكري مرافق
- مع أو دون ضعف لغوي مرافق
- مترافق مع حالة طبيّة أو وراثية معروفة أو عامل بيئي

References

American Psychiatric Association. (2012). Proposed Revisions - Autism Spectrum Disorder. Retrieved June 2012, from: www.dsm5.org/proposedrevision/pages/proposedrevision.aspx?rid=94 .

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition. American Psychiatric Association.

Frances, A. (2013). DSM-5 Writing Mistakes Will Cause Great Confusion. Retrieved July 11, 2013, from: http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dsm5-writing-mistakes-wil_b_3419747.html

Gibbs, V., Aldidge, F., Chandler, F., Witzlsperger, E. & Smith, K. (2012). Brief Report: An Exploratory Study Comparing Diagnostic Outcomes for Autism Spectrum Disorders Under DSM-IV-TR with the Proposed DSM-5 Revision. *Journal of Autism and Developmental Disabilities*, DOI 10.1007/s10803-012-1560-6.

McPartland, J.C., Reichow, B. & Volkmar, F.R. (2012). Sensitivity and Specificity of Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4), 368-383.

ما هو تأخر/ اضطراب الكلام؟

الكلام هو الإنتاج المادي للأصوات، وتسلسل الأصوات التي تتكون منها الكلمات والجمل. وهي مكونة من أصوات يمكن كشفها بواسطة الأذن البشرية وهي شديدة التعقيد. عندما يقوم الأطفال بتطوير الكلام، قد يخطئون بالأصوات التي يستخدمونها. يوجد ترتيب نموذجي يتطور فيه صوت كل صوت ومجموعة من الأعمار، عندما يكون الطفل قادراً على نطق كل صوت بشكل صحيح. تأخر صوت الكلام هو: عند تطور الكلام بنمط متسلسل عادي؛ لكنه يحدث في وقت متأخر عن النموذجي. اضطراب الكلام هو: عندما لا تكون الأخطاء أخطاء «نموذجية» أو أخطاء صوتية أو أنماط خطأ غير عادية. تتضمن حالات تأخر الصوت والاضطرابات الصوتية مشاكل في النطق، مثل: (صنع الأصوات) و/ أو العمليات الصوتية، أي: (أنماط الخطأ الصوتية). قد يكون الطفل يعاني من أخطاء سليمة في حديثه، والتي لا تعتبر مشكلة في الكلام، لأنها جزء من اللهجة أو اللهجة التي يتعرض لها الطفل.

ما هي السمات الشائعة لتأخر/ اضطراب الكلام؟

- قد تستخدم عدداً محدوداً من الأصوات.
- صعوبات السمع أو الأذن الغراء.
- قد يواجه صعوبة في الربط بين أكثر من صوتين.
- من الصعب فهم المستمع الكلام غير المألوف.
- يظهر الإحباط في حالة عدم فهم الآخرين (عند الشعور بالعجز عن إفهام الآخرين).
- قد تواجه صعوبات في النفخ وامتصاص القش (الماصة).
- قد تكون المراوغة ما بعد السن العادية.
- عادات غذائية فوضوية تتجاوز ما هو متوقع بالنسبة للعمر.
- يحتوي الكلام على بدائل وأخطاء في الصوت.
- الكلام أقل وضوحاً من معظم أقرانه.
- في وقت متأخر لتطوير أصوات محددة في الكلمات (انظر الموارد، تنمية صوت الكلام لمراحل محددة من التنمية).
- ينتج عمليات صوتية (أي أنماط خطأ صوتية) تتجاوز العمر المتوقع (انظر الجدول أدناه للتنمية الصوتية في الأطفال).

- ينتج عمليات صوتية لا تتبع النمط التَّمائِي التَّمُوذَجِي فِي تَطَوُّر الْكَلَام (على سبيل المثال: يستبدل الأصوات المصنوعة في مقدمة الفم - / t / و / d / - مع الأصوات المصنوعة في الجزء الخلفي من الفم - / k / و / g / - «الشاي» يصبح «مفتاح» (Tea تصبح key) و «الباب» يصبح «Door» (Door تصبح goor).

التطور الصوتي في الأطفال:

العمر يحدث	وصف	عملية صوتية
	يتم حذف الحروف الساكنة النهائية من الكلمات .	الحذف النهائي
11.2-2 سنوات	يتم استبدال الأحرف التي يتم إجراؤها بدون صوت بأحرف صوتية.	معربا
	تكرار كامل أو جزئي لمقطع لفظي، مثل: (زجاجة تصبح جاجا).	مقطع تكرار الازدواجية
1.3-1.2	يتم حذف المقاطع غير المؤكدة من الكلمات، على سبيل المثال.	ضعف حذف مقطع
5.3-0.2 سنوات	يتم استبدال الأصوات المصممة بتدفق هواء طويل بالأصوات المصاحبة لتدفق الهواء المتوقف، مثل: («البحر» يصبح «الشاي»، «الحذاء» يصبح «إلى»).	وقف
11.3-2 سنوات	يتم استبدال الأصوات المصممة مع اللسان التي تضرب الجزء الخلفي من الفم، مثل (الكاف ب التاء)	«فيلار» المواجهة
11.3-2 سنوات	يتم تحريك اللسان إلى الأمام في الفم، حتى يصبح صوت (سين تصبح ثاء).	مواجهة «بالطال»
سنتان ونصف	يتم استبدال الأصوات: «r» و «ا» بصوت: «w» أو «y» (ياء ب راء).	مزلق
11.4-2 سنوات	يتم استبدال الأصوات المتقشرة، مثل: (شين ب سين).	دي noitacirffa
11-4-2 سنوات	يتم تقليل مجموعات الحروف الساكنة في الكلمات عن طريق واحد أو أكثر من الحروف الساكنة	تخفيض الكتلة الاستنساخي

الصعوبات الشائعة في كثير من الأحيان (ولكن ليس دائماً) التي يعاني منها الطفل مع تأخر / الاضطراب في الكلام:

- النضال للحصول على رسائل عبر أشخاص آخرين.
- التفاعل بنجاح مع أقرانهم.
- الأخطاء العادية في التواصل مع الآخرين.
- قد يواجه صعوبات في القراءة والكتابة.
- يجري مثارا من قِبَلِ أقرانه.

استراتيجيات الإدارة التي تدعم الطفل مع تأخر / اضطراب الكلام (في المدرسة التمهيدية، المدرسة و/ أو المنزل):

- التَّمذجة وإعادة الصياغة: كرر جُمَلِ الطفل إذا كان كلامه غير واضح، مثل: (الطفل: «Dat my deen tar» ؛ بالغ: «نعم، هذه سيارتك الخضراء»). بتكرار ما قاله الطفل أنك تنتج نموذجًا لغويًا جيدًا، وتوضح أيضًا أنك استمعت إلى ما قاله الطفل.
- الاستماع والرد على رسالة الطفل (وليس بالضبط نطق الكلمات).
- شجِّعه على استخدام الإيماءات والإشارات، لتُكْمَلِ خطاب الطفل غير المفهوم إلى حد كبير.
- قم بإعداد خطة فردية مع الآباء/ مقدمي الرعاية الذين لديهم أهداف خطاب صغيرة قابلة للتحقيق، للمساعدة في تطوير وضوح الطفل في الكلام.
- الاتصال بين العاملين في مجال الصحة والعاملين في المجال التعليمي، لتوفير المعلومات ليتم دمجها في خطة التعليم و/ أو تنفيذ الأفكار/ الاقتراحات/ الأنشطة للمساعدة في تحسين مهارات الكلام لدى الطفل، والقدرة على الوصول إلى المنهج الدراسي.
- استخدم الأنشطة أو الألعاب الممتعة في اللعب، للمساعدة في تحفيز الطفل على التعلُّم.

تشمل مناهج وأنشطة علاج التخاطب التي يمكن أن تدعم الطفل مع تأخر الكلام/ اضطراب النطق و/ أو مقدميه:

- تقييم الكلام: البحث في العمق وتحديد نقاط القوة والضعف لدى الطفل في مجال النطق والحديث.
- استراتيجيات التواصل: العمل مع أولياء الأمور لوضع أهداف واستراتيجيات للمساعدة في تطوير مجالات التواصل، التي يواجه فيها الطفل صعوبة.
- الأنشطة اليومية: تزويد الأسرة بالاستراتيجيات والمشورة، التي يمكن استخدامها في المنزل في الأنشطة اليومية والروتينية للمساعدة في تطوير مهارات الاتصال.
- الأهداف خطوة بخطوة: تحقيق الأهداف خطوة بخطوة (القابلة للتحقيق)، وإظهار تقدُّم الطفل في مجالات المهارات.

- **المعلومات المرئية:** تتضمن معلومات بصرية إضافية من خلال استخدام، نظام إيماءات أو صور و/ أو رموز أكثر رسمية، وذلك للمساعدة في استخدام اللغة حيثما كان ذلك مناسباً.
- **التعزيز الإيجابي:** توفير الكثير من التعزيز الإيجابي والتشجيع في جميع مراحل العلاج، للمساعدة في بناء الثقة واحترام الذات.
- **التواصل مع الطاقم التعليمي** (عند الاقتضاء) حول مهارات التواصل لدى الطفل، وتوفير المعلومات والأفكار التي يمكن استخدامها في البيئة التعليمية، لمساعدة الطفل على الوصول إلى المنهج الدراسي.
- **أشكال بديلة للتواصل:** تدريس طرق بديلة للتواصل بينما يتم تطوير الكلام، مثل: (لغة الإشارة، نظام اتصالات تبادل الصور- PECS).
- **التمييز الصوتي:** تدريب وتعويد الطفل على الاستماع إلى الأصوات، وتمييز الفرق بين الأصوات.
- **الإشارات المرئية:** استخدام الإشارات المرئية للمساعدة في استنباط الأصوات.
- **السقالات:** مساعدة وتدريب الطفل على إنتاج أصوات جديدة بكلمات مفردة، جُمَل بسيطة، عبارات وجمل مَحشُوَّة (أي تحتوي على 4 أو أكثر من الكلمات التي تبدأ بنفس الصوت- جلست Silly Sue في الشمس على Sandmy's sandcastle).

لماذا يجب أن أبحث عن علاج لطفلي مع تأخر / اضطراب في الكلام؟

- التشخيص وحده ليس هو الحل، فإنه يفتح ببساطة الباب للحصول على المساعدة اللازمة، عن طريق تسليح جميع المعنيين بالمعلومات ذات الصلة.
- لا تزال هناك حاجة لتقديم «المساعدة». فالمساعدة التي يتم تقديمها (على الأقل من منظور علاجي) سوف تعكس:
- أولاً وقبل كل شيء، أن هناك حاجة للتدخل الطبي.
- ما هي مخاوف الآباء / المعلمين / مقدمي الرعاية بالنسبة للطفل؟ (أي أهم التحديات الوظيفية).
- المجالات المحددة التي تشكّل مشكلات الطفل (والتي ستختلف حتى داخل الأطفال الذين لديهم نفس التشخيص).
- قدرة بيئة الطفل على تلبية احتياجاته.

إذا ترك دون علاج، فقد يواجه الطفل الذي يعاني من تأخر / اضطراب في الكلام صعوبات في:

- تعلّم التحدُّث وشفَهية الكلام والوضوح.
- المفردات التي لا يستطيع الطفل من خلالها توصيل رسالته بوضوح، بسبب المعرفة المحدودة للكلمات.
- احترام الذات والثقة عندما يدرك أن مهاراته لا تتطابق مع مهارات نظرائه.

- البلطجة عندما يصبح الآخرون أكثر وعياً بصعوبات الطفل.
 - العزلة الاجتماعية لأنهم غير قادرين على التّأقلم في المواقف الجماعية أو البيئات المزدحمة، مما يؤثر على قدرتهم على تكوين صداقات والحفاظ عليها.
 - القلق والتوتر في مجموعة متنوعة من المواقف، مما يؤدي إلى صعوبة الوصول إلى إمكاناتها الأكاديمية.
 - الأداء الأكاديمي: تنمية مهارات القراءة والكتابة، مثل: (القراءة والكتابة والتعامل مع البيئة الأكاديمية).
- سوف تتفاقم الآثار الأكثر تحديداً- لعدم السعي إلى العلاج- بالصعوبات الشائعة، التي تؤثر بشكل كبير على طفلك الفرد.
- لمزيد من المعلومات ، انظر أوراق الحقائق ذات الصلة في المناطق المثيرة للقلق أو الرجوع إلى قسم الموارد الأخرى ذات الصلة أدناه.

ماذا يعني تشخيص اضطراب الكلام بالنسبة للطفل حقاً؟

- تستخدم التشخيصات لتسمية مجموعة معينة من الأعراض التي يتعرض لها الطفل. ويساعد هذا التصنيف على تضييق نطاقه وتحديد على وجه الدقة:
- تحدث مشكلات أخرى شائعة مترافقة في نفس الوقت.
 - العلاج قد يكون مناسباً.
 - قد تساعد العلاجات الطفل، مثل: (العلاج الطبي، العلاج الوظيفي، علاج التخاطب، علم النفس).
 - قد يكون مسار التدخل (الطبي و/ أو الصحة ذات الصلة) وماذا يمكن أن نتوقع نتائجه؟ (التنبؤ).
 - يمكن القيام به لمساعدة الطفل.

ما هي التأتأة؟

التأتأة هي شيء يؤثر على الطلاقة أو تدفق الكلام. يبدأ في مرحلة الطفولة، ويمكن أن يستمر من خلال حياة الشخص. يتميز هذا النظام بأنواع محددة من الاضطرابات، أو حالات عدم الانتشار في إنتاج أصوات الكلام التي تحدث بشكل منتظم وتؤثر على التواصل. معظم الناس يُنتجون اضطرابات في حديثهم؛ ومع ذلك فهذه عادة ما تكون بسيطة، وعموما لا تسبب مشكلة.

ما هي السمات المشتركة للتأتأة؟

الكلام الذي يحتوي على التأتأة قد يشمل:

- تكرار الأصوات، وأجزاء من الكلمات والكلمات كاملة، مثل: «وا ... وا ... ما أنت ... أنت ... أنت د... د ... د...».
- إطالة أو تمديد أصوات الكلام، على سبيل المثال: («whaaaaaat تفعلون»).
- حَجَب أو يكافح من أجل إخراج الكلمات. هذا عندما يتم إعداد الفم ليقول الصوت، وأحيانا لعدة ثوان، قبل أن يُقال الصوت.
- بعد بعض الجُهد، يمكن للشخص إكمال الكلمة.
- يمكن أن تحدث التداخلات، مثل: «um» أو «like» بشكل خاص عندما تحتوي على أصوات الكلام المتكررة: («um- um- um») أو طويلة («uuuum»).
- كما أنها تستخدم عن قصد لتأخير بدء الكلمة التي يتوقع المتحدث «أن تلتصق بها».
- التوقف لفترة طويلة من الوقت.
- الإحباط لأن الحديث يتطلب الكثير من الجهد.
- علامات جسدية «ثانوية»، مثل: الوميض، والصفعة على الساق، وحركات الوجّه، عندما يحاول إخراج كلمة.

