

جامعة وهران 02 محمد بن أحمد

كلية العلوم الإجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

رسالة مقدمة لنيل شهادة ماستر في علم النفس المدرسي
بعنوان:

واقع التكفل النفسي بأطفال ذوي اضطراب التوحد
(دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي بمسرغين)

تحت إشراف :

عبد القادر بلعابد

إعداد الطالبتين:

- تسورية بلعيد خولة

- حطاب شيماء

لجنة المناقشة:

مقرر	عبد القادر بلعابد	أستاذ	جامعة وهران 2
مناقش	حليمة قادري	أستاذة	جامعة وهران 2
مناقش	حمري سارة	أستاذة	جامعة وهران 2

السنة الجامعية 2021/ 2020

الشكر والتقدير

الحمد لله حمدا كثير كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، الحمد لله الذي أعاننا على إتمام هذا النجاز العلمي المتواضع وألهمنا الصبر على كل الصعاب التي واجهتنا خلا إنجازنا هذا البحث.

نتقدم بخالص تعبير الشكر والتقدير للأستاذ "عبد القادر بلعابد" لتفضله بالإشراف على هذه الرسالة ودعمه علميا ومعنويا.

وأتقدم ببالغ الشكر لأبي الذي كان سندي فالحياة والذي كان يدعمني في الحياة للنجاح في مشواري الدراسي لكنه لم يكمل حلمي وأبي لا يكون معي في هذه الفرحة" ربي يرحمك يا أبي العزيز" وأهدي له هذا النجاح و الفرحة لأبي الغالي.

كما لا ننسى أن نتقدم بشكرنا الجزيل لعضاء لجنة المناقشة الذين وافقوا على مناقشة هذا العمل.

الباحثان

ملخص البحث:

تناولت هذه الدراسة موضوعا مهما جاء بعنوان واقع التكفل النفسي للأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث إنطلقت من الإشكالية التي جاءت من خلال التساؤلات التالية:

- ماهو واقع التشخيص للتوحد؟

- ماهو حقيقة التكفل النفسي البيداغوجي لطفل التوحد؟

- ماهي فعالية طرق العلاج؟

- ماهي مساهمة الأولياء في التكفل بطفل التوحد؟

ونظر لهذه الأهمية جاءت الدراسة الحالية لتدرس واقع التكفل النفسي لطفل المتوحد، والأحرى كمحاولة الإجابة عن الفرضيات التالية:

- توجد صعوبات وإختلاف في عملية التشخيص لطفل المتوحد.
- هناك نقص في عملية التكفل النفسي البيداغوجي بطفل التوحد.
- هناك أساليب وطرق متعددة منها اللعب ماهو أكثر فعالية من الآخر في التكفل بطفل المتوحد.
- تختلف مساهمات الأولياء في التكفل بطفل التوحد فمنها ما هو إيجابي فعال وماهو سلبي .

مما سبق يمكننا القول إن نسبة كبيرة من الفرضيات الدراسة قد تحققت من خلال العمل التطبيقي على ضوء الدراسة التحليلية التي قمنا بها اعتمادا على نتائج الدراسات السابقة لتحليل فرضيات البحث حيث تبين لنا أن المعايير التشخيصية لها قدرة عالية في التمييز

بين التوحد والإضطرابات الأخرى، أما باقي الفرضيات من حيث التكفل وجد نقص كبير بالتكفل بهم وهذا راجع إلى عدم توفير الإمكانيات اللازمة والوسائل التي تجعل الطفل يتحسن، أما مساهمة الوالدين والعلاج أعطى نتيجة إيجابية وفعالة في إكتساب الطفل المهارات التواصلية واللغوية وغير ذلك.

قائمة المحتويات

أ.....	■ الشكر والتقدير
ب.....	■ ملخص البحث
ث.....	■ قائمة المحتويات
ح.....	■ قائمة الجداول
1.....	■ المقدمة

الفصل الأول: مداخل إلى الدراسة

5.....	تمهيد
5.....	1. إشكالية البحث
8.....	2. فرضيات البحث
9.....	3. أهمية الدراسة وأهدافها
11.....	4. تحديد الإجراءات للمفاهيم

الفصل الثاني : التكفل النفسي

13.....	تمهيد
13.....	- تعاريف التكفل
14.....	- أنواع التكفل
16.....	- تعريف التكفل النفسي
18.....	- أهمية التكفل النفسي
19.....	- مراحل التكفل النفسي
24.....	- خلاصة