الصعوبات الشائعة في كثير من الأحيان (ولكن ليس دائما) التي يعاني منها الطفل مع «التلغثم»:

- بالنسبة لمعظم الأطفال ، تحدث التأتأة على عدد من الأنشطة في المنزل والمدرسة واللعب.
- بالنسبة لبعض الأطفال ، يحدث التلغثم فقط في حالات محددة، مثل: التحدث عبر الهاتف أو التحدث أمام المجموعات.
- يمكن أن يتدرج التلغثم من كونه خفيفا إلى شديد جدا.
- يكون تأثير التلغثم على الطفل فرديا للغاية، بحيث أن تلغثما خفيفا قد يسبب إحباطا شديدا لدى الطفل و/ أو القلق، في حين أن تلغثما شديدا في طفل آخر قد لا يؤثر عليه أبدا.
- قد يتجنب الطفل المواقف التي يكون فيها التلغثم أسوأ أو يخفي متممة، عن طريق اختيار الكلمات التي يقل احتمال تلغثمها.
- يجوز للطفل أيضا إعادة ترتيب الكلمات والجُمَل لتجنب التَّارْجُح.
- في بعض الأحيان يتظاهرون بأنهم نَسُوا ما يريدون قَوْلَهُ أو يظَلُّوا هادئين.
- التأتأة يمكن أن يكون لها تأثير كبير على ثقة الطفل بنفسه عند التحدث، وقد تؤثر على مهاراته الاجتماعية أو كيفية ارتباطه بالآخرين.

- غالباً ما يُبلِّغ الأطفال في سن المدرسة عن شعورهم بالحرج عندما يضطرون إلى القراءة بصوت عالٍ أو التحدث أمام الفصل.
- تأخير أو اضطراب اللغة.
- صعوبات في التعبير.

استراتيجيات الإدارة التي تدعم الطفل مع التلعثم (في المدرسة التمهيدية، المدرسة و/ أو المنزل):

- امنح الطفل المساحة والوقت لصياغة ما يريد قوله.
- تأكد من أنهم يعرفون أن لديهم الكثير من «المجال الجوي» ليقولوا ما يريدون قوله.
- قلل من النشاط وضوضاء الخلفية في المنزل، على سبيل المثال: (تشغيل أجهزة التلفاز والموسيقى، خاصة أثناء أوقات التحدث).
- إبطاء حديثك عند التحدث مع الطفل.
- تجنب التعليق على التلعثم أو جذب الانتباه إليه.
- تجنب إخبار طفلك بالتوقف أو الإبطاء أو «التفكير في ما تريد قوله».
- انزل إلى مستوى الطفل عندما يتحدث معك، لإظهار أنك مهتم بما يريد قوله، أي: (وجها لوجه).
- الثناء على الطفل عندما يقول شيئاً بطلاقة.

تشمل مناهج علاج التخاطب والأنشطة التي يمكن أن تدعم الطفل مع التلعثم و / أو مقدمي الرعاية:

- برنامج Lidcombe للأطفال حتى -8 سنوات. هذا هو برنامج قائم على الأهل، ويركز على التعزيز والمكافآت، ويتطلب من الوالدين قضاء الوقت في التحدث مع طفلهم كل يوم.
- تقييم الكلام واللغة: البحث في العمق، وتحديد نقاط القوة والضعف لدى الطفل في جميع مجالات الاتصال، بما في ذلك مهارات اللعب والتفاعل، والاهتمام والاستماع، وفهم الكلمات واللغة، واستخدام الكلمات واللغة، والتواصل الاجتماعي، والنطق والتحدث.
- بالنسبة للأطفال الأكبر سناً، يكون التركيز على:
- تقنيات التنفس، وإنتاج الأصوات بوتيرة أبطأ، وبأقل قدر من القلق.
- السيطرة ومراقبة الكلام.
- إنتاج الكلام بطلاقة على مستويات لغة مختلفة، وفي مواقف مختلفة.

- فهم التأثأة: مساعدة الطفل والأسرة على فهم ما يحدث ولماذا، واستكشاف كيف تؤثر التأثأة على الطفل عاطفياً.
- تقليل القلق: العمل مع الطفل لتقليل القلق والتوتر الذي قد يترافق مع التلعثم.
- التواصل مع موظفي المدرسة (الفريق التعليمي) لتنفيذ الاستراتيجيات والأفكار في البيئة التعليمية.
- تقييم الكلام واللغة: البحث في العمق وتحديد نقاط القوة والضعف لدى الطفل في جميع مجالات الاتصال، بما في ذلك مهارات اللعب والتفاعل، والاهتمام والاستماع، وفهم الكلمات واللغة، واستخدام الكلمات واللغة، والتواصل الاجتماعي، والنطق والتحدث.

لماذا ينبغي عليّ طلب العلاج إذا لاحظت وجود تلعثم لدى طفلي؟

- التشخيص وحده ليس هو الحل فإنه يفتح ببساطة الباب للحصول على المساعدة اللازمة عن طريق تسليح جميع المعنيين بالمعلومات ذات الصلة.
- لا تزال هناك حاجة لتقديم «المساعدة»، فالمساعدة التي يتم تقديمها (على الأقل من منظور علاجي) سوف تعكس:
 - أولاً وقبل كل شيء، أن هناك حاجة للتدخل الطبي.
 - ما هي مخاوف الآباء/ المعلمين/ مقدمي الرعاية بالنسبة للطفل؟ (أي أهم التحديات الوظيفية).
 - المجالات المحددة التي تشكل مشكلات الطفل (والتي ستختلف حتى بين الأطفال الذين لديهم نفس التشخيص).
 - قدرة بيئة الطفل على تلبية احتياجاته.

إذا تُركت «التأثأة» دون علاج الطفل قد تواجه صعوبات مع:

- تعلّم التحدث وشفهية الكلام والوضوح.
- احترام الذات والثقة عندما يدرك أن مهاراته لا تتطابق مع مهارات نظرائه.
- البلطجة عندما يصبح الآخرون أكثر وعياً بصعوبات الطفل.
- العزلة الاجتماعية، لأنه غير قادر على التأقلم في المواقف الجماعية أو البيئات المزدحمة، مما يؤثر على قدرته على تكوين صداقات والحفاظ عليها.
- القلق والتوتر في مجموعة متنوعة من المواقف، مما يؤدي إلى صعوبة الوصول إلى إمكاناته الأكاديمية.
- التواصل الاجتماعي، مثل: (الاتصال بالعينين، والمسافة المناسبة عند التحدث إلى شخص ما، والتحول داخل المحادثة).
- المفردات التي لا يستطيع الطفل من خلالها توصيل رسالته بوضوح بسبب المعرفة المحدودة للكلمات.

ماذا يعني تشخيص «التلعثم» حقاً بالنسبة للطفل؟

تستخدم التشخيصات لتسمية مجموعة معينة من الأعراض التي يتعرض لها الطفل.

ويساعد هذا التصنيف على توضيح نطاقه وتحديد على وجه التحديد:

- تحدث مشكلات أخرى شائعة في وقت واحد.
- الدواء قد يكون مناسباً.
- قد تساعد العلاجات الطفل، مثل: (العلاج الطبي، العلاج الوظيفي، علاج التخاطب، علم النفس).
- قد يكون مسار التدخل (الطبي و/ أو الصحة ذات الصلة) وماذا يمكن أن نتوقع نتائجه؟ (التنبؤ).
- يمكن القيام به لمساعدة الطفل.

ما هي متلازمة توريت؟

متلازمة توريت هو اضطراب في النمو العصبي يبدأ بين سن 2، و 12 عاماً، ويدوم طوال حياة الشخص.

ما هي السمات الشائعة لمتلازمة توريت؟

- حركات عضلية سريعة ومتكررة وغير طوعية تسمى: «التشنجات اللاإرادية».
- غالباً ما تنطوي على صعوبات سلوكية.

أنواع التشنجات اللاإرادية:

يعاني المريض من التشنجات اللاإرادية نتيجة تراكم التوتر، ولا يمكن مقاومتها، وسيتم حدوثها في نهاية المطاف. عادة ما تزداد التشنجات نتيجة للتوتر أو الإجهاد، ويقلُّ مع الاسترخاء أو التركيز على مهمة امتصاص التوتر. العَرَائُ (نوبات التشنج) البسيطة:

- سرعة حركة العين، انتفاض الرأس، هز الكتف shrugging، تجهم الوجه، الوخز بالأنف، حركة الفم
- التنحنح، النباح، والصرع، الشخير، gulping، استنشاق، عض اللسان.
- التشنجات المعقدة:

• التحرك بنمط معين- القفز، لمس الأشخاص الآخرين أو الأشياء، التدوير، الحركات المتكررة للجذع أو الأطراف، سحب الملابس، التصرفات الذاتية بما في ذلك الضرب والعض.

• صوتي- نطق الكلمات أو العبارات، الشتائم، الصدى (أي تكرار صوت، كلمة أو عبارة سمعها للتو)، مع تكرار العبارات الخاصة.

- الأنشطة اليومية: مساعدة الطفل على فهم البيئة والروتين واللغة.
- تطوير اللغة: مساعدة الطفل على فهم واستخدام لغة أكثر ثراء، واستخدام اللغة بشكل تلقائي أكثر.
- مهارات المحادثة: تطوير مهارات المحادثة، على سبيل المثال: (تبادل ذهابا وإيابا ، مع الأخذ في الاعتبار المرحلة العمرية).
- مهارات المفاهيم: تطوير مهارات المفاهيم، وخاصة المفاهيم المجردة، مثل: (الوقت: مثل الأمس ، قبل ، بعد).
- يمكن استخدام المرنيات للمساعدة في الفهم و ودعم قدرة الطفل على التعبير عن احتياجاته وأفكاره.
- المهارات الاجتماعية: تنمية المهارات الاجتماعية، مثل: (معرفة متى، وكيفية استخدام اللغة في المواقف الاجتماعية).
- تعزيز التواصل اللفظي وغير اللفظي بما في ذلك الإيماءات الطبيعية والكلام والعلامات والصور والكلمات المكتوبة.
- الاستراتيجيات المرئية: استخدام المعلومات المرئية للمساعدة في فهم وتنظيم وتخطيط الروتين اليومي.
- التواصل مع الطاقم التعليمي بخصوص طبيعة الصعوبات وطرق مساعدة الطفل على الوصول إلى المنهج الدراسي.

لماذا يجب أن أبحث عن علاج لطفلي المصاب بمتلازمة توريت؟

- التشخيص وحده ليس هو الحل. إنه يفتح ببساطة الباب للحصول على المساعدة اللازمة عن طريق تسليح جميع المعنيين بالمعلومات ذات الصلة. لا تزال هناك حاجة لتقديم «المساعدة». المساعدة التي يتم تقديمها (على الأقل من منظور علاجي) سوف تعكس:
- أولا وقبل كل شيء، أن هناك حاجة للتدخل الطبي.
- ما هي مخاوف الآباء / المعلمين / مقدمي الرعاية بالنسبة للطفل (أي أهم التحديات الوظيفية).
- المجالات المحددة التي تشكّل الطفل (والتي ستختلف حتى داخل الأطفال الذين لديهم نفس التشخيص).
- قدرة بيئة الطفل على تلبية احتياجاته.

إذا ترك دون علاج، فقد يواجه الطفل المصاب بمتلازمة «توريت» صعوبات في:

- اتباع التعليمات داخل المنزل، ورياض الأطفال أو البيئة المدرسية.
- المفردات التي لا يستطيع الطفل من خلالها توصيل رسالته بوضوح، بسبب المعرفة المحدودة للكلمة.
- فهم النكات واللغة التصويرية أثناء التفاعل مع الآخرين، وعند مشاهدة العروض التلفزيونية والأفلام وقراءة الكتب.
- تعلم التحدث وشفهية الكلام والوضوح.

الصعوبات الشائعة في كثير من الأحيان (ولكن ليس دائما) التي يعاني منها الطفل مع متلازمة توريت:

اضطراب الوسواس القهري (أوسد).

اضطراب الانتباه و/ أو اضطراب فرط الحركة (ADD / ADHD).

- صعوبات الانتباه.
- صعوبات النوم.
- الاكتئاب.
- تدني احترام الذات.
- صعوبات التعلم، مثل عسر القراءة، صعوبات حسابية أو إدراكية، صعوبات في الكتابة اليدوية.
- عزلة اجتماعية.
- ضعف الأداء الأكاديمي.
- القلق.
- عدوان.
- اضطراب المعارضة المعارضة (ODD).

استراتيجيات المشاركة التي تدعم الطفل مع متلازمة توريت (في مرحلة ما قبل المدرسة، المدرسة و/ أو المنزل):

- يمكن استخدام الدواء لتقليل آثار «التشنجات اللاإرادية».
- يمكن أن يقوم علماء النفس بتقديم الدعم للأسرة من أجل إدارة السلوك، و تثقيف المنخرطين في رعاية الطفل حول متلازمة توريت.
- كما يمكن أن يساعد علم النفس الشخص على إدارة المشاكل الاجتماعية والعاطفية، التي يمكن أن تحدث مع متلازمة توريت.
- يمكن استخدام العلاجات السلوكية، مثل: (التدخل السلوكي المعرفي للالتهابات اللاإرادية (CBIT)) للمساعدة في الحد من آثار التشنجات اللاإرادية- قد تساعد هذه العلاجات الشخص على تنمية وعيه بشكل أفضل وتعلم كيفية التحكم في التشوهات اللاإرادية بشكل أفضل، ومع ذلك لا يتم التخلص من التشنجات اللاإرادية؛ ولكن قد يقلل من شدتها.
- تطوير نظام غذائي حسي.
- تحسين صعوبات القراءة والكتابة.

تشمل مناهج وأنشطة العلاج المهني التي يمكن أن تدعم الطفل بمتلازمة توريت و/ أو مقدمي الرعاية:

- قدرات التوسع: تطوير نطاق تدريجي من مجالات المهارات.
- قصص اجتماعية: توفير الأفكار والتعليم حول تطوير القصة الاجتماعية.
- الانتقال إلى المدرسة: الدعوة ودعم الانتقال إلى المدرسة بشكل احترافي، والاتصال بالمعلمين، حسب الحاجة.
- يمكن استخدام الإشارات المرئية لدعم الروتين، ولإدخال أنشطة جديدة أو تغيير في المهام.
- المهارات الحركية الإجمالية: تحديد المستوى الحالي للعمر من القدرات الحركية الإجمالية والغرامة للطفل.
- وضع الأهداف: تحديد الأهداف الوظيفية والقابلة للتحقيق، بالتعاون مع الطفل وأولياء الأمور والمعلمين، حتى يكون للعلاج تركيز مشترك مفيد لجميع المعنيين.
- تثقيف الآباء ومقدمي الرعاية والمعلمين وغيرهم، من المشاركين في رعاية الطفل حول متلازمة توريت والمهارات الملائمة للعمر، التي يجب على الطفل إظهارها.
- تعليم المهارات المباشرة من خلال نهج قائم على المهام.
- استراتيجيات الإدارة: توفير استراتيجيات/ أفكار الإدارة لمساعدة الطفل في المنزل والمدرسة والمجتمع.
- المشاركة في المهام: توفير طرق بديلة لتشجيع المشاركة في المهام.
- تطوير المهارات الأساسية اللازمة لدعم مهارات الجسم كله (المحرك الإجمالي) ومهارة اليد (الحركية الدقيقة)، مثل: توفير الأنشطة لدعم:
 - التوازن والتنسيق.
 - القوة والتحمل.
 - الاهتمام واليقظة.
 - وعي جسدي.
 - تخطيط الحركة.

تشمل مناهج وأنشطة علاج التخاطب التي يمكن أن تدعم الطفل بمتلازمة توريت و/ أو مقدمي الرعاية:

- تقييم الكلام واللغة لمساعدة الأسرة على فهم كيفية معالجة الطفل، وفهمه وتعلمه واستخدامه للغة والتواصل.
- استراتيجيات التواصل: تزويد الأسرة بالاستراتيجيات والتقنيات لزيادة وتعزيز التواصل مع الطفل.

- إدارة يوم دراسي كامل بسبب ضعف القوة والتحمل.
- المشاركة في الأنشطة الرياضية التي تؤدي إلى نمط حياة غير نشط، مما يزيد من مخاطر المشاكل الأخرى المتعلقة بالصحة، مثل: (السمنة، السكري، أمراض القلب والأوعية الدموية، أو الحالات المشابهة).
- احترام الذات والثقة عندما يدرك أن مهاراته لا تتطابق مع مهارات نظرائه.
- المهارات الحركية الدقيقة، مثل: (الكتابة والرسم والقطع) بسبب ضعف الاستقرار الأساسي، مما يعني أنه ليس لديه قاعدة قوية لدعم استخدام ذراعيه ويديه.
- إكمال مهام الرعاية الذاتية، مثل: (عمل أربطة الحذاء، الأزرار، الكود، استخدام أدوات المائدة).
- التنظيم الذاتي والسلوك أثناء عدم قدرة الطفل على تنظيم نفسه، بشكل مناسب لتسوية ومتابعة مهامه لفترات طويلة من الوقت.
- عادات النوم، تؤثر على تنمية المهارات بسبب التعب.
- الوصول إلى المناهج الدراسية، لأنهم غير قادرين على حضور المهام لفترة كافية، لاستكمال معايير التقييم.
- القلق والتوتر في مجموعة متنوعة من المواقف، مما يؤدي إلى صعوبة الوصول إلى إمكاناته الأكاديمية.
- قراءة/ فهم المواقف الاجتماعية و ينظر إليها من قبل الآخرين على أنها «وقاحة».
- العزلة الاجتماعية لأنه غير قادر على التأقلم في المواقف الجماعية، أو البيئات المزدهمة، مما يؤثر على قدرتهم على تكوين صداقات والحفاظ عليها.
- التواصل الاجتماعي، مثل: (الاتصال بالعينين، والمسافة المناسبة عند التحدث إلى شخص ما، والتحول داخل المحادثة).
- الأداء الأكاديمي: تنمية مهارات القراءة والكتابة، مثل: (القراءة والكتابة والتعامل مع البيئة الأكاديمية).
- التقييم الأكاديمي: إكمال الاختبارات والامتحانات، والمهام الأكاديمية في التعليم العالي.
- سوف تتفاقم الآثار الأكثر تحديداً- لعدم السعي إلى العلاج- بالصعوبات الشائعة التي تؤثر بشكل كبير على طفلك.

ماذا يعني تشخيص متلازمة توريت حقا بالنسبة للطفل؟

تستخدم التشخيصات لتسمية مجموعة معينة من الأعراض التي يتعرض لها الطفل، ويساعد هذا التصنيف على تضييق نطاقه وتحديد على وجه التحديد:

- تحدث مشكلات أخرى شائعة في وقت واحد.
- الدواء قد يكون مناسباً.

- قد تساعد العلاجات الطفل، مثل: (العلاج الطبي، العلاج الوظيفي، علاج التخاطب، علم النفس).
- قد يكون مسار التدخل (الطبي و/ أو الصحة ذات الصلة) وماذا يمكن أن نتوقع نتائجه؟ (التنبؤ).
- يمكن القيام به لمساعدة الطفل.

ما هو اضطراب الصوت؟

يحدث اضطراب في الصوت عندما يواجه الطفل صعوبة في الملعب أو حجمه أو جودة صوته، مما يصرف المستمع عن ما يقال. تختلف جودة صوتهم بشكل ملحوظ عن نوعية نظرائهم.

قد يعاني الطفل المصاب باضطراب في الصوت من صعوبات في التعبير عن صوته، وقد يعاني أيضاً من الألم أو عدم الراحة في منطقة الحلق.

- يمكن أن تحدث اضطرابات الصوت لدى الأطفال من خلال ما يلي:
- التحدث أو الصراخ بصوت عالٍ.
- التحدث والصراخ كل الوقت.
- نقص الماء والترطيب والتحدث طوال الوقت.
- عدوى الطفولة الشائعة.
- أسباب عاطفية ونفسية، على سبيل المثال: (طفل خجول جداً قد يتحدث فقط بصوت هامس).
- هناك بعض الحالات الطبية النادرة للغاية، التي قد تؤثر على جودة صوت الطفل، في هذه الحالات، من المهم أن ترى الطبيب إذا كنت تشعر بالقلق.

ما هي السمات الشائعة لاضطراب الصوت؟

- جودة صوت قاسية أو خشنة أو متقطعة أو متوترة.
- ارتفاع أو انخفاض درجة الصوت.
- صوت عالي أو همس.
- فرط الأنف (أي كمية الهواء التي تأتي من خلال الأنف) أو جودة صوت الأنف (الأنفية)، على سبيل المثال: (إذا كان لديهم أنف مسدود).
- فقدان الصوت أثناء إنتاج أصوات محددة.
- فترات من الزمن عند فقد الصوت تماماً.

الصعوبات الشائعة في كثير من الأحيان (ولكن ليس دائماً) التي يعاني منها الطفل مع اضطراب الصوت؟

- يمكن أن تتراوح من خفيفة إلى حادة، ويمكن أن تحدث في عزلة أو إلى جانب الكلام و/ أو تأخير أو اضطراب اللغة.
- قد يكون لها تأثير كبير على وضوح خطاب الطفل.
- قد يكون لها تأثير على ثقة الطفل في مواقف التحدث، وتؤثر على مهاراته الاجتماعية وكيفية ارتباطه بالآخرين.
- قد يؤدي إلى صعوبات بصوت البالغين، حيث أن معظم صعوبات الصوت لدى البالغين تبدأ في مرحلة الطفولة.
- استراتيجيات الإدارة التي تدعم الطفل مع اضطراب الصوت (في المدرسة التمهيديّة، المدرسة و/ أو المنزل):
- الإحالة إلى أخصائي الأنف والأذن والحنجرة، لتحديد ما إذا كانت الحبال الصوتية لها أي سبب طبي لصعوبات الصوت، مثل: (العُقَيْدات والأورام الحميدة).
- تثقيف الأسرة والناس في البيئة التعليمية للطفل، حول طبيعة صعوبة الصوت.
- تثقيف الأسرة والطفل حول كيفية إنتاج الصوت، وكيف يمكن أن يحدث الضرر على الحبال الصوتية.
- ممارسة تمارين وتقنيات واستراتيجيات محددة، حول كيفية استخدام الصوت بشكل فعال.
- حافظ على رطوبتك.
- تقليل الصّراخ.
- ضرب وسادة عند الغضب، بدلا من الصراخ.
- تقليل الصراخ العالي في اللّعب.

تشمل مناهج وأنشطة علاج التخاطب التي يمكن أن تدعم الطفل الذي يعاني من اضطراب في الصوت و/ أو مقدمي الرعاية ما يلي:

- النظافة الصوتية: توفير معلومات عن النظافة الصوتية، والترطيب وتطبيق ذلك في حياة الطفل اليومية.
- التنفس: تدريس وممارسة أنشطة التنفس للمساعدة في التنفس.
- تقليل التوتر: الأنشطة التي تركز على الحد من التوتر، داخل الجسم والرقبة عند التحدث و/ أو الصراخ.
- الرنين: النظر في الرنين، وممارسة استخدام الصوت بالطريقة الأكثر فعالية وسهولة.
- إدارة الغضب: تعلّم طرق أخرى للتعبير عن الغضب والإحباط، لتجنب الصراخ، على سبيل المثال: (ضرب وسادة).

- الوعي: تنمية الوعي لدى الطفل حول سوء استخدام الصوت.
- التواصل مع الموظفين في المدارس التمهيدية والمدرسة، لتنفيذ الاستراتيجيات والأفكار في البيئة التعليمية.

لماذا يجب أن أبحث عن علاج لطفلي الذي يعاني من اضطراب في الصوت؟

- التشخيص وحده ليس هو الحل، إنه يفتح ببساطة الباب للحصول على المساعدة اللازمة عن طريق تسليح جميع المعنيين بالمعلومات ذات الصلة. لا تزال هناك حاجة لتقديم «المساعدة»، فالمساعدة التي يتم تقديمها (على الأقل من منظور علاجي) سوف تعكس:
- أولاً وقبل كل شيء، أن هناك حاجة للتدخل الطبي.
- ما هي مخاوف الآباء/ المعلمين/ مقدمي الرعاية بالنسبة للطفل؟ (أي أهم التحديات الوظيفية).
- المجالات المحددة التي تشكّل مشاكل الطفل (والتي ستختلف حتى بين الأطفال الذين لديهم نفس التشخيص).
- قدرة بيئة الطفل على تلبية احتياجاته.

إذا ترك دون علاج ، فقد يواجه الطفل المصاب باضطراب الصوت صعوبات في:

- تعلم التحدث وشفهية الكلام والوضوح.
 - اضطرابات الصوت التي تستمر حتى سن البلوغ.
 - احترام الذات والثقة عندما يدرك أن مهاراته لا تتطابق مع مهارات نظرائه.
 - البلطجة عندما يصبح الآخرون أكثر وعياً بصعوبات الطفل.
 - القلق والتوتر في مجموعة متنوعة من المواقف، مما يؤدي إلى صعوبة الوصول إلى إمكاناته الأكاديمية.
- سوف تتفاقم الآثار الأكثر تحدياً- لعدم السعي إلى العلاج- بالصعوبات الشائعة التي تؤثر بشكل كبير على طفلك. لمزيد من المعلومات، انظر أوراق الحقائق ذات الصلة في المناطق المثيرة للقلق أو الرجوع إلى قسم الموارد الأخرى ذات الصلة أدناه.

ماذا يعني تشخيص اضطراب الصوت بالنسبة للطفل حقاً؟

- تستخدم التشخيصات لتسمية مجموعة معينة من الأعراض التي يتعرض لها الطفل.
- ويساعد هذا التصنيف على تضيق نطاقه وتحديدًا تصميمه.

- هناك القضايا الأخرى التي تترافق عادة في نفس الوقت مع هذا الاضطراب.
- قد يكون العلاج مناسباً.
- معرفة العلاجات التي يمكن أن تساعد الطفل، مثل: (العلاج الطبي، العلاج الوظيفي، علاج التخاطب، علم النفس).
- تحديد مسار التدخل (الطبي و/ أو الرعاية الصحية) وما هي النتائج المتوقعة؟ (التنبؤ).
- التوصل إلى ما يمكن عمله لمساعدة الطفل.

التأخر اللغوي

وصف:

تأخر اللغة هو اضطراب التواصل، وهي فئة تتضمن مجموعة واسعة من الكلام واللغة وضعف السمع. تحدث مراحل التطور اللغوي، بما في ذلك بداية إصدار الأصوات، وأول الكلمات والجمل الخاصة بالطفل، عادة في حدود الفئات العمرية التقريبية. ومع ذلك، يختلف الأطفال باختلافات فردية بشكل كبير جداً، فيما يتعلق بالعمر المحدد الذي يتم الوصول إليه في كل مرحلة. هناك أيضاً أنماط مختلفة من تطوير اللغة. غالباً ما يصل الأطفال إلى مستوى التواصل الكلامي الجيد في سن الثالثة. ولكن قد يكون هناك أطفال ليس لديهم مستوى من الإدراك حتى سن الثانية والنصف، ثم يبدأ على الفور في التحدث بثلاث جُمَل.

قد يكون أطفال آخرون يكتسبون عدة كلمات في غضون عشرة أشهر، ولكنه يضيف كلمات إضافية قليلة جداً خلال السنة التالية، أي أن النمو كان في البداية جيداً ثم بدأ يتباطأ، أطفال آخرون يبدأون بالتحدث في حوالي 12 شهراً ويتقدمون بثبات. عادة ما يحدث التأخر اللغوي خلال مرحلة الرضاعة، أو مرحلة الطفولة المبكرة، أي أن التأخر النمائي العام غالباً ما يؤدي إلى تأخر اللغة. قد يكتسب الأطفال الذين يعانون من تأخر لغوي مهارات لغوية عند تطور العمر الزمني لهم؛ ولكن بمعدل أبطأ بكثير، بحيث يكون تطورهم اللغوي مساوياً لطفل أصغر منهم عمراً، و بشكل طبيعي لعمر زمني أصغر بكثير. يعتبر تأخر النضج، والذي يُعرف أيضاً بتأخر اللغة التطورية، أحد أكثر أنواع تأخر اللغة شيوعاً. قد يُشار إلى الأطفال الذين يعانون من تأخر في النضج باسم «المتكلمين المتأخرين» أو «اللغة المتأخرة». تأخر النضج يحدث في كثير من الأحيان في الأسر بسبب العملية الوراثية.

التركيبة السكانية:

تأخير الكلام/ اللغة هو: أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاثة أعوام، وستة عشر عاماً، مما يؤثر على ما يقرب من 3 إلى 10 بالمائة من الأطفال، وهو أكثر شيوعاً في البنين عنه في البنات، بنسبة 4:1.

الأسباب والأعراض:

أسباب بيئية:

الأسباب غير المادية الشائعة للتأخر اللغوي:

- يركز الطفل على بعض المهارات الأخرى، مثل: (المشي بشكل مثالي، بدلاً من اللغة).

- الطفل لديه التوأم أو الإخوة متقاربون جدا في السن، وبالتالي قد لا يتلقى ما يستحق من الاهتمام الفردي.
- لدى الطفل أشقاء أكبر سناً يفسرون جيداً، أن الطفل لا يحتاج إلى الكلام، أو أن حديثه مستمر لدرجة أن الطفل يفتقر إلى الفرصة للتحدث.
- الطفل في وضع الرعاية النهارية مع عدد قليل جدا من البالغين، لتوفير الاهتمام الفردي.
- الطفل تحت رعاية متحدث غير اللغة الأصلية للأسرة.
- الطفل ثنائي اللغة أو متعدد اللغات، يتعلم لغتين أو أكثر في وقت واحد ولكن بسرعة أبطأ، فهم الطفل المشترك للغات أمر طبيعي في هذا العمر.
- يعاني الطفل من الحرمان النفسي والاجتماعي، مثل: (الفقر وسوء التغذية وسوء الإسكان والإهمال والحوار اللغوي غير الكافي والحرمان العاطفي).
- الطفل يتعرض للإساءة، فالآباء المسيئون أكثر عرضة لإهمال أطفالهم، وأقل احتمالا للتواصل معهم لفظيا.

أسباب فيزيائية:

قد يحدث تأخر اللغة من مجموعة متنوعة من الاضطرابات الأساسية، بما في ذلك ما يلي:

التأخر العقلي

- تأخر النضج (هذا التأخر في نضوج العمليات العصبية المركزية اللازمة لإنتاج الكلام غالباً، ما يكون سبباً للتحدث المتأخر).

ضعف السمع

- عسر القراءة: وهو اضطراب قراءة محدد قد يتسبب في تأخير اللغة في مرحلة ما قبل المدرسة.

إعاقة تعليمية:

- الشلل الدماغي، والذي يمكن أن تسهم فيه العديد من العوامل، ويتسبب في تأخير اللغة.
- التَّوَحُّد، وهو اضطراب في النمو، من بين أمور أخرى، لا يستخدم الأطفال اللغة، أو يستخدمونها بشكل غير طبيعي.

تلف في الدماغ.

- متلازمة كلاينفيلتر، هو خلل يولد به الذكور معهم كروموسوم X إضافي.
- حبسة استقبالية أو اضطراب لغوي استقبالي، أو عجز في فهم اللغة المنطوقة، أو القدرة على الاستجابة للغة المرسلة الناتجة عن تلف في الدماغ.
- حبسة معبرة، عدم القدرة على الكلام أو الكتابة، على الرغم من أن الفهم أمر طبيعي، بسبب سوء التغذية أو تلف في الدماغ أو عوامل وراثية.
- اضطراب في الجهاز العصبي:

ويمثل التأخر العقلي أكثر من 50% من الحالات التي تعاني من التأخر اللغوي، وعادة ما يكون التأخير اللغوي أكثر حدة من التأخير في النمو لدى الأطفال الذين يعانون من التأخر العقلي، وغالباً ما يكون هذا هو أول الأعراض الملحوظة للتأخر العقلي. التأخر العقلي في الغالب يصاحب بتأخر لغوي، بما في ذلك التأخر السمعي والتأخر في استخدام الإيماءات.