الفصل الثالث: اضطراب التوحد

26.....	تمهيد
---------	-------

- تعريف التوحد.....26
- تعريف الطفل التوحدي.....30
- أسباب اضطراب التوحد.....32
- أنواع اضطراب التوحد.....51
- مشكلات ذوي اضطراب التوحد.....60
- خصائص ذوي اضطراب التوحد.....70
- مواصفات ذوي اضطراب التوحد.....88
- تشخيص ذوي اضطراب التوحد.....89
- أساليب علاج التوحد.....114

- نصائح للآباء ومعلمي في تعامل مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد.....129
- خلاصة.....131

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

- العينة.....133
- المدة الزمنية.....133
- المنهج المستخدم.....133

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة فرضيات الدراسة

- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الأولى.....135
- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثانية.....137
- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثالثة.....139
- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الرابعة.....140
- الخاتمة.....144
- إقتراحات والتوصيات.....145
- قائمة المراجع.....146

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	رقم جدول
	الفرق بين خصائص أنواع الأساسية لإضطراب التوحد	01

المقدمة

يعتبر الإهتمام بالأطفال في أي مجتمع إهتماماً بمستقبل هذا المجتمع بأسره، ويقاس مدى تقدم المجتمعات ورفاهيتها بمدى إهتمامها بالأطفال والعناية بهم ودراسة مشكلاتهم، والعمل على حلها، ولذلك وجبت العناية بالطفل كإشباع حاجاته النفسية، والإجتماعية، والحاجة للقبول، والحاجة للعب، التقدير، التعبير عن الذات، وإحساس الطفل بذاته، فالطفل يميز ذاته عن ذواته الآخرين عن طريق إحساسه الخاص بالنشاط العضلي ومدى تحقيقه لمتطلبات النمو في الوقت المناسب، كذلك نسبة نموه مقارنة بالأطفال الآخرين الذين هم في الفئات العمرية نفسها، وقد تطراً عليه عدة تغيرات خلال مرحلة نموه مما تسبب له مشاكل، ولعل هذه المشاكل التي تستدعي دخوله في دائرة الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة.

لذا يمثل الإهتمام بذوي الإحتياجات الخاصة الآن تحدياً حقيقياً للعالم، فبين فترة وأخرى يظهر إضطراب معين، لم نعرف عنه أشياء كثيرة مما دفع العلماء والباحثين إلى البحث من أجل الوصول إلى الأسباب والحلول، فمن تلك الإضطرابات لدينا إضطراب التوحد. كما أن التوحد هو أحد الإضطرابات النمائية والتطورية الشاملة التي تظهر على الطفل خلال السنوات الثلاثة من عمره، ويؤثر على جميع جوانب النمو لديهم أول ما يلاحظ على هذا الطفل المصاب هو صعوبة التواصل مع الآخرين سواء كان لفظي أو غير لفظي، (هناء شحاتة، 2015: 11) حيث نجد معظم هؤلاء

الأطفال يفتقدون الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالإنطواء على أنفسهم، وعدم الإهتمام بالآخرين، وقد ينصرف إهتمامهم أحياناً إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية الجامدة ويلتصقون بها. (فوزية عبد الله الجلامدة، 2016: 272)

يشير دليل تشخيص الإضطرابات النفسية وإحصائها بأنه حالة من القصور في النمو الإرتقائي للطفل، يتميز بالإنحراف والتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الإجتماعية واللغوية وتشمل الإنتباه، الإدراك الحسي، النمو الحركي، وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى. (الفرالة وآخرون، 2016: 7)

حيث تستمر إعاقة التوحد مدى الحياة، ويؤثر على الأسرة، وتصيب الأسرة بالإحباطات المتكررة فنجد أن الوالدين يلاحظان إختلافاً في تصرفات طفلهم المتوحد مقارنة بأقرانه من نفس العمر، فهو الطفل المنسحب يلعب لساعات كطويلة بأصابعه أو بقصاصات الورق يبدو عليه الإنصراف عن هذا العالم إلى عالم خاص به من صنع خياله. (مصطفى نوري القمش، 2011: 46)