ضعف السمع هو أحد الأسباب الأكثر شيوعاً لتأخر اللغة، أي طفل لا يسمع الكلام بطريقة واضحة ومتسقة سيعاني من تأخر في اللغة، حتى ضعف السمع الطفيف يمكن أن يؤثر بشكل كبير على تطور اللغة.

الأطفال الذين يعانون من ضعف السمع الخُلقي (عند الولادة) أو فقدان السمع الذي يحدث خلال خلال العام الأول والثاني من الحياة (المعروف باسم فقدان السمع prelingual) يواجهون تأخراً خطيراً في اللغة، حتى عندما يتم تشخيص هذا الضعف وعلاجه في سن مبكرة، ومع ذلك، إن الأطفال المولودين لأولياء الأمور الصم الذين يستخدمون لغة الإشارة يطورون الثرثرة عند الرضع، ولغة إشارة معبرة تماماً بنفس معدل سماع الأطفال المولودين لآباء لا يعانون من أى مشاكل في السمع والنطق.

أعراض تأخر اللغة:

اكتساب اللغة - إدراك اللغة- تطوير اللغة

تتضمن أعراض تأخير اللغة ما يلي:

- عدم اكتساب اللغة بالشكل المناسب للعمر.
 - تأخر نسبه اللغة بالنسبة للعمر بنسبة لا تقل عن عام.
 - عدم القدرة على اتباع التعليمات.
 - الكلام البطيء، أو غير المفهوم بعد ثلاث سنوات من العمر.
 - صعوبات جديّة مع بناء الجُملة (وضع الكلمات في الجملة بالترتيب الصحيح).
 - صعوبات جديّة في التعبير، بما في ذلك الاستبدال، أو الإهمال أو التشويه لأصوات معينة.
- قد يكون للتأخر اللغوي الناتج عن الظروف الكامنة أعراض خاصة بالحالة، ومع ذلك قد تتضمن الأعراض المحددة لتأخر اللغة ما يلي:
- لا يصدر أصواتاً حتى عمر 12 إلى 15 شهراً من العمر.
 - عدم فهم الأوامر البسيطة قبل 18 شهراً من العمر.

- لا يتحدث من قبل عامين من العمر.
- لا يستخدم الجمل بعمر ثلاث سنوات.
- عدم القدرة على رواية قصة بسيطة بأربع أو خمس سنوات من العمر.

أعراض تأخر اللغة مع التأخر العقلي:

الأطفال المتأخرون ذهنياً عادة ما يكون نموهم طبيعياً خلال عامهم الأول، وقد يتحدثون عن كلماتهم الأولى ضمن الفئة العمرية العادية، ومع ذلك، فإنهم غالباً لا يستطيعون القيام بما يلي:

- وضع الكلمات معاً.
- التحدث في جمل كاملة.
- اكتساب مفردات أكبر وأكثر تنوعاً.
- تطوير نحوي.

قد يكون الأطفال المتأخرون ذهنياً يعانون من تكرار الكلمات، ولا يُظهرون إلا القليل من الإبداع، ومع ذلك يبدو أن تطور المفردات النحوية، يتقدم بمستوى متناسق مع نموهم البدني، فالمتأخر في النمو في كل مجالاته، يعاني من تأخر نمو شامل بنسب مختلفة، حسب شدة التأخر العقلي.

بشكل عام تتوقف شدة تأخر اللغة على شدة التأخر العقلي.

يتم تصنيف مستويات التأخر والمهارة اللغوية على النحو التالي:

- تأخر بسيط (معدل الذكاء [IQ] من 52-68): عادة ما يتطور في النهاية إلى مهارات لغوية.
- التأخر متوسط (نطاق الذكاء من 36 – 51): عادة ما يتعلم التحدث والتواصل.
- التأخر الشديد (نطاق الذكاء من 20-35): تكون اللغة محدودة، ولكن يمكن أن يتحدث بضع كلمات. تختلف تأخيرات اللغة بين الأطفال المتأخرين عقلياً اختلافاً كبيراً.

بعض الأطفال المصابين بتأخر عقلي شديد، والذين لديهم أيضاً استسقاء في الدماغ أو متلازمة وليمز، قد يكتسبون مهارات لغوية تحادثية استثنائية، تسمى أحياناً «متلازمة الثرثار» (chatterbox syndrome).

بعض الأطفال (يطلق عليهم علماء) يعتبرون متأخرين عقلياً؛ لكنهم يتعلمون لغتهم الأصلية، بالإضافة إلى اللغات الأجنبية، بسهولة بالغة، أما مع

متلازمة داون وبعض الاضطرابات الأخرى، يكون تأخر اللغة أكثر حدة من الإعاقات العقلية الأخرى. قد يكون هذا العامل بسبب تشوهات الوجه المميزة، والألسنة الكبيرة نسبياً للأطفال متلازمة داون، كما أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون، هم أكثر عرضة لضعف السمع وعدوى الأذن التي تسبب فقدان السمع.

أعراض تأخر اللغة مع الاضطرابات الأخرى:

تتضمن أعراض تأخير اللغة في الأطفال ضعاف السمع الآتى:

- الكلام غير المفهوم (الحديث بكلمات غير مفهومة) في سن أكبر من المعتاد.
- الكلام غير المفهوم (الحديث بكلمات غير مفهومة) هو أقل تنوعاً وأقل استدامة.
- الكلمات الأولى في سن الثانية أو أكثر.
- فقط جُمَل من كلمتين في سن الرابعة، أو الخامسة في طفل أصم بشكل عميق.

يعاني الأطفال المصابون بعسر القراءة من صعوبة في فصل أجزاء من الكلمات، والكلمات المفردة ضمن مجموعة من الكلمات، قد تشمل أعراضُ عُسْر القراءة ما يلي:

- ضعف التعبير.
- صعوبات في تحديد الأصوات داخل الكلمات، أو مزج الأصوات، أو القافية.
- صعوبة وضع الأصوات بالترتيب الصحيح.
- تردد في اختيار الكلمات.

عادة ما يُظهر الطفل الذى يعانى من صعوبة فى التعلم نمطاً متفاوتاً من التطور اللغوي، بالإضافة إلى ذلك، فإن حوالي 50% من الأطفال المصابين بالتَّوَحُّد لا يتعلمون أبداً الكلام.

غالباً ما يكون لدى أولئك الذين يتحدثون تأخر لغوي شديد، وقد يستخدمون كلمات بطرق غير معتادة، ونادراً ما يشاركون في حوار تفاعلي، وغالباً ما يتحدثون بإيقاع أو طريقة غير عادية، كلام بعض الأطفال المصابين بالتَّوَحُّد لديه جودة ناقصة أو يأخذ نمط الأغنية الكاملة.

الأطفال الذين يعانون من عمى خُلقي متوسط لديهم تأخر حوالي ثمانية أشهر في الكلام، على الرغم من أن الأطفال المكفوفين يطورون اللغة بنفس الطريقة، التي يطور بها الأطفال الطبيعيون، فقد يعتمدون أكثر على صِيغ المحادثة.

كلام الأطفال الذين يعانون من فقدان القدرة على الكلام هو تأخر على حد سواء، فالأطفال الذين يعانون من فقدان القدرة على الكلام يعجزون عن الكلام في سنّهم المعتاد، على الرغم من أنهم يتمتعون بالفهم والتعبير الطبيعي للكلام.

الأطفال الذين يعانون من آفات محددة في مناطق لغوية على جانبي الدماغ لديهم تأخر لغوي أولي، ولكن متغير إلى حد كبير، وعادة ما تدرك لغتهم في سن الثانية أو الثالثة دون أي عجز ملحوظ.

يؤثر Apraxia في القدرة على التسلسل وتحدث الأصوات والمقاطع والكلمات.

الأطفال الذين يعانون من الفكاهة يعرفون ما يريدون قوله، لكن أدمغتهم لا ترسل الإشارات الصحيحة إلى الشفاه والفك واللسان لتشكيل الكلمات، بالإضافة إلى تأخر اللغة، غالباً ما يؤدي الاعتلال إلى اضطرابات لغوية.

متى تتصل بالطبيب؟

يجب أن يكون للأطفال الذين لا يتحدثون على الإطلاق قبل سن الثانية تقييم تنموي كامل، كما يجب اختبار الأطفال الذين لا يتقدمون في مهارات تعلم الكلمات، في نهاية الصف الأول عن عسر القراءة.

التشخيص:

يتطلب تشخيص تأخر اللغة إجراء فحص بدني كامل وتاريخ تطور شامل، مع إعطاء اهتمام خاص لمعالم اللغة.

في الأطفال الصغار، قد يكون من الصعب للغاية التمييز بين المتكلم المتأخر، والاضطرابات النمائية المختلفة.

التشخيص في كثير من الأحيان يتم عن طريق اختصاصي النطق / اللغة.

يجب مقارنة الأداء اللغوي للأطفال ثنائيي اللغة، بالأطفال الذين يتحدثون بلغتين أخريين من خلفية ثقافية ولغوية متماثلة. يشير التأخر المعمم في جميع مراحل التطور إلى وجود تأخر عقلي. يتم استخدام اختبارات عديدة لفحص تأخر اللغة وتقييم تطور اللغة.

يتم وصف بعض هذه الخطوات أدناه:

- يعد اختبار «دنفر» لفحص النمو التنظيمي الاختبار الأكثر شعبية، في الاستخدام السريري للأطفال من الولادة وحتى عمر ست سنوات، بما أن التأخر اللغوي هو أكثر الأعراض المبكرة شيوعاً للضعف الفكري العالمي، فإن الاختبار يوفر تقييماً إنمائياً شاملاً.

- «The Early Language Milestone Scale» هي أداة بسيطة لتقييم تطور اللغة، لدى الأطفال دون سن الثالثة، وهو يعتمد على تقارير الأهل واختبار قصير جداً، يركز على اللغة المرئية والاستقبالية والتعبيرية.
- مقياس «مولين» للتعليم المبكر هو تقييم شامل للغة والحركية والقدرات الإدراكية لدى الأطفال من الولادة، وحتى عمر ثمانية أشهر.
- يُعد اختبار Peabody لمفردات الصور للأطفال، الذين تتراوح أعمارهم بين عامين ونصف، إلى 18 عاماً أداة مفيدة لفهم الكلمات.
- يوفر اختبار المفردات «مفرد المفردات»، صورة معلومات حول قدرة الطفل على فهم اللغة.
- اختبارات أخرى لتأخر اللغة ما يلي:
- اختبار إدراك الكلام المبكر.
- تقييم السلوكيات اللغوية في الأطفال الصغار النمو.
- اختبار «Fluharty Preschool» واختبار اللغة واختبار اللغة.
- تقييم الطلاقة في الأطفال في سن المدرسة.
- التقييم المهني لأساسيات اللغة.
- التقييم الصوتي لخطاب الطفل (قد يشير التقييم الأوّلي إلى الحاجة إلى اختبارات إضافية، لتحديد الظروف الفيزيائية الأساسية).

علاج و معاملة:

حوالي 60% من التأخر اللغوي في الأطفال دون سن الثالثة يُحل تلقائياً.

يمكن للاكتشاف المبكر والتدخل لتأخر اللغة، أن يساعد في تجنب المشاكل الاجتماعية والمعرفية والعاطفية.

يتم تخصيص علاج تأخر اللغة لكل طفل، مع الهدف الأساسي لتدريس استراتيجيات الطفل لفهم اللغة المحكية، وإنتاج السلوك اللغوي أو التواصل المناسب.

اعتماداً على نوع وسبب التأخر، قد يشمل فريق الرعاية الصحية طبيباً، وأخصائياً في علم الكلام/ اللغة، وأخصائياً في السمع، وطبيباً نفسانياً، ومعالجاً مهنياً، وأخصائياً اجتماعياً.

قد يوصى بالعلاج النفسي إذا كان تأخر اللغة مصحوباً بالقلق أو الاكتئاب.

يستخدم علاج النطق لمساعدة الأطفال المصابين بخلل عقلي على تطوير لغة واضحة.

قد يساعد العلاج السلوكي الأطفال المصابين بالتوحد في اكتساب الكلام.

الأطفال ذوى الإعاقة السمعية، الذين تم تحديدهم وتلقيهم للتدخل المبكر قبل ستة أشهر من العمر، يطورون مهارات لغوية أفضل بكثير من الأطفال الذين تم تحديدهم بعد ستة أشهر من العمر.

الاستخدام المبكر والمتسق والوعي لوسائط الاتصال المرئي، مثل: (لغة الإشارة، وإملاء الأصابع، والكلام الملصق، و/ أو تضخيم السمع، والتدريب الشفهي)، يمكن أن يقلل من تأخر اللغة.

وبما أن حوالي 10 في المائة فقط من الأطفال الصم يولدون لأبوين صم، يمكن للوالدين أن يروّجوا لتطوير لغة أطفالهم الصم من خلال، تعلم واستخدام لغة الإشارة.

تتوفر العديد من أنواع السماعات المساعدة للأطفال الذين لا تتجاوز أعمارهم ثلاثة أشهر.

يمكن استخدام غرسات Cochlear للأطفال الصم الذين تتراوح أعمارهم بين عامين وستة أعوام.

عادة ما يطور هؤلاء الأطفال مهارات لغوية أفضل من أولئك الذين لديهم أجهزة سمع أو أجهزة أخرى.

مع التدخل المناسب، يتأخر الأطفال المتأخرون لغويًا عادةً عن أقرانهم. الأطفال الذين لديهم تأخر في النضج، عادة ما يكون لديهم نمو لغوي طبيعي عند دخولهم المدرسة.

على الرغم من أن البيئة المنزلية ثنائية اللغة، يمكن أن تسبب تأخرًا مؤقتًا في اللغة، إلا أن معظم الأطفال يتقنون كلتا اللغتين قبل سن الخامسة. ومع ذلك، قد يتسبب التأخر اللغوي المبكر في حدوث مشكلات في السلوك والتفاعلات الاجتماعية. يمكن أن يؤدي تأخر اللغة إلى الطفل الاختياري، وهي حالة يختار فيها الأطفال عدم التكلّم. مثل هؤلاء الأطفال يتحدثون عادة عندما يكونون بمفردهم، مع أصدقائهم، وأحيانًا مع آبائهم؛ ومع ذلك، فإنهم لن يتحدثوا في المدرسة، في المواقف العامة، أو مع الغرباء.

في نهاية المطاف، يتطور لدى معظم الأطفال المعاقين ذهنيًا درجة ما من اللغة على الأقل؛ لكن الإحباط والغضب من عدم قدرتهم على التواصل بفعالية، يمكن أن يؤدي إلى العديد من المشكلات الاجتماعية والسلوكية. قد يتكلم المراهق الذي يعاني من متلازمة داون، ومعدل الذكاء حوالي 50 عند المستوى النحوي لعمر لا يتجاوز ثلاث سنوات، مع جمل قصيرة ومتكررة وبسيطة، ومع ذلك، فإن الأطفال المصابين بمتلازمة داون، غالبًا ما يكونون اجتماعيين للغاية، ومهتمين بلغة التخاطب. يمكن للأطفال ضعاف السمع الذين يتلقون تدخلًا مبكرًا، أن يتطوروا بنفس معدل الأطفال الآخرين، ومع ذلك، اعتمادًا على شدة فقدان السمع، قد يستمر لديهم صعوبات في التعبير وجودة الكلام، بالإضافة إلى اللغة المكتوبة، الأطفال الذين يفقدون سمعهم بعد السنوات القليلة الأولى من الحياة، لديهم تأخر لغوي أقل بكثير من الأطفال الصم منذ الولادة، أو الذين يفقدون السمع خلال السنة الأولى. يكتسب معظم الأطفال الذين يعانون من فقدان القدرة على التواصل بشكل تدريجي لغة خاصة بهم، يفهمها فقط من يقترب منهم. الأطفال الذين يعانون من فقدان القدرة على الكلام المُعَبَّر، لن يطوروا مهارات لغوية طبيعية دون تدخل، ويكونون عرضة لخطر صعوبات تعلم اللغة.

الوقاية

لا يوجد تدخل طبي معروف لمعظم حالات التأخر اللغوي. قد تساعد الرعاية السابقة للولادة والتغذية الجيدة أثناء الحمل والطفولة المبكرة، في منع بعض التأخيرات اللغوية التعبيرية. عادة لا يعاني الأطفال الذين يعانون من ضعف السمع، والذين يستخدمون لغة الإشارة داخل عائلاتهم، من تأخر في إدراك مفاهيم اللغة.

اهتمامات الوالدين:

يستطيع اختصاصيُّ النطق/ اللغة أن يقوم بتدريس طرقٍ للوالدين لتشجيع وتطوير لغة أطفالهم، كما تتوفر برامج خاصة لمساعدة الأطفال المتأخرين عن اللغة وأولياء أمورهم.

يجب على الآباء ومقدمي الرعاية ومعلمي الأطفال الذين يعانون من تأخرٍ في اللغة اتخاذ الخطوات التالية:

- ضبط خطابهم على مستوى الطفل.
- استخدام لغة مَنَسَّقَة.
- استخدام لغة ذاتِ معنَى.
- تكرار الكلمات والعبارات والجمل والقَصص.
- استخدام تعليمات مجموعة صغيرة.

التشخيص:

- **Apraxia** - تعبير عن القدرة على صنع حركات هادفة، ولكن ليس الشلل أو فقدان الإحساس.
- **حبسة معبرة**- اضطراب في النمو، يكون فيه الطفل متمتعا ببراعة أقل من العادي في المفردات، وإنتاج الجمل المعقدة، واسترجاع الكلمات، على الرغم من أن فَهْم اللُّغَة أمر طبيعي.
- **تأخر النضج**- تأخر اللغة التطويرية، تأخر في اللغة بسبب بقاء نضج مراكز الكلام في الدماغ، غالبا ما يسبب الحديث المتأخر.
- **حبسة تخيلية**- اضطراب في النمو يصاب فيه الطفل بصعوبة في فهم اللغة المنطوقة والمكتوبة.
- يتعلم الأطفال اللغة بمعدلات مختلفة؛ ولكن إذا كان الأطفال يفتقدون مراحل تطور اللغة إلى حد بعيد، فإنهم يصلون إلى التأخر اللغوي.

الأعراض:

- تأخر اللغة هو: عندما يواجه الأطفال صعوبات غير معتادة في سِنِّهِمْ عندما يتحدثون، قد تكون هذه صعوبات في:
- قول الكلمات الأولى أو كلمات التعلُّم.
 - وضع الكلمات معا لتكوين الجمل.
 - بناء المفردات اللُّغوية.
 - فهم الكلمات أو الجمل.
- ترتبط بعض التأخيرات اللغوية بظروف، مثل: اضطراب طيف التَّوَحُّد أو متلازمة داون أو ضعف السمع. رغم أن الكثير منهم يتحدث من تلقاء نفسه.

تأخر اللغة، اضطراب الكلام أو اضطراب اللغة التنموي؟

اختلاف اللغة يختلف عن اضطراب الكلام أو اضطراب اللغة التنموي.

اضطراب الكلام (الصوت) هو: عندما يواجه الأطفال صعوبة في نطق الأصوات بالكلمات، هذا يمكن أن يجعل من الصعب فهم كلامهم، قد يعاني الأطفال المصابون باضطراب في الكلام من مهارات لغوية جيدة؛ أي أنهم يفهمون الكلمات والجمل بشكل جيد، ويمكن أن يشكّلوا الجمل بالطريقة الصحيحة.
إذا كان الطفل لديه تأخر في اللغة لا يختفي، فقد يكون ذلك علامة على اضطراب لغوي نمائي، الأطفال الذين يعانون من اضطراب لغوي تنموي لديهم صعوبات في الفهم و/ أو التحدث، هذه الصعوبات تؤثر على حياتهم اليومية.
لا يعاني الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الكلام بالضرورة من تأخر في اللغة، وليس كل الأطفال الذين لديهم تأخر لغوي لديهم مشاكل في الكلام.

متى تحصل على مساعدة لتأخر اللغة؟

يطور الأطفال اللغة بمعدلات مختلفة، لذا قد لا تساعدك مقارنة طفلك مع أطفال آخرين، من نفس العمر في معرفة ما إذا كان طفلك يعاني من تأخر في اللغة.

من الأفضل طلب المشورة المهنية إذا رأيت أيًا من العلامات التالية في طفلك في أعمار مختلفة:

قبل 12 شهرًا:

لا يحاول طفلك التواصل معك باستخدام الأصوات والإيماءات و/ أو الكلمات، خاصة عند الحاجة إلى المساعدة أو الرغبة في شيء ما.

قبل 2 سنتين:

طفلك:

- لا يتحدث 50 كلمة مختلفة.
- لا يجمع بين كلمتين أو أكثر معًا- على سبيل المثال: «أريد أن أشرب».
- لا يتحدث الكلمات بشكل عفوي؛ أي أن طفلك لا يردد الكلمات أو العبارات من الآخرين.
- لا يبدو أنه يفهم تعليمات أو أسئلة بسيطة، على سبيل المثال: «أحضر حذاءك» ، «هل ترغب في مشروب؟» أو «أين بابا؟».

وبحلول عامين، يُظهر حوالي واحدٌ من كل خمسة أطفال علامات على وجود تأخر في اللغة، يُطلق على هؤلاء الأطفال أحياناً «المتكلمون المتأخرون»، الكثير منهم سيلحق بهم عندما يكبرون؛ لكنَّ البعض سيظل يواجه مشكلة مع اللغة.

في 3 سنوات

طفلك:

- لا يدمج الكلمات في عبارات أو جُمَل أطول، على سبيل المثال: «ماما ساعدينى» أو «هل تريد المزيد من الشراب»
- لا يبدو أنه يفهم تعليمات أو أسئلة أطول، على سبيل المثال: «أحضِر حذاءك ووضِّعه في الصندوق» أو «ماذا تريد أن تأكل فى طعام الغداء اليوم؟».
- لا يهتم بالكتب وتصفحها بصورة جيدة.
- لا يطرح أسئلة.

من 4-5 سنوات فما فوق:

لا يزال بعض الأطفال يواجهون صعوبات في اللغة عندما يبدأون مرحلة ما قبل المدرسة، إذا كانت هذه الصعوبات لا يمكن تفسيرها بأشياء أخرى، مثل: اضطراب طيف التوحد أو فقدان السمع، فقد يكون هذا الاضطراب اللغوي نمائياً.

الأطفال الذين يعانون من اضطراب اللغة التنموي:

- يعانون فى تعلم كلمات جديدة وإجراء محادثة.
- لا يقومون باستخدام جُمَل قصيرة وبسيطة، وغالباً ما يتركون الكلمات المهمة في الجُمَل.
- الاستجابة لجزء فقط من التعليمات، ينفذون أمراً واحداً من عدة أوامر متتالية.
- لا يستطيعون التعبير بالزمن الماضي، أو الحاضر أو المستقبل بالطريقة الصحيحة، على سبيل المثال: يقولون: «يكتب» بدلاً من «كتب» عند الحديث عن الأنشطة التي قاموا بها بالفعل.
- يجدون صعوبة في استخدام الكلمات المناسبة عند التحدث، وقد يستخدمون كلمات عامة لا تناسب الموقف.
- قد لا يفهمون معنى الكلمات أو الجُمَل أو القصص.

في أي عمر طفلك:

- تم تشخيصه بفقدان السمع أو التأخر في النمو أو المتلازمة التي قد تؤثر في اللغة، على سبيل المثال: اضطراب طيف التوحد، ومتلازمة داون، أو غيرها من المتلازمات، مثل: Klinefelter و Landau-Kleffner و Fragile X.
 - توقّف عن فعل الأشياء التي اعتاد أن يفعلها، على سبيل المثال: توقّف عن الكلام.
- يحتاج الأطفال الذين يواجهون صعوبات في اللغة إلى المساعدة في أقرب وقت ممكن، أنت أفضل قاض في تطوير لغة طفلك، إذا كنت قلقاً، فثق في غرائزك وتحدث مع متخصص، أو معلم طفلك أو أخصائي علم النطق، إذا لم يهتم هذا المحترف بطفلك، ومازلت قلقاً، ابحث عن رأي آخر.

أين يمكن الحصول على مساعدة لتأخر اللغة؟

إذا كنت تعتقد أن طفلك يواجه مشكلة في اللغة، تحدث إلى متخصص، على سبيل المثال:

• المعلمون في مركز رعاية الطفل أو الحضانة أو المدرسة.

• طبيب أمراض النطق.

• طبيب السمع.

• طبيب عام أو طبيب أطفال.

• ممرضة صحة الطفل والأسرة.

• طبيب نفسي.

إذا كنت تعتقد أن المشكلة الرئيسية لطفلك، هي فهم اللغة واستخدامها، فقد ترغب في زيارة طبيب أمراض النطق.

يمكن لأخصائيي أمراض النطق، استخدام اختبارات اللغة، لتقييم كيفية استخدام طفلك الكلمات، واستجابته للطلبات أو الأوامر أو الأسئلة.

إذا كنت تعتقد أن طفلك قد يعاني من ضعف في السمع، فمن الأفضل أن يتم فحص السمع لطفلك من قبل اختصاصي السمع، فيمكن أن يتداخل

فقدان السمع مع تطور لغة طفلك وتواصله.

أسباب تأخر اللغة:

نحن لا نعرف ما الذي يسبب تأخر اللغة في معظم الحالات؛ لكننا نعرف أنه من المحتمل أن يكون المكون الجيني أو البيولوجي، أي أن تأخر اللغة قد يحدث في العائلات.

تأخر اللغة أكثر احتمالاً في:

- البنين.
- الأطفال الذين لديهم أحد أفراد العائلة المقربين، الذين لديهم تاريخ من تأخر اللغة أو اضطراب التواصل.
- الأطفال الذين لديهم اضطراب أو متلازمة النمو، مثل: اضطراب طيف التوحد أو متلازمة داون.
- الأطفال الذين يعانون من مشاكل السمع المستمرة والتهابات الأذن.

ما هو تأخر الكلام واللغة؟

تأخر النطق واللغة هو: عندما لا يقوم الطفل بتطوير الكلام واللغة بمعدل مُتَوَقَّع، وهي مشكلة تطويرية مشتركة تؤثر على ما يصل إلى 10% من الأطفال قبل سن المدرسة.

كيف أعرف أن طفلي لديه تأخر في الكلام؟

كل طفل يتطور في سرعته الخاصة؛ لكن إذا كان طفلك لا يتحدث بقدر ما يتحدث معظم الأطفال في نفس العمر، فقد تكون المشكلة هي تأخر الكلام.

أعراض تأخر الكلام واللغة:

قد يكون لطفلك تأخر في الكلام، إذا كان غير قادر على القيام بهذه الأشياء:

- لا يذكر كلمات بسيطة، مثل: («ماما») سواء بشكل واضح، أو غير واضح بعمر 12 إلى 15 شهراً.
- لا يفهم الكلمات البسيطة، مثل: («لا» أو «توقف») بعمر 18 شهراً.
- لا يتحدث بجملي قصيرة بعمر 3 سنوات.
- لا يسرد قصة بسيطة من 4 إلى 5 سنوات من العمر.

ما الذي يسبب تأخر الكلام واللغة؟

تشمل أكثر أسباب تأخر الكلام شيوعاً ما يلي:

- فقدان السمع.
- التطور البطيء.
- التأخر العقلي.

تشمل الأسباب الأخرى:

- الحرمان النفسي الاجتماعي (لا يقضي الطفل وقتاً كافياً في التحدث مع البالغين).
- ولادته توأم.
- التَّوَجُّد (اضطراب في النمو).
- الذكورة والاختيارية (الطفل لا يريد التحدث).
- الشلل الدماغي (وهو اضطراب حركي يسببه تلف في الدماغ).

لماذا قد يؤثر العيش في منزل ثنائي اللغة على لغة الطفل؟

على الدماغ أن يعمل بجد لتفسير واستخدام لغتين، لذلك قد يستغرق الأمر وقتاً أطول، حتى يبدأ الأطفال في استخدام إحدى اللغتين أو كليهما، ليس من غير المعتاد أن يستخدم الطفل ثنائي اللغة لغة واحدة فقط لفترة من الزمن.

كيف يتم تشخيص تأخر النطق واللغة؟

يمكن أن يساعدك الطبيب في التعرف على تأخر الكلام واللغة، ويمكنه الاستماع إلى خطاب طفلك والتحقق من التطور العقلي لطفلك، وقد يحيلك طبيبك أيضاً إلى متخصصين آخرين، على سبيل المثال: قد يقترح عليك الطبيب فحص السمع لطفلك، فمن المرجح أن يقوم أخصائي السمع (وهو أخصائي رعاية صحية سمعي مرخص) بإجراء اختبار السمع للتحقق من وجود مشاكل في السمع.

هل يمكن منع أو تأخير تأجيل الكلام واللغة؟

اعتماداً على ما يسبب تأخير خطاب طفلك، قد لا تتمكن من منعه، إذا تأخر خطاب طفلك بسبب فقدان السمع، فقد تساعد زراعة القوقعة الصناعية طفلك على سماع الكلام، وبمجرد أن يتمكن طفلك من الوصول إلى الصوت (والكلام)، قد يتمكن من تطوير لغة، وحتى اللحاق بأقرانه الذين لا يعانون من أي مشكلات في السمع.

إذا سمع طفلك اللغة واستوعبها، فيمكنك تشجيعه على التحدث بقدر ما تستطيع، وتحدث إليه أنت بصورة مستمرة، ليكتسب العديد من الكلمات ويخزنها، وصِف ما تقوم به، أثناء عملك، مثال: أثناء غسيل الأطباق، أثناء سقي النباتات، أثناء تحضير الوجبات، استمر في الكلام. إذا كان طفلك يتكلم، أكد ما يقوله، وقيّم ردود الفعل دائماً.

علاج تأخر النطق واللغة:

- قد لا يحتاج طفلك إلى أي علاج، فبعض الأطفال يأخذون المزيد من الوقت لبدء الحديث.
- تعتمد الطريقة التي يتعامل بها طبيبك مع طفلك على سبب تأخر الكلام، وسيخبرك طبيبك عن سبب مشكلة طفلك ويشرح أي علاج قد يعالج المشكلة أو يجعلها أفضل.
- قد يكون أخصائي علم النطق واللغة مفيداً في وضع خطط العلاج، ويمكن أن يوضح لك هذا الشخص كيفية مساعدة طفلك على التحدث أكثر والتحدث بشكل أفضل، كما يمكنه تعليم طفلك كيفية الاستماع أو كيفية قراءة الشفاه.
- ومن بين العاملين الآخرين في الرعاية الصحية، الذين قد يكونون قادرين على مساعدتك وطفلك، أخصائي السمع، أو الطبيب النفسي (متخصص في المشكلات السلوكية)، أو معالج مهني أو عامل اجتماعي (يمكن أن يساعد في مشاكل عائلية)، وسيقوم طبيب العائلة بإحالتك إلى العاملين في الرعاية الصحية، إذا كان طفلك بحاجة إلى مساعدته.