فالحقيقة الإهتمام بهذه الفئة أصبح حاجة تربوية إجتماعية، وتأهيلهم من خلال إنشاء مراكز بيداغوجية نفسية من أجل تكفل بهم لوصول إلى إستقرارهم الذاتية وتنمية قدراتهم، لهذا يحتاج إلى تكفل طبي بيداغوجي نفسي الذي يعتبر هذا الأخير تقديم الخدمات للطلبة بهدف مساعدتهم على إدراك قابليتهم وإمكانياتهم وميولهم ودوافعهم ومشاكلهم بصورة واقعية وأدراك الظروف البيئية المختلفة والعمل على تحديد أهدافهم بشكل الذي يتناسب والإمكانيات الذاتية والظروف البيئية وإكتساب القدرة على حل المشكلات التي تواجههم، وتحقيق حالة التوافق النفسي مع الذات والتوافق الإجتماعي مع الآخرين بهدف التوصل إلى أقصى ماتسمح به إمكانياتهم من نمو وتطور تكامل. (سمير، 2018: 116)

فالطفل التوحدي يحتاج إلى المساندة النفسية لتخفيف من حدة هذا الإضطراب لذا العمل على برامج التربوية علاجية لمساندة الأباء والمشرفين على تعديل سلوك أطفالهم في مجال التكفل النفسي.

ومن هنا نشأت فكرة هذا العمل الذي يتناول واقع التكفل النفسي للطفل التوحدي في مركز البيداغوجي، وذلك في إطار نظري حيث أشتمل موضوع البحث على 4 فصول :

الفصل الأول: الذي يحمل عنوان مدخل الدراسة ويضم العناصر التالية: الإشكالية البحث وفرضياتها ومقدمة البحث وأهمية وأهداف الدراسة.

الفصل الثاني: فتناول موضوع التكفل النفسي من مفهومه وأنواعه وأهميته ومراحله.

أما الفصل الثالث: فتناول متغير إضطراب التوحد من تعاريفه وأسبابه وأنواعه ومشكلاته وخصائصه وصفاته وتشخيصه وعلاجه ونصائح.

أما الفصل الرابع : فتناولنا دراسة النقدية .

الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة

- تمهيد.
- إشكالية البحث.
- فرضيات البحث.
- أهمية الدراسة وأهدافها.
- تحديد الإجرائي للمفاهيم.

تمهيد:

قبل اللجوء إلى موضوع البحث الذي يتمحور حول واقع التكفل النفسي للأطفال التوحد في مركز التكفل النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنياً بمسرغين ،لابد من القيام بمدخل للدراسة الذي يرمي إلى تحديد الإشكالية، والفرضيات، كذلك أهمية الدراسة وأهدافها، إضافة إلى تحديد المفاهيم الإجرائية، باعتبار هذا الفصل بداية الإنطلاق لموضوع المذكرة.

1. الإشكالية:

تعد مرحلة الطفولة من أهم مراحل النمو و أكثرها أثرا في حياة الإنسان ،باعتبارها مرحلة مهمة في نمو الطفل وفي تكوين شخصية ،فهي مرحلة عمرية من حياة الكائن الإنساني ،حيث تمتد من الميلاد إلى بداية المراهقة ،حيث قدم لنا علماء النفس أمثال بياجى و فرويد دراسات تجريبية أقنعتنا أن الطفولة مرحلة حياتية تتميز بأحداث هامة ومنها نوضع أسس الشخصية المستقبلية للفرد البالغ ،ولذلك وجبت العناية بالطفل و إشباع حاجاته النفسية و الإجتماعية و الحاجة إلى الحب ، واللعب و التعبير عن الذات وإحساس الطفل بذاته ،حيث قد يطرأ عليه تغيرات خلال مرحلة نموه مما تسبب له مشاكل ،ولعل هذه المشاكل التي تستدعي دخوله في دائرة الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة ،وهذه الأخيرة هي من الموضوعات التي إهتم بها ميدان التربية و علم النفس التي تدرج ضمن فئة الأطفال الغير العاديين ،وهذا ما شجع على دراسة هذه الفئات و إستقصاء أسبابها وإهتمام العديد من الدراسات الحديثة بفئة ذوي إضطراب التوحد ،فتعد هذه الإعاقة من أكثر الإعاقات الشديدة و ذلك من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعاني منها ،كما أنه يعوق قدرات الفرد بصفة حادة ،خاصة في مجالات اللغة والعلاقات الإجتماعية و التواصل إذ تقل وسيلة