العيش مع الكلام وتأخر اللغة:

قد يكون التأخر في الكلام واللغة محبطاً للآباء والأطفال، فالطفل الذي لا يستطيع التعبير عن أفكاره وعواطفه هو الأكثر احتمالاً للغضب بسرعة، وقد يستخدم سلوكاً غير متوقع لجذب انتباهك. حاول أن تتذكر أن طفلك يريد التواصل معك. اقرأ لطفلك وتحدث بقدر ما تستطيع، وشجعه على الكلام.



عندما يحاول هو أو هي التحدث، أثنِ على جهودهما، وشجعهما.

ضعف اللُّغة

ما هو ضعف اللغة المحدد؟

ضعف اللغة المحدد (SLI) هو: اضطراب لغوي يؤخر إتقان المهارات اللغوية عند الأطفال الذين ليس لديهم فقدان السمع أو أي تأخر في النمو، ويسمى SLI أيضاً «اضطراب اللغة التنموي»، وتأخر اللغة، أو خلل النمو التنموي، وهي واحدة من أكثر إعاقات تعلّم الطفولة شيوعاً، حيث تؤثر على ما يقرب من 7% إلى 8% من الأطفال في رياض الأطفال، ويستمر تأثير SLI في مرحلة البلوغ.

ما هي أسباب ضعف اللغة المحدد؟

سبب SLI غير معروف؛ ولكن الاكتشافات الحديثة تشير إلى أنه يحتوي على ارتباط وراثي قوي، فالأطفال الذين لديهم SLI هم أكثر عرضة من أولئك الذين ليس لديهم SLI، أن يكون لديهم الآباء والأشقاء الذين واجهوا صعوبات وتأخرًا في التحدث. في الواقع، لدى 50% إلى 70% من الأطفال المصابين بـ SLI شخص واحد آخر على الأقل من المصابين بهذا الاضطراب.

ما هي أعراض ضعف اللُّغة المحدد؟

غالبًا ما يتأخر الأطفال الذين يعانون من SLI في الكلام، وقد لا يتحدثون أي كلمات حتى يبلغوا عامين من العمر، وفي سن 3 سنوات قد يتحدثون؛ ولكن قد لا يكون حديثهم مفهوماً، وعندما يكبرون يحاول الأطفال الذين يعانون من SLI، تعلم كلمات جديدة وإجراء محادثة.

وجود صعوبة في استخدام الأفعال هو السمة المميزة لـ SLI، تتضمن الأخطاء النموذجية التي يتلقاها الطفل البالغ من العمر 5 سنوات مع SLI إسقاط الحروف من نهاية الأفعال المتوترة، وإسقاط الماضي، وطرح الأسئلة دون الأفعال «be» أو «do» المعتادة، على سبيل المثال، بدلاً من قول «إنها ركبت الحصان»، سيقول طفل مع SLI، «إنها تركب الحصان.» بدلاً من قول «لقد أكل الكعكة»، سيقول طفل مع SLI، «إنه يأكل الكعكة.» بدلاً من أن يقول «لماذا هو مثلي؟»، سوف يسأل طفل مع SLI، «لماذا يجبنني؟»

كيف يتم تشخيص ضعف اللغة الممدد لدى الأطفال؟

أول شخص يشتبه في أن الطفل قد يكون SLI في كثير من الأحيان أحد الوالدين، أو مرحلة ما قبل المدرسة أو مدرس في المدرسة، وقد يشارك عدد من محترفي لغة الكلام في التشخيص، بما في ذلك أخصائي علم النطق واللغة (متخصص في الصحة مدرب على تقييم وعلاج الأطفال الذين يعانون من مشاكل في الكلام أو اللغة).

يتم اختبار المهارات اللغوية باستخدام أدوات التقييم التي تقيس مدى نجاح الطفل في تكوين الجمل، والحفاظ على الكلمات في ترتيبها الصحيح، وعدد الكلمات في مفرداته، ونوعية لغته المنطوقة، وهناك عدد من الاختبارات المتاحة تجارياً، التي يمكنها تشخيص SLI على وجه التحديد. تستخدم بعض الاختبارات التفاعلات بين الطفل والدُّمى والألعاب الأخرى للتركيز على قواعد النحو المحددة، وخاصة إساءة استخدام الكلمات الفعلية. ويمكن استخدام هذه الاختبارات مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 و 8 سنوات، وهي مفيدة بشكل خاص لتحديد الأطفال الذين يعانون من SLI بمجرد دخولهم المدرسة.

ما هي العلاجات المتاحة للضعف اللغوي المحدد؟

لأن SLI يؤثر على القراءة فيؤثر أيضاً على التعلُّم. إذا لم يتم علاجها في وقت مبكر، يمكن أن تؤثر على أداء الطفل في المدرسة. بما أن العلامات المبكرة لـ SLI غالباً ما تكون موجودة في الأطفال الذين لا تتجاوز أعمارهم 3 سنوات، يمكن استخدام سنوات ما قبل المدرسة لإعدادهم لرياض الأطفال، مع برامج خاصة مصممة لإثراء تطوير اللغة. قد يقوم هذا النوع من برامج الفصل الدراسي، بتأهيل الأطفال الذين يعملون بشكل نموذجي، ليكونوا نموذجاً يُحتذى به للأطفال الذين لديهم أنشطة SLI، وأنشطة مميزة تشجع على لعب الأدوار وزمن المشاركة، بالإضافة إلى دروس عملية لاستكشاف مفردات جديدة ومثيرة للاهتمام. قد يرغب بعض الآباء أيضاً في أن يساعد طفلهم أخصائي في علم النطق واللغة، يستطيع التقييم وتقدير احتياجات أطفالهم، وإشراكه في الأنشطة المنظمة، والتوصية بالمواد المنزلية للإثراء في المنزل.

ما هي أنواع البحوث التي تُجرى؟

. يدعم المعهد الوطني للصمم واضطرابات التواصل الأخرى (NIDCD) مجموعة واسعة من الأبحاث لفهم الأسس الجينية لـ SLI، وطبيعة العجوزات

اللغوية التي تسببها، وطرق أفضل لتشخيص الأطفال ومعالجتهم.

البحث الوراثي:

قام الباحثون في المعهد الوطني للوقاية من الإشعاع NIDCD مؤخرًا، بتحديد متغيّر شائع في جين على الكروموسوم 6، يسمى الجين KIAA0319، والذي يبدو أنه يلعب دوراً رئيساً في SLI.

يلعب الشكل الجيني دوراً داعماً في صعوبات التعلم الأخرى، مثل عسر القراءة، وبعض حالات التوحد، واضطرابات الصوت الكلامي (الظروف التي لا يتم فيها إنتاج أصوات الكلام، أو إنتاجها أو استخدامها بشكل غير صحيح).

هذه النتيجة تدعم فكرة أن الصعوبات في تعلم اللغة قد تأتي من نفس الجينات، التي تؤثر على الصعوبات في قراءة وفهم النص المطبوع، كما يجري استكشاف جينات أخرى ذات تأثير محتمل.

البحث ثنائي اللغة:

- تعتمد الاختبارات المعيارية، التي يستخدمها أخصائيو أمراض النطق واللغة في المدارس، لفحص حالات ضعف اللغة على معالم التطور اللغوي النموذجية في اللغة الإنجليزية.
- نظراً لأن الأطفال ثنائيي اللغة يُحتمل أن يسجلوا في نطاق الخطر في هذه الاختبارات، يصبح من الصعب التمييز بين الأطفال الذين يناضلون من أجل تعلم لغة جديدة، والأطفال الذين يعانون من إعاقات لغوية حقيقية.
- بعد دراسة مجموعة كبيرة من الأطفال ذوي الأصول الأسبانية الذين يتحدثون الإنجليزية كلغة ثانية، قام باحثون عن NIDCD بتطوير اختبار تشخيص ثنائي اللغة، لتحديد الأطفال ثنائيي اللغة الذين يعانون من إعاقة لغوية.
- يتم اختبارها الآن في مجموعة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين 4 إلى 6 سنوات، وسيتم توسيعها في النهاية للأطفال من 7 إلى 9 سنوات.
- ويحاول فريق البحث نفسه أيضاً، تنفيذ برنامج تدخّل مع مجموعة صغيرة من طلاب الصف الأول الثنائي اللغة، مع SLI للعثور على تقنيات واستراتيجيات تساعد على النجاح أكاديمياً.
- لكن حتى الآن الجميع يحذّر الآباء، عندما يعاني أبنائهم من تأخر لغوي في استخدام لغتين؛ بل يُفضّل أن يتم التعامل باللغة الأم للأبوين.

البحث التشخيصي:

- يعاني الأطفال المصابون بـ SLI من مشاكل اتصال مهمة، وهي أيضاً سمة مُميّزة لمعظم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد (ASD).
- الضعف في فهم و بداية اللغة المنطوقة شائع في كلا المجموعتين.
- لا يعرف أحد حتى الآن، ما إذا كانت هناك علامات تنموية مبكرة، يمكن أن تشير إلى صعوبات اللغة أو تنبأ بها، ومن المحتمل أن تسمح بالتعرف المبكر والتدخل مع هؤلاء الأطفال.
- يقوم NIDCD بتمويل الباحثين الذين يبحثون عن علامات الخطر المرتبطة بـ SLI و ASD، والتي يمكن أن تشير إلى مشاكل لاحقة في الكلام والاتصال.
- في مجموعة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و 1 سنة، والذين بسبب تاريخ العائلة، معرضون لخطر SLI أو ASD، يقوم الباحثون بجمع البيانات باستخدام إجراءات سلوكية، وتتبع العين، وعلم الأعصاب، بالإضافة إلى مقاييس عامة للإدراك وتصوير الدماغ.
- ثم يتابعون هؤلاء الأطفال حتى يبلغوا من العمر 3 سنوات، لمعرفة ما إذا كانت هناك مؤشرات خاصة بـ SLI أو ASD والتي يمكنها التنبؤ بتطور أي من الاضطرابين.
- النتائج من هذا البحث يمكن أن يكون لها تأثير كبير في تطوير طرق جديدة للفحص المبكر والتشخيص لـ SLI و ASD.

تطوير اللغة

يُعد تطوير الكلام واللغة مؤشراً مفيداً على التطور الكلي والقدرة المعرفية لدى الطفل. قد يؤدي تحديد الأطفال المعرضين لخطر التأخر في النمو، أو المشاكل ذات الصلة، إلى التدخل والمساعدة في سن مبكرة، إن فرص تحسين نطق الأطفال لا تأتي إلا في حالة التدخل المبكر، وهذا المنطق يدعم فحص الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة بسبب تأخر النطق واللغة، أو ضعف أو اضطراب اللغة الأساسية، والذي يحتاج إلى الدمج في ممارسات المراقبة التنموية الروتينية لدى الأطباء الذين يرعون الأطفال. الكلمات الرئيسية: التدخل المبكر، وتحديد الهوية، وتأخير اللغة، وتأخير الكلام. يعتبر تطوير الكلام واللغة عند الأطفال عملية ديناميكية. يشير الكلام إلى آليات الاتصال الشفوي، أو الفعل الحركي للتواصل عن طريق التعبير في التعبيرات اللفظية. اللغة تشمل فهم ومعالجة وإنتاج الاتصال. وقد تم وصف عدة أنواع من تأخر الكلام والاضطرابات، على الرغم من أن المصطلحات المستخدمة لوصفها تختلف. تشمل مشكلات الكلام التأناة، أو خلل الوظيفة، أو اضطرابات النطق، أو جودة الصوت وطريقة الأداء والنطق.

- قد تجد تأخر اللغة التعبيرية دون تأخر اللغة الاستقبالية؛ لكنها غالباً ما تحدث في الأطفال. [1]
- قد يعاني بعض الأطفال أيضاً من اختلال اللغة، وقد تتضمن هذه المشكلات اللغوية صعوبة في القواعد النحوية (قواعد اللغة)، أو الكلمات أو المفردات (دلالات الألفاظ)، والقواعد ونظام إصدار الصوت الكلامي (علم الصوت)، ووحدات الكلمة التي تعني (المورفولوجية)، واستخدام اللغة خاصة في السياقات الاجتماعية (البراغماتية).
- يمكن أن توجد مشكلات في الكلام واللغة معاً أو بشكل منفصل.
- بصفة عامة، يعتبر الطفل متأخراً بالكلام إذا كان خطاب الطفل أقل بكثير من المعيار الخاص بالأطفال من نفس العمر.
- الطفل المصاب بتأخر في الكلام لديه تطور في النطق يكون نموذجياً لطفل نموذجي في عمر أصغر سناً، ويتم اكتساب مهارات الطفل المتأخر في تسلسل عادي، ولكن بمعدل أبطأ من المعدل الطبيعي. [2]
- قد يعاني الأطفال، الذين يبلغون من العمر 5 سنوات أو أقل، والذين يعانون من تأخر في النطق واللغة دون علاج، من مهارات القراءة المتدنية والمهارات اللفظية والهجائية الضعيفة، ومشاكل السلوك وتعطل التكيف النفسي الاجتماعي. [3] وهذا يمكن أن يؤدي إلى انخفاض التحصيل الدراسي الإجمالي، وانخفاض معدل الذكاء الذي قد يستمر في سن الرشد.
- [4] وهكذا، فإن فحص وتحديد تأخر الكلام يمكن أن يؤدي إلى التدخل المبكر والعلاج.
- في هذا المقال، سنناقش مسببات تأخر النطق عند الأطفال، اختبارات الفحص، الإدارة، ودور طبيب أسنان الأطفال في التشخيص والإحالة لمزيد من التدخل والعلاج.

تطوير الكلام بشكل طبيعي

تتكون آلية إنتاج الكلام من أربع عمليات. [5]

- معالجة اللغة: حيث يتم تحويل محتوى الكلام إلى رموز صوتية في مركز لغة الدماغ.
 - صدور الأوامر الحركية للأعضاء الصوتية من مركز الدماغ.
 - الحركة المنطقية لإصدار الكلام من قبل الأعضاء الصوتية بناء على هذه الأوامر الحركية.
 - انبعاث الهواء المرسل من الرئتين في شكل خطاب.
- لتحديد ما إذا كان الطفل لديه تأخر في الكلام، يجب أن يكون لدى الطبيب معرفة أساسية بمعالم الكلام.

إن إحدى العلامات المهمة هو طريقة تحدث الطفل وهو عصبى، أو وهو بدون عصبية، ولكن لكل حالة تفسير مختلف، فعندما يتحدث بكلمات غير مفهومة، الصدى، المصطلحات، الكلمات ومجموعات الكلمات، وتشكيل الجملة، إذا كانت تظهر هذه المشكلات فى الوضع الطبيعي. [6] أو تظهر فى الوضع العصبى، وتختلف فى الوضع الطبيعي أو تقل، فإن كل حالة لها تفسيرها المختلف.

النمط العادي لتطوير الكلام:

من الصعب الحصول على الأرقام الدقيقة، التي من شأنها توثيق انتشار تأخر النطق لدى الأطفال، بسبب المصطلحات المُربِكة، والاختلافات في معايير التشخيص، وعدم موثوقية ملاحظات الأبوين غير المؤكدة، وعدم وجود إجراءات تشخيص موثوقة، ومشاكل منهجية في أخذ العينات واسترجاع البيانات. يمكن القول مع ذلك، أن تأخير الكلام هو مشكلة شائعة في مرحلة الطفولة تؤثر على 3% إلى 10% من الأطفال.

هذا الاضطراب أكثر انتشاراً بين الأولاد فيظهر لدى الذكور بأربعة أمثال البنات 1/4. [7]، [8]، [9]، [10]

علم أسباب الأمراض

قد يكون تأخر الكلام مظهراً للعديد من الاضطرابات

أسباب تأخر الكلام:

1 - التأخر العقلي:

التأخر العقلي هو السبب الأكثر شيوعاً لتأخر الكلام، وهو ما يمثل أكثر من 50% من الحالات [11]، حيث يُظهر الطفل المتأخر عقلياً تأخراً في اللغة بصفة عامة، كما أنه يسبب تأخر الفهم السَّمعي، وتأخر استخدام الإيماءات.

بشكل عام، كلما كان التأخر العقلي أكثر حدة، كلما كان أبطأ فى اكتساب الكلام والتواصل. [12]

2 - فقدان السمع:

السمع السليم في السنوات القليلة الأولى من الحياة أمر حيوي لتطوير اللغة والكلام. فقدان السمع في مرحلة مبكرة من التطور قد يؤدي إلى تأخر كبير في الكلام. [13]

قد يكون فقدان السمع أو يحدث فقدان الموصِل الحسي العصبي، نتيجة مشكلة تحدث فى الأذن أو الأعصاب المسؤولة عن الكلام، مثال: تشوهات

هياكل الأذن الوسطى، ومشاكل فى القناة السمعية الخارجية.[14]،[15] قد ينتج فقدان السمع الحسي العصبي من عدوى داخل الرحم، اليرقان النووي، العقاقير السامة للأذن، التهاب السحايا الجرثومي، نقص الأكسجين، نزيف داخل الجمجمة، متلازمات معيَّنة، على سبيل المثال: متلازمة بندت، متلازمة واردنبورغ، متلازمة أوشر، والتشوهات الصبغية)، على سبيل المثال: متلازمات تثلثي).

3- تأخير النضج :

يمثل تأخر النضج (تأخير اللغة التطوري) نسبة كبيرة من المتحدثين. فى هذه الحالة، يحدث تأخير فى نضوج العملية العصبية المركزية، اللازمة لإنتاج الكلام.[16] هذه الحالة أكثر شيوعاً لدى الأولاد الذكور، وكثيراً ما يكون فى تاريخ عائلة من «يعانى بعض أفرادها من تأخر فى اللغة» موجوداً. إن تشخيص هؤلاء الأطفال جيد للغاية، وعادة ما يكون لديهم تطور طبيعي فى النطق بحلول سن دخول المدرسة.

4 - اضطراب اللغة التعبيرية:

فشل الأطفال الذين يعانون من اضطراب لغوي معبّر (فقدان القدرة على التعبير فى المرحلة العمرية المناسبة) (تأخر نمو)) إن تطوير استخدام الكلام فى العمر المعتاد، وقد يعانى الطفل من مشكلات واضحة مقارنة بأقرانه، ممن يكون النمو اللغوي لديهم بصورة جيدة. هؤلاء الأطفال لديهم ذكاء طبيعي، سمع طبيعي، علاقات عاطفية جيدة، ومهارات التعبير العادي. يبدو أن العجز الأساسي هو اختلال وظيفي فى الدماغ يؤدي إلى عدم القدرة على ترجمة الأفكار إلى خطاب. يحتاج الطفل المصاب باضطراب لغوي معبّر إلى تدخل فعّال لتطوير الكلام الطبيعي، لأنه ليس تصحيحاً ذاتياً، هم أيضاً فى خطر إعاقة تعلم اللغة (عسر القراءة).[17]

5 - ثنائية اللغة:

قد تتسبب بيئة المنزل ثنائية اللغة فى تأخير مؤقت فى بداية كلتا اللغتين. إن فهم الطفل ثنائي اللغة للغتين أمر طبيعي لطفل من نفس العمر. ومع ذلك، وعادة ما يصبح الطفل بارعا فى كل اللغات قبل سن 5 سنوات.[18]

6 - الحرمان النفسي الاجتماعي:

إن الحرمان البدني، مثل: (الفقر، وسوء الإسكان، وسوء التغذية)، والحرمان الاجتماعي، مثل: (التحفيز اللغوي غير الكافي، والتغيب عن الوالدين، والضغط النفسي، وإهمال الطفل) لهما تأثير ضار على تطور الكلام. يبدو أن الأطفال الذين يتعرضون لسوء المعاملة، والذين يعيشون مع عائلاتهم لا يتأخرون فى الكلام، إلا إذا تعرضوا للإهمال.[18]،[19]

التَّوَجُّد واضطرابات التواصل

التَّوَجُّد هو اضطراب نمو عصبي، يبدأ قبل سن 36 شهرا.

يعانى التَّوَجُّدي من التطور اللغوي المتأخر والمشوّه، والفشل في تطوير القدرة على الارتباط بالآخرين، والسلوكيات التكرارية والنمطية فى اللغة أو الحركة أو التفكير. تم وصف مجموعة متنوعة من اضطرابات الكلام، مثل: (ايكولليا، عكس الضمائر، نمطية فى الكلام، غناء الكلام، عدم القدرة على التواصل البصرى، أو الابتسامة الاجتماعية، أو التفاعل الاجتماعي، أو الاستجابة إلى الاحتضان، أو استخدام إيماءات للتواصل). ولذلك نجد أن كل هذه العناصر ركز عليها منهج «هيلب» فى الفصل الثانى الخاص باللغة فى عملية القياس ومن ثم التنمية.

• الصمت الاختيارى:

الصمت الاختيارى هو حالة لا يتحدث فيها الأطفال لأنهم لا يريدون ذلك. عادة، يتكلم الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختيارى عندما يكونون بمفردهم، مع الأصدقاء، وأحيانا مع والديهم؛ لكنهم لا يتحدثون فى المدرسة أو المواقف العامة أو مع الغرباء. ونجدها أكثر شيوعا فى الفتيات أكثر من الأولاد.

أساس المشكلة تاريخ مرضي للعائلة، والذين قد يعانون من التعامل السلبي أو الخجل بصورة شديدة والانسحاب، وعدم الرغبة فى التفاعل مع الآخرين. أو أن يشاهدتهم أحد غير مؤلوف لديهم وهم يتفاعلون. هذا الأمر يصيب أطفال التَّوَجُّد وغيرهم من الأطفال الطبيعيين، والذى قد يعانون من هذه الأعراض، رغم عدم إصابتهم بالتَّوَجُّد، ويمكن أن يستمر الاضطراب لعدة سنوات، ولكن فرص الشفاء منه قوية، كلما كان الطفل غير مصاب بالتَّوَجُّد.

ضعف أو عجز فهم اللغة الاستقبالية (الحبسة الاستقبالية):

مشكلة العجز فى فهم اللغة الاستقبالية هي المشكلة الأساسية لما يسمى الحبسة الاستقبالية. لا يتأخر خطاب هؤلاء الأطفال فحسب؛ بل يكون الكلام فى حالة صدوره متسما بالغرابة، وغير واضح فى التعبير.

يطور معظم الأطفال الذين يعانون من فقدان القدرة على الكلام اللاإرادي خطاباً خاصاً بهم، لا يفهمه إلا من هم على دراية به.

أخيرا صدر العديد من التفسيرات، من خلال نظريات التكامل الحسي والمعالجة الحسية. وهى نظرية مشكلات اللغة مع التكامل الحسي، حيث أفادت أن عدم فهم اللغة الاستقبالية، قد يكون نتيجة خلل فى الدماغ، أو جهاز البرمجة، غير أن مشكلات المياه على الأذن الخارجية عملية يسهل التغلب عليها، وبعد إزالة المياه عن الأذن يعود التواصل السمعي إلى العمل بصورة سليمة، ويتطور الطفل لغويا؛ ولكن هذا ليس المقصود من الحوار فى هذه المنطقة.

- الشلل الدماغي:

التأخر في الكلام شائع عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي. يحدث تأخر الكلام في معظم الأحيان في أولئك الذين لديهم نوع من الإصابة بالشلل الدماغي. قد يكون تأخر النطق بسبب فقدان السمع، أو تشنج عضلات اللسان، أو حدوث تأخر عقلي أو خلل في القشرة الدماغية.[20]

التقييم السريري للطفل مع تأخر الكلام:

التاريخ والفحص الجسدي مهمان في تقييم الطفل مع تأخر الكلام.

يجب أن يشعر الطبيب بالقلق إذا كان الطفل لا يمارس الحديث بكلمات غير مفهومة في سن 12 إلى 15 شهراً، ولا يفهم الأوامر البسيطة بعمر 18 شهراً، ولا يتحدث في عمر السنتين، ولا يتحدث جُملاً من 4 كلمات في سن 3 سنوات، أو يواجه صعوبة في سرد قصة بسيطة في سن 4-5 سنوات. [7],[21]

- اختبارات الفحص

يمكن أن يشمل تقييم الأطفال لتأخر النطق واللغة واضطرابات عدداً من الأساليب؛ على الرغم من عدم وجود اختبارات فرز مقبولة بشكل منتظم للاستخدام في بيئة الرعاية الأولية. من المسلم به بشكل عام، أن المخاوف تنشأ بشأن التأخر، إذا لم يكن هناك أي تعبير شفهي في سن سنة واحدة، أو إذا كان الكلام غير واضح، أو إذا كان الكلام أو اللغة مختلفين عن الأطفال في نفس العمر.[22] غالباً ما يتم استخدام استبيانات أولياء الأمور والوالدين للكشف عن التأخر.[23]

معظم الأدوات الرسمية المصممة لغرض التشخيص لم يتم تقييمها على نطاق واسع للفحص. صُممت الأدوات لتقييم المكونات التنموية المتعددة، مثل: استبيان الأعمار والمراحل،[24] اختبار التكيف السريري/ مقياس التطور اللغوي السريري والسمعي،[25] اختبار فحص النمو لـ«دنفر» [26] يتضمن مكونات الكلام واللغة. الأدوات المصممة لنطاقات اتصال محددة تشمل مخزون التطوير التواصلي لـ [27]، [McArthur] اختبار فحص لغة الرضع، التقييم، التسارع، والمعالجة [28]، [WILSTAAR] اختبار النطق واختبار اللغة. [29] يعد مقياس التطور اللغوي المبكر [الشكل 1] أداة بسيطة، يمكن استخدامها لتقييم تأخر اللغة عند الأطفال الأصغر من 3 سنوات من العمر. يركز الاختبار على اللغة التعبيرية والاستقبالية والبصرية. يساعد مقياس المعلم الأساسي للغة على مساعدة الأطباء في تقييم قدرات الأطفال واحتياجاتهم التنموية من الولادة وحتى سن الثالثة. [30]

مقياس المعالم المبكرة للغة. Coplan J. Austin, Tex؛ Pro-Ed, 1987 يتكون الاختبار من 43 مادة مرتبة في ثلاثة أقسام، التعبير السمعي، الاستقبال السمعي والبصري. يعتمد بشكل أساسي على تفاعل المريض، يمكن أن يتم ذلك في مكتب الطبيب، ويستغرق من 1 إلى 10 دقائق فقط

لإعطاء تقييم اعتماداً على عمر الطفل وتقنية التسجيل. والنتيجة إما اجتياز أو فشل أو طريقة النقطة نقطة. اجتياز/ فشل يعطي تقييماً للاختبارات ككل. بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين عامين ونصف إلى 18 عاماً، فإن اختبار المفردات للصور peabody المنقحة [31] هو أداة فحص مفيدة لفهم الكلمات. إنه اختبار ذكاء فردي غير محدود. يقيس الاختبار مفردات (السمع) للفرد في اللغة الإنجليزية الأمريكية القياسية، ويوفر تقديرًا سريعًا لقدراتهم اللفظية أو أهليتهم الدراسية. تم إنشاؤه من قِبَل اثنين من الرواد في التعليم الخاص، لويد م. دهن وليواتا م. دان. يتم إعطاء الاختبار شفهيًا ويستغرق حوالي 20-30 دقيقة. تطبيق الاختبار، يقدم الفاحص سلسلة من الصور لكل شخص. هناك أربع صور للصفحة، وكل واحدة مرقمة. يذكر الفاحص كلمة تصف إحدى الصور، ويطلب من الأفراد الإشارة إلى أو توضيح رقم الصورة التي تصفها الكلمة.

يعتبر اختبار فحص دنفر التنموي اختبار الفحص الأكثر شيوعاً في الاستخدام السريري للرضع والأطفال الصغار. [32] وهو اختبار لفحص المشاكل الإدراكية والسلوكية في الأطفال قبل سن المدرسة. تم تطويره من قبل Williams K. Frankenburg وقدمه لأول مرة من قبله و JB Dobbs في عام 1967. يعكس المقياس النسبة المئوية لمجموعة عمرية معينة قادرة على أداء مهمة معينة ويتم ملاحظة أداء الموضوع مقابل التوزيع العادي للعمر. يتم تجميع المهام في أربع فئات: (الاتصال الاجتماعي، المهارات الحركية الدقيقة، اللغة، والمهارات الحركية الكبرى). ويشمل عناصر، مثل: الابتسامات تلقائياً (التي يقوم بها 90% من الأطفال في الشهر 3)، يتعرف على الآخرين (90% من 13 شهراً من العمر)، ويتحدث ثلاث كلمات غير «ماما، و دادا» (90% من 21 شهراً من العمر)، أو القفز على رجل واحدة (90% من العمر 5 سنوات). [26]، [32]

التقييم التشخيصي

يجب إحالة جميع الأطفال الذين يعانون من تأخر الكلام لقياس السمع. Tympanometry هو أيضاً أداة تشخيصية مفيدة. توفر الاستجابة الدماغية الجذعية وسائل فيزيولوجية محددة وكمية، لاستبعاد فقدان السمع المحيطي. مفيد في الرضع والأطفال غير المتعاونين. [33] ويمكن أيضاً استخدام التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي، لدراسة نشاط الفص الدماغى في الأطفال المتأخرين في النطق. [34]

يجب أن تكون فردية لإدارة الطفل مع تأخر الكلام. قد يشمل فريق الرعاية الصحية الطبيب، وأخصائي علم النطق واللغة، وأخصائي السمع، وعلم النفس، والمعالج المهني، والأخصائي الاجتماعي.

الهدف الأساسي من العلاج اللغوي هو تعليم الاستراتيجيات الفرعية لفهم اللغة المحكية وإنتاج السلوك اللغوي أو التواصل المناسب. يستطيع اختصاصي النطق اللغوي، أن يساعد الوالدين على تعلم طرق لتشجيع وتعزيز مهارات التواصل لدى الطفل.