التفاهم و التفاعل بين هذا الطفل و بين المحيطين به، (عصام محمد زيدان، 2005:10) إلى أن هذه الإضطراب هو إعاقة نمائية تحدد ثلاث مظاهر أساسية تتمثل في صعوبات التواصل والمشكلات السلوكية و الصعوبات الإجتماعية التي تتضح في غياب مهارات التواصل غير اللفظي كالإنتباه المشترك ، التواصل البصري ، التقليد الإستماع الفهم ،نبرات الصوت الدالة عليها ،فهناك دراسة ديمنيس وجيمس (James & Demnis 1984) ،التي هدفت إلى التعرف على مستوى الذاكرة السمعية والبصرية لدى الافراد المصابين بالتوحد والتي بلغت عينة 42 حالة توحد من الذكور تراوحت أعمارهم من 83 سنة إلى 85 سنة ونسبة ذكائهم تراوحت ما بين التخلف الشديد إلى الذكاء المرتفع،حيث أظهرت النتائج الدراسة أن الذاكرة السمعية والبصرية جيدة و متميزة عند التوحديين ، وأن تخزين مفردات اللغة وصل لمستوى جيد، لكنهم يعانون من ضعف شديد في اللغة التعبيرية .(إلهام محمد حسن، 2016: 58) وبالتالي تؤثر بشكل مباشر على تفاعلهم وعلاقتهم الاجتماعية مع الآخرين و هذا ما يفسر ظهور العديد من الأنماط السلوكية و الإجتماعية غير المقبولة الشائعة لديهم والتي يلجؤون إليها لعدم قدرتهم على التواصل مع الآخرين ،بإستخدام طرق و أساليب تواصل بديلة ،حيث أشارت الدراسات الحديثة أن التوحد ليس مرض له علاج شاف و لكنه نوع من إضطراب النمو تصيب نوعية معينة من الأطفال من الإضطرابات الإرتقائية ،وأشارت أيضا دراسات عن وجود العديد من الإتجاهات العلاجية التي تهتم بعلاج و مساندة هذه الطفل و أسرته للوصول إلى أحسن وضع و لهذا يجب التكفل بهذه الفئة ، بإعتبار التكفل وظيفة ذات طابع تعديلي تتم وفق لمجموعة من المعايير أي هو عملية لفهم إمكانية الفرد و إستعداداته و إستخدامه لحل مشكلاته (نصر، 2002:07) فيعد هذا العمل بمثابة محاولة عملية بسيطة ،فإن هدف هذا التكفل هو الوصول إلى الطفل التوحدي إلى حالة من التكيف في مجالات تفسيرية و الإجتماعية التي تجعله يتأقلم مع المجتمع بشكل

جيد بعد معالجة سلوكياته غير مرغوبة و إكتساب مهارات جديدة تمكنه من التواصل والإندماج، و التي تتمثل في. تغيير بعض السلوكات و تكون عملية تعديل بواسطة إستخدام أساليب و تقنيات التي تؤثر على سلوك الطفل التوحدي و تحوله إلى أسلوب مناسب يتوافق مع المجتمع الذي يعيش معه و يساهم في ذلك كل من المربين و الأخصائيين بهدف تعديل بعض السلوكات التي تصدر عنه ومن هنا نطرح التساؤل : ما واقع التكفل النفسي بالطفل المتوحد.

وإنطلاقاً من هذه الإشكالية العامة نطرح التساؤلات التالية:

- ما هو واقع التشخيص للتوحد؟
- ما هو حقيقة التكفل النفسي البيداغوجي لطفل التوحدي؟
- ماهي فعالية طرق العلاج؟
- ماهي مساهمة الأولياء في التكفل بطفل التوحدي؟

2. الفرضيات :

- توجد صعوبات وإختلاف في عملية التشخيص لطفل المتوحد.
- هناك نقص في عملية التكفل النفسي البيداغوجي بطفل التوحد.
- هناك أساليب وطرق متعددة منها اللعب ما هو أكثر فعالية من الآخر في التكفل بطفل المتوحد.
- تختلف مساهمات الأولياء في التكفل بطفل التوحد فمنها ما هو إيجابي فعال وما هو سلبي .

3. أهمية الدراسة :

تبدو أهمية هذه الدراسة في:

- حاجة الأطفال التوحديين إلى التكفل النفسي من أجل التخفيف من شدة إعاقاتهم وإدماجهم في المجتمع.
- تزويد المربين وكل العاملين في مجال التوحد وأولياء الأمور في محاولة فهم سلوك أطفال التوحد والمشكلات المتعلقة بهم وأساليب تدريبهم وعلاجهم.
- ندرة وجود دراسات جزائرية تناولت واقع التكفل النفسي للطفل التوحدي في حدود إطلاع الباحثان حتى تكون هذه الدراسة إضافة جديدة لهذا الموضوع.
- دراسة فئة جد حساسة في المجتمع وهي فئة الأطفال المتوحدون وإبراز دور التكفل النفسي، وأهميته.
- التعرف على واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد داخل المراكز النفسية البيداغوجية على مستوى ولاية وهران.