يشار بالعلاج النفسي للطفل مع الطفرات الوراثية. في الأطفال المصابين بالتوحد، تم رصد التطور في اكتساب الكلام بتطبيق العلاج السلوكي

الذي ضمن تطور واضح وملحوظ في نسبة كبيرة جدا من المصابين بالتوحد على كس العلاجات الاخرى التي لم تستطيع ان تثبت اي نتيجة ايجابية. [35] في الأطفال الذين يعانون من فقدان السمع، يمكن الإشارة إلى تدابير مثل: (السمع: التدريب السمعي)، وتعليم قراءة الشفاه [36]. [myringotomy]. يحدث علاج النطق في أماكن مختلفة بما في ذلك العيادات المتخصصة في النطق واللغة، أو المنزل، أو المدارس، أو الفصول الدراسية. يمكن أن يكون العلاج المباشر أو العلاج الجماعي الذي يقدمه الطبيب، أو القائم على الرعاية، أو المعلم، متمركزاً حول الطفل و/ أو يشمل مكونات الأقران والأسرة. وتشمل العلاجات تسمية الأشياء، النمذجة والتحريض، اللعب الفردي أو الجماعي، مهام التمييز، القراءة والمحادثات. [37] دور طبيب أسنان الأطفال في فحص الطفل من أجل الكلام أو تأخير اللغة توصي الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP)، أن جميع الرضع والأطفال الصغار يحصلون على فحص دوري، للتأخر في النمو في إعدادات الرعاية الأولية. [38] مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) يوصي بفحص النماء لمرض التوحد، والتأخر في الكلام واللغة وغيرها من التأخرات التنموية في وضع الرعاية الأولية. [39] توصي جمعية السمع باللغة الألمانية- لغة الإشارة، بأن يتم إجراء فحص لغة خطاب الأطفال، من قبل أخصائي علم النطق واللغة المعتمدين والمدرسين. [40] قد يتعرض الأطفال في سن ما قبل المدرسة الذين يعانون من تأخر النطق واللغة، لخطر إعاقات التعلم بمجرد بلوغهم سن المدرسة. [41] قد يجدون صعوبة في القراءة، ويظهرون مهارات قراءة ضعيفة في سن 7 أو 8، [42]، [43]، [44] ويجدون صعوبة في الكتابة المكتوبة بشكل خاص. [45] وهذا قد يؤدي إلى انخفاض التحصيل الأكاديمي بشكل عام، [46] وفي بعض الحالات انخفاض درجات الذكاء. [47] مثل البالغين قد يواجه الأطفال الذين يعانون من صعوبات صوتية، وظائف أقل مهارة من الأشقاء الذين يعانون من ضعف لغوي. [48] بالإضافة إلى استمرارية التعبير عن الكلام والمتعلقة باللغات (اللفظية والقراءة والتهجئة)، أظهر الأطفال المتأخرون في اللغة أيضاً المزيد من المشكلات السلوكية، وتعطل التكيف النفسي الاجتماعي. [49]، [50] ليس من الواضح مدى استمرار الأطباء في فحص الكلام وتأخر اللغة، في إعدادات الرعاية الأولية، وتشمل العوائق المحتملة أمام الفحص عدم وجود وقت، وعدم وجود بروتوكول واضح، ومطالب متنافسة لزيارات الرعاية الأولية. [51]

ويشارك أطباء الأسنان في المقام الأول، في علاج الأطفال الصغار والتواصل مع الطفل أمر ضروري للتعاون والعلاج الفعال. خلال عملية التواصل مع الطفل، يمكن تحديد أي دليل على الكلام غير الطبيعي، أو المهارات اللغوية المنحرفة، أو المتأخرة، من قبل طبيب أسنان الأطفال. وبالتالي، يمكن دمج فحص الأطفال لتأخر الكلام واللغة في الممارسة السريرية الروتينية، تليها الإحالات للحصول على تقييم تشخيصي شامل والتدخل المناسب.

References

1. American Speech -Language Hearing Association. Welcome to ASHA. Accessed online. <http://www.asha.org>.
2. Blum NJ, Baron MA. Speech and language disorders. In: Schwartz MW, editor. Pediatric Primary care; a problem oriented approach. St. Louis: Mosby; 1997. p. 8459-.
3. Ansel BM, Landa RM, Stark-Selz RE. Development and disorders of speech and language. In: Oski FA, DeAngelis CD, editors. Principles and Practice of Pediatrics. Philadelphia: Lippincot; 1994. p. 686700-.
4. Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children. Evidence synthesis no 41. Rockville MD: Agency for healthcare research and quality. Accessed online at: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/prevent/pdfser/speechsyn.pdf>.
5. Honda M, NTT. CS laboratories. Speech Synthesis technique based on speech production mechanism. Journal of Acoustical Society of Japan 1999;55:77782- .
6. Schwartz ER. Speech and language disorders. In: Schwartz MW, editor. Pediatric primary care: Problem oriented approach. St. Louis: Mosby; 1990. p. 696700-.
7. Shonkoff JP. Language delay: Late talking to communication disorder. In: Rudolph AM, Hoffman JI, Rudolph CD, editors. Rudolph's pediatrics. London: Prentice-Hall; 1996. p. 1248-.
8. Silva PA, Williams S, McGee R. A longitudinal study of children with developmental language delay at age three: Later intelligence, reading and behavior problems. Dev Med Child Neurol 1987;29:63040-.
9. [PUBMED]
10. Stevenson J, Richman N. The prevalence of language delay in a population of three -year-old children and its association with general retardation. Dev Med Child Neurol 1987;29:63040-.
11. Vessey JA. The child with cognitive, sensory, or communication impairment. In: Wong DL, Wilson D, editors. Whaley & Wong's nursing care of infants and children . St. Louis: Mosby; 1995. p. 100647-.

12. Coplan J. Evaluation of the child with delayed speech or language. *Pediatr Ann* 1985;14:2038-.
13. Leung AK, Robson WL, Fagan J, Chopra S, Lim SH. Mental retardation. *JR Soc Health* 1995;115:319-.
14. Leung AK, Robson WL. Otitis media in infants and children. *Drug Protocol* 1990;5:2935- .
15. Schlieper A, Kisilevsky H, Mattingly S, Yorke L. Mild conductive hearing loss and language development: A one year follow - up study. *J Dev Behav Pediatr* 1985;6:658-.
16. Allen DV, Robinson DO. Middle ear status and language development in preschool children. *ASHA* 1984;26:337-.
17. Whitman RL, Schwartz ER. The pediatrician's approach to the preschool child with language delay. *Clin Pediatr (Phila)* 1985;24:2631-.
18. McRae KM, Vickar E. Simple developmental speech delay: A follow -up study. *Dev Med Child Neurol* 1991;33:86874-.
19. Davis H, Stroud A, Green L. The maternal language environment of children with language delay. *Br J Disord Commun* 1988;23:25366-.
20. Allen R, Wasserman GA. Origins of language delay in abused infants. *Child Abuse Negl* 1985;9:33540-.
21. Bishop DV. Developmental disorders of speech and language In: Rutter M, Taylor E, Hersov L, editors. *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Science; 1994. p. 54668-.
22. Denckla MB. Language disorders. In: Downey JA, LowNL, editors. *The child with disabling illness. Principles of rehabilitation*. New York; Raven; 1982 .p. 175202-.
23. American Academy of Pediatrics. *Guidelines for health supervision III*. IL: Elk Grove Village; 1997.
24. Ireton H, Glascoe FP. Assessing children's development using parent's reports; the child development inventory. *Clin Pediatr (Phila)* 1995;34:24855-.
25. Bricker D, Squires J. *Ages and stages questionnaires: A parent completed, child monitoring system*. 2 nd ed. Paul H. Brookes Publishing Company; 1999 .
26. Capute AJ, Palmer FB, Shapiro BK, Wachtel RC, Schmidt S, RossA. A clinical linguistic and auditory milestone scale. *Prediction*

- of cognition in infancy. *Dev Med Child Neurol* 1986;28:76271-.
27. Frankenburg WK, Dobbs J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: A major revision and restandardisation of the Denver developmental screening test. *Pediatrics* 1992;89:917-.
 28. Fenson L, Pethick SJ, Renda C, Cox JL, Date PS, Reznick JS. Short form versions of the mcArthur communicative development inventories. *Appl Psycholinguist* 2000;21:956-.
 29. Coulter L, Gallagher C. Piloting new ways of working: Evaluation of the WILSTAAR programme. *Int J Lang Commun Disord* 2001;36(Suppl):2705-.
 30. Fluharty NB. The design and standardization of a speech and language screening test for use with preschool children. *J Speech Hear Disord* 1973;39:7588-.
 31. Coplan J, Gleason JR, Ryan R, Burke MG, Williams ML. Validation of an early language milestone scale in a high -risk population. *Pediatrics* 1982;70:67783-.
 32. 31 Dunn LM, Dunn LM. The Peabody picture vocabulary test Revised (PPVTR). Circle Pines, Minn: American Guidance Services; 1981.
 33. Avery ME, First LR, editors. *Pediatric medicine*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1989. p. 4250-.
 34. Resnick TJ, Allen DA, Rapin I. Disorders of language development: Diagnosis and intervention. *Pediatr Rev* 1984;6:8592-.
 35. Dr. Altman. Speech delayed Children. An FMRI study. *Journal of Radiology*. Radiological Society of North America. 2006;4:2430- .
 36. Alexander KC, Leung C, Pion K. Evaluation and management of the child with speech Delay. June 1999. The American Academy of family Physician s web Archive. <http://www.aafp.org/afp>.
 37. Brookhouser PE, Hixson PK, Matkin ND. Early Childhood language delay. An otolaryngologist's perspective. *Laryngoscope* 1979;89:1898913-.
 38. Law J, Garrett Z, Nye C. Speech and Language therapy interventions for children with primary speech and language delay or

disorder. Cochrane Database syst Rev 2003:CD004110 .

39. American Academy of Pediatrics. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics* 2001;108:1926-.
40. Centres for disease Control and prevention. Using Developmental Screening to improve child's health. Accessed online at <http://www.cdc.gov/ncbddd/child/improve.htm>.
41. American Speech-Language -Hearing Association. Preferred practice patterns for the profession of speech-language pathology. Accessed online at <http://www.nsslha.org>.
42. Bashir AS, Scavuzzo A. Children with Language disorders; natural history and academic success. *J Learn Disabil* 1992;25:5365-.
43. Catts HW, Fey ME, Tomblin JB, Zhang X. Longitudinal investigation of reading 35outcomes in children with language impairment. *J Speech Lang Hear Res* 2002;45:114257-.
44. Scarborough HS, Dobrich W. Development of children with early language delay. *J Speech Hear Res* 1990;33:7083-.
45. Richman N, Stevenson J, Graham PJ. Preschool to school: A Behavioral study. In: Schaffer R, editor. *Behavioral development: A series of monographs*. London, United Kingdom: Academic; 1982. p. 228.
46. Bishop D, Clarkson B. Written Language as a window into residual Language deficits: A studies of children with persistent and residual speech language impairments. *Cortex* 2003;39:21537-.
47. Stern LM, Connell TM, Lee M, Greenwood G. The Adelaide preschool language unit. Results of follow up. *J Paediatr Child Health* 1995;31:20712-.
48. Young AR, Beithchman JH, Johnson C, Douglas L, Atkinson L, Escobar M, et al. Young adult academic outcomes in a longitudinal sample of early identified language impaired and control children. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43:63545-.
49. Felsenfeld S, Broen PA, McGue M. A 28 year follow up of adults with a history of moderate phonological disorder. Educational and occupational Results. *J Speech Hear Res* 1994;37:134153-.
50. Cohen NJ, Barwick MA, Horodezky N, Vallance DD. Language achievement and cognitive processing and behavioral

characteristics of psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39:86577-.

51. Cohen NJ, Menna R, Vallance DD, Barwick MA. Language, social cognitive processing, and behavioral characteristics of psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairment. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39:85364-.
52. Schutster MA. Developmental screening. In: McGlynn EA, editor. *Quality of care for children and adolescents: A review of selected clinical conditions and quality indicators*. Santa Monica, CA: RAND; 2000. p. 15768-.

الفهرس

4	مقدمه	1
6	تقديم	2
7	تطور النمو لدى الاطفال	3
9	النمو الجسدي	4
14	صحة الفم والأسنان	5
19	النوم	6
22	الإدراك الحسى	7
28	مستويات ادراك العدالة الإيجابية	8
29	طرق دعم تنميه وتطوير شخصية الطفل في المراحل المبكرة	9
35	تطور الاطفال طبقا للسن والمجال	10
41	عندما يبلغ الطفل 4 اشهر من العمر	11
44	عندما يبلغ الطفل 6 اشهر من العمر	12
49	عندما يبلغ الطفل 9 اشهر من العمر	13
54	عند بلوغ الطفل 12 شهرا من العمر	14
60	علامات الخطر	15
65	تنمية الطفل في عمر الحبو حسب العمر ومجال التنمية	16
71	عندما يبلغ الطفل 24 شهر	17
75	مرحلة التطور فترة ما قبل دخول المدرسة	18
92	التطور غير النمطي للمرحلة العمرية من 2 إلى 5 سنوات	19

96	الخطر الأول : الإعاقه الذهنية	20
111	الخطر الثاني : اضطراب نقص الانتباه /فرط الحركة	21
115	الخطر الثالث : اضطراب طيف التوحد	22
118	فحص وتشخيص اضطراب طيف التوحد	23
143	ما هو التوحد	24
144	مشكلات تأتي مع التوحد	25
145	المدرسة والتقييم	26
146	التشخيص الطبي	27
155	لماذا التغيير dsm4 و dsm5 تشخيص التوحد بين	28
160	سمات/ صفات طيف التوحد	29
165	الخطر الخامس/ تأخر اللغة	30
170	الخطر السادس/ صعوبات التعلم	31
175	الخطر السابع ضعف العضلات	32
179	الخطر الثامن / اضطراب المعارضة والتحدي	33
184	(PDD-NOS) الخطر التاسع ما هو اضطراب النمو الشامل غير المحدد	34
191	الخطر العاشر / متلازمه ريت	35
200	SPD ما هو اضطراب المعالجة الحسيه	36
222	ما هو تأخر / اضطراب الكلام	37
239	التأخر اللغوي	38
263	التوحد واضطراب التواصل	39
269	المراجع	40

المؤلف في سطور د. بهاء الدين جلال



خبير دولي في مجال الإعاقة، عمل أكثر من ٢٥ عاماً مع العديد من الهيئات الدولية كاستشاري وخبير، أنشأ العديد من المراكز الخاصة بالإعاقة في صعيد مصر، له العديد من الأبحاث العلمية المنشورة والمقالات والكتب العلمية، بالإضافة إلى تأسيس وقيادة مهرجان الإبداع الفني للمعاقين بجامعة أسيوط، وتأسيس مركز العلاج الطبيعي للمعاقين بجامعة أسيوط، كما شارك في تأسيس مركز المعاقين بجامعة أسيوط، قام بتأسيس مركز هيلب للشرق الأوسط وشمال أفريقيا وهو صاحب الملكية الفكرية لمنهج هيلب وبوب

إصدارات المؤسسة

- منهج هيلب وبوب الأول - الثاني - الثالث - الرابع
- دليل الأنشطة.
- برنامج بوب للاضطرابات الحسية.
- برنامج بوب للنطق والكلام.
- برنامج بوب للتأهيل المهني.
- برنامج بوب لتعديل السلوك.
- برنامج بوب للعلاج الطبيعي والوظيفي.
- دليل الإحصائي النفسي.
- دليل الإحصائي المهني.
- دليل الإحصائي الاجتماعي.
- دليل الإحصائي الرياضي.
- دليل مدرس الصف.
- دليل أخصائي التربية الفنية.
- دليل الإشراف الفني.
- مقياس CARS2.
- الاستراتيجيات الحديثة للتكامل الحسي
- برتوكول بوب للتكامل الحسي.
- دليل إدارة المراكز الخاصة.
- الاتجاهات الحديثة لتعليم المعاقين.
- المبادئ الأساسية لمنتسوري.
- صياغة الأهداف التربوية.
- الدليل المنطقي لإعداد المدرب التربوي.
- دليل الجودة للمؤسسات العاملة في التربية الخاصة.
- مقياس تصنيف اضطراب طيف التوحد عند الأطفال في ضوء DSM5.
- علامات الخطر.
- دراسة مسحية لأوضاع المعاقين بصعيد مصر.

f Helpcurriculum @DrBahaaGal



مركز هيلب للشرق الأوسط وشمال أفريقيا
Help Center in The Middle East & North Africa

www.help-curriculum.com