4. أهداف البحث:

جاءت هذه الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:

- محاولة التعرف على أساليب التكفل النفسي المستعملة في تعديل سلوك الطفل التوحدي.
- محاولة التعرف على مدى تطبيق مختلف البرامج العلاجية .
- محاولة معرفة دور المستوى الثقافي للوالدين في التكفل النفسي في تخفيف إضطراب التوحد.
- تبيان أهمية التكفل النفسي والبيداغوجي داخل وخارج المؤسسات خاصة بالأطفال المصابين بإضطراب التوحد.
- معرفة دور المختص النفسي في التخفيف والتكفل بهذه الفئة .

5. تحديد الإجراءات للمفاهيم:

أ. التكفل النفسي:

عملية الفحص والتشخيص والعلاج النفسي التي يقوم بها الأخصائي في مركز البيداغوجي للمعاقين ذهنيا في مسرغين .

ب. اضطراب التوحد:

الطفل الذي يعاني من اضطرابات في اللغة والكلام وصعوبة في التواصل وغياب التفاعل الإجتماعي ، وتأخر النمو اللفظي ، وينتج عنه العزلة والإنطواء، بالإضافة إلى السلوكيات العنيفة إبداء الذات والآخرين ونوبات الغضب، ويظهر هذا الإضطراب من خلال المعاينة التشخيصية والنفسية داخل المركز البيداغوجي للمعاقين ذهنيا في مسرغين.

الفصل الثاني

التكفل النفسي

- تمهيد.
- تعاريف التكفل.
- أنواع التكفل.
- التكفل النفسي.
- أهمية التكفل النفسي.
- مراحل التكفل النفسي.
- خلاصة.

تمهيد:

هناك عدة اضطرابات انتشرت لا يستطيع الطب التحكم بها عن طريق الأدوية أو المواد الكيميائية، تؤثر على استقرار المجتمع وتتأثر هي من خلال النقائص والاختلال الذي أصيبت به . لذلك نجد أن هناك تخصصات أخرى ظهرت لكي تتحكم بها أو تعدلها إلى أنسب وضعيات لكي تتأقلم في المجتمع، كالطب النفسي وغيرها، وما هو محل دراستنا هو التكفل النفسي الذي يعد أحد الحلول التي يلجأ إليها العديد من الناس من أجل رعايتهم بهم أو بأولادهم والتكفل بهم طبيا ونفسيا واجتماعيا، بهدف علاجهم ومساعدتهم في حل مشاكلهم وإعادة دمجهم وتأهيلهم نفسيا لهم واجتماعيا عندما يكون لديهم اضطراب ما يؤثر فيهم وعلى حياتهم وسلوكياتهم لتعديلها أو الكف عنها، وتعلم سلوكيات مرغوبة. وسنتطرق في هذا الفصل، إلى ماهية هذا المفهوم ومحتوياته.

1) تعاريف التكفل:

لغة : تكفل بشيء ألزمه نفسه و تحمل به ، ويقال تكفل بالدين أي إلترم به، تكفل يتكفل ، تكفلا فهو متكفل والمفعول متكفل. التكفل برعاية المحتاجين "الإلتزام بذلك"

إصطلاحا: إعانة الفرد من جانب ذاتيته و الإهتمام بجوهره ،والتكفل عادة بوجه الأفراد الذين يعانون من الإستقرار النفسي.

(حمايدية، 2016:35)

التكفل هو عملية يقوم بها المجتمع كهيئة تحقيق مجموعة من الأهداف تسمح بالوصول بالفرد إلى ضمان حقوقه و الإحساس بالعدالة في وسط المجتمع .

(محمد حاسن غانم، 2009:190)

كذلك هو وسيلة نفسية إجتماعية لتوعية الفرد بذاته وبأنه قادرا على التواصل مع الآخرين لتحقيق إستقلالية من خلال تنمية القدرات و المهارات و إستغلالها أحسن إستغلال.

(سوسن إيمان، 2011:16)

(2) أنواع التكفل :

هناك عدة أنواع من التكفل حيث قسمت من عدة نواحي نذكر منها :

1-3 من الناحية الطبية :

هو إعادة الفرد إلى أعلى مستوى ممكن من الناحية البدنية والعقلية، وذلك عن طريق إستخدام المهارات الطبية للتقليل من المعانات أو إزالتها إن أمكن وتتضمن خدمات التكفل الطبي مايلي العمليات الجراحية التي تساعد الفرد في أن يستعيد قدراته الفزيولوجية الجسدية والعلاج بالأدوية والعقاقير، وإستعمال الأجهزة المساعدة، وذلك للتقليل من أثر الإعاقة مثل السماعاات، النظارات الطبية.

2-3 من الناحية الإجتماعية والنفسية:

وهو إعادة الفرد إلى أعلى مستوى ممكن من الناحية الإجتماعية والنفسية، وذلك عن طريق إستخدام الطرق التالية :

يوجد هناك علاج نفسي ويتم ذلك بالجلسات الإرشادية والنفسية والتي تهدف إلى تقليل

المشكلة ومحاولة الوصول إلى حل يشارك فيه الفرد بأقصى قدر ممكن .
(ماجد السيد عبيد، 2000: 21)

- يهدف إلى حل المشاكل الشخصية الأقل حده.
- مساعدة الأهل في تربية أبنهم المعاق.
- وكذلك التكفل التام بالطفل من حيث النوم والأكل .
- السهر على نظافة الطفل الجسمية والمكانية .
- القيام بنشاطات ترفيهية .
- مراقبة وملاحظة التغييرات في سلوك الطفل .
- وضع أوقات المشاركة الأسرية. (المشرفي، 2006: 23)

3-3 من الناحية الأكاديمية:

هو تعليم المعاقين أكاديميا حسب قدراتهم ودرجة إعاقتهم الجسمية والعقلية وتزويدهم بالمهارات الأكاديمية اللازمة، والتي تفيدهم في حياتهم العلمية، كإجادة القراءة والكتابة وحساب أو النشاطات اليومية، ويتم تلقين هذه المهارات في مراكز خاصة بالمعاقين، في صفوف خاصة بالمعاقين ضمن الصفوف العادية .

- وضع الطفل في مدارس متخصصة مكيفة حسب إمكانياته مع أطفال من نفس المستوى كي لا ينمو لديه شعور بالفشل.
- الدروس تركز على أعمال واقعية تستدعي كمال النشاط الخاص بالطفل إلى نشاطه الحسي الحركي مثلما تستدعي العمليات الفكرية: يبحث بمفرده يكتشف ويجرب لتطوير حركته، مهارته اليدوية هام جدا.
- إعطاء مكانة للإندماج الهني وبذل مجهود لتحضير المتوحد حياة الراشد، وتطوير تستندنه إجتماعياً وإشعاره بروح المسؤولية لتحقيق التوافق الإجتماعي من خلال النشاطات الجماعية ودمجه في جماعات من سنه ومستواه. (القذافي رمضان، 1988: 50).

3) تعاريف التكفل النفسي :

التكفل النفسي هو جملة من الإجراءات الوقائية أو العلاجية باستعمال الوسائل والإمكانيات العملية التي يتم من خلالها التركيز على الفرد بهدف علاجه أو مساعدته في حل مشكلة ما. (حمادية، 2016: 18)

كما أنه يعرف بأنه العملية الإنسانية الهادفة و المستمرة التي تهدف إلى إحتواء الفرد وإكسابه سلوكيات و قيم و خبرات ، توصله إلى تكوين الشخصية المثالية التي تحقق له الإندماج و الفعالية مجتمعه. (سهام درويش، 1997: 23)

كما أنه مجموعة من الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكانيات و قدراته الجسمية ،وميله بأسلوب يشبع حاجاته ،ويحقق تصوره لذاته و يتضمن ميادين متعددة ،أسرية شخصية مهنية.

(جودت عزت،2006:61)

ويعرف بتقديم المساعدة لمريض الذي يعاني من اضطرابات نفسية وذلك بفرض تغيير وجهة نظره للعالم الخارجي ذاته وفهم لمرضه وتقبله أو تعايشه معه لأنه يرافقه طوال فترة حياته ،ويهدف هذا التكفل إلى مساعدة العميل على التوافق و التغلب على الضغوطات المختلفة التي تسببها إصابته بالعدوى والتخفيف من مشاعر الحزن والكرب التي تحدث له، ومساعدته في إتخاذ القرارات و إيجاد الحلول المناسبة لمشكلة و التخلص من توتراته النفسية والمشاعر السلبية. (حسنية، 2010:18)

أما رابع تركي يعرفه بأنه فعل المسؤولية إتجاه الآخرين بحيث يضمن رعاية كافية للطفل المعوق مبنية على برامج متنوعة تكتسب صبغة بيداغوجية، فعملية التكفل تترجم في شكل تقدم مساعدة لتجاوز الصعوبات الصحية ،النفسية،الإجتماعية التي قد يواجهها الطفل والتي تنقص من إمكانية التكيف الإجتماعي وذلك بتقديم خدمات ورعاية إجتماعية وتربوية خاصة.

(محللين أسامة،2019: 14)

4) أهمية التكفل النفسي :

هي ضرورة إنسانية وأخلاقية ودينية وإجتماعية، تتمثل في صيانة الأسرة وحمائتها وتدعيمها، والمحافظة على العلاقات الإجتماعية الإيجابية بين الناس وحماية الأهل وأولادهم من خطر التشرد والضياع وتوجد دواعي سياسية أيضا تتمثل في ضرورة حفاظ المجتمع على الفكر الإيديولوجي المطلوب وتربية أبناء المجتمع على القيم والمبادئ والأفكار والنظريات الموالية للمجتمع، والتي تحفظ المجتمع وحدته وتماسكه وبالتالي تحميه من عوامل التمزق والتفكك الإجتماعي والنفسي. (سهام درويش أبو عطية، 1997: 190)

كما تكمن أهمية التكفل في كونه وسيلة لإدماج الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة من الناحية النفسية، الإجتماعية، والذهنية، وتوعية أفراد المجتمع بضرورة النظر بموضوعية لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة للقضاء على نظرة التحفيز أو الشفقة يمنح الفرد فرصة العيش، وتحقيق الاستقلالية وتنمية قدراته الإجتماعية والعاطفية، فيصبح قادر على العيش في المجتمع.

وتهدف أساسا إلى إحداث المنبهات حيث يصبح قادرا على التعرف عليها والتصرف معها. وأيضا له هدف عام، هو تحقيق دمج المعاق مهنيا واجتماعيا وتحقيق الاستقلالية الذاتية.

■ يساعد الأطفال الذين يعانون من تأخر النمو على تحقيق مستويات متقدمة من

الوظائف الإدراكية والاجتماعية.

■ يمكن الطفل من إستدخال مفاهيم جد معقدة على شكل لعب لتساعده على بناء اللغة.

- اكتساب الطفل الأنماط السلوكية المقبولة اجتماعيا في المدرسة وغيرها .
- إكتساب مهارات معينة للتعايش مع صعوبات الحياة.
- تطوير مفهوم إيجابي عن ذاته وتنمية الشعور بالقدرة على الإنجاز .
- فهم مشاعره ومشاعر الآخرين .
- تطوير اتجاهات إيجابية نحو المركز أو المدرسة.

(الخطيب، 2005 : 52)

5) مراحل التكفل النفسي:

1-5 الفحص النفسي:

هو الفحص المتكامل الذي يقتصر على البعد من أبعاد الشخصية مهملًا بقية أبعادها ،ويرى « Sterm » أن الفحص النفسي يعني أن يتعلم الفاحص متى يسكت ،متى يتدخل، متى يشجع المريض على الكلام عن نفسه كما يجب على الفاحص أن يتعلم كيف يكتسب ثقة المريض وأن يتدرب على التحكم بمجرى الفحص. (حمادية،2016:40)

❖ الهدف من الفحص:

يكمن هدف الفاحص في فهم شخصية المريض ديناميا ووظيفيا و الوقوف على نواحي قوته و ضعفه وتحديد إضطرابات الشخصية التي تؤثر في سعادته و هنائه وتوافقه النفسي والاجتماعي، وعلاقته بالآخرين خاصة الأقرب إليه ،وفهم حياته الماضية و الحاضرة وعلاقته بمشكلاته و مرضه .

❖ شروط الفحص النفسي:

- بدل أقصى جهد للحصول على المعلومات و البيانات بكافة الطرق .
- حث العميل على التعاون و الإهتمام بعملية الفحص ،حتى يستطيع المعالج مساعدته.
- سرية المعلومات : وهو أمر ضروري يجب أن يؤكد المعالج و عليه يتحدد بدقة وثقة في جو أمن .
- تقييم المعلومات التي يحصل عليها المعالج و عليه أن يحدد إذا كانت حقائق ثابتة أو إحصائية .
- تنظيم المعلومات : وهذا ما يجعل تفسيرها دقيقا ضمن الحصول على صورة كاملة لشخصية .

(حسنية ،2016:56)

❖ الوسائل الحصول على المعلومات في الفحص :

✓ المقابلة العيادية L'entretien Clinique:

تعتبر المقابلة الوسيلة الأولى في الفحص و التشخيص وهي علاقة إجتماعية مهنية وجها لوجه بين المعالج و العميل في جو نفسي أمن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين ،تهدف إلى جمع المعلومات الازمة و التعرف . على خبرات ومشاعر وإتجاهات.

✓ دراسة المظهر الخارجي للمفحوص:

دراسة شكل وجه ،تعابير التي يمكن أن تعكس الإنهيار، القلق الحيرة فقدان القدرة على التعبير ،و الإيماءات ،ودراسة مزاج المفحوص الذي يمكن أن يعكس من خلال مظهره وتصرفاته فقد يكون متفؤلا أو متشاؤما ،ضاحكا أو هو بين الضحك و البكاء دون سبب ،ودراسة النظرة التي قد تكون ثابتة ،متحركة ، كثيرة الحركة ،ومراقبة النشاط العام المفحوص ،هل جامد أم هو في حالة ذهول ، هل يرجف هل هو مضطرب ، هل يعاني من الهبوط الحيوي.

(جودت عزت ،2006:112)

✓ الملاحظة:

هي العملية المنظمة لوضع الحالي للمريض في قطاع محدود من قطاعات سلوكه أثناء مواقف الحياة اليومية الطبيعية ،و مواقف التفاعل الإجتماعي بالإضافة إلى مواقف الإحباط و غيرها مما يمثل عينات سلوكية ذات مغزى في حياة المريض.

(محلين أسامة ،2018:25)

عوامل نجاح الملاحظة :

- سرية المهنة ، الموضوعية ، الدقة ، الخبرة ، الشمول.
- إنتقاء السلوك المتكرر الثابت نسبيا .
- تحديد الزمان و المكان و الأجهزة مع التركيز على السلوك المتكرر و الإهتمام بتسجيل السلوك الملاحظ و تفسيره. (حمادية،2016:38)

❖ دراسة الحالة : L'étude de cas

هي الوسيلة لجمع المعلومات حول المريض وهي تحليل دقيق للموقف العام للمريض ككل وبحث شامل لأهم خبراته ، وهي وسيلة لتقديم صورة شاملة لشخصية ككل بهدف تجميع المعلومات و مراجعتها و دراستها و تحليلها وتركيبها و تلخيصها.
(جودت عزة ،2006:60)

✚ عوامل نجاح دراسة حالة:

التنظيم و الدقة في تحري المعلومات و الإعتدال بين التفاصيل ، الملل والإختصار المخل والإهتمام بالتسجيل. (حامد عبد زهران ،1997:162)

✚ الإختبارات و المقاييس :

تعتبر من أهم وسائل جمع المعلومات و تستوجب توفر عدة شروط ألا وهي الصدق والثبات ، والتقنين و الموضوعية سهولة الإستخدام ،تعدد الإختبارات و المقاييس مع الإعتدال في إستخدامها. (لويس كامل مليكة ،1999:74)

❖ التشخيص : Diagnostic

هو تقييم خصائص الفرد من حيث قدراته و سماته و أعراض المرضية ودرجة حدتها مبينا الأسباب المباشرة لنشأتها بغية الوقوف على حقيقة المشكلة التي يعاني منها المريض ، وإخضاعه لبرنامج علاجي مناسب لحالته. (حمائية ،2016:56)

✓ هدف من التشخيص :

- تحديد العوامل المسببة للإضطراب .
 - التمييز بين الإضطراب العضوي و الوظيفي.
 - تقدير عمق وشدة درجة الإضطراب .
 - التنبؤ بالمسار المحتمل للإضطراب .
 - تحديد طريقة العلاج التي تناسب الإضطراب .
- (محلعين أسامة، 2018:49)

❖ العلاج : Le thérapie

العلاج النفسي في مساعدة الفرد تكمن أهميته على التوافق من جديد لذا لابد الأخصائي النفسي أن يمضي في تناوله المشكلة إلى أبعد من التشخيص و حده وإلا كان العمل عميقا ينبغي أن توضع خطة للعلاج وتكون هذه الخطة موضع التنفيذ .(لويس كامل مليكة، 1999:67)

❖ التنبؤ: Promostic

يتناول التنبؤ مستقبل المريض في ضوء حاضره و ماضيه ،فيكون التنبؤ حالة مثل الطبيب الجراح يحاول التنبؤ بمدى إنجاح المحتمل أي بأمل العملية التي سيقوم بإجرائها فيجد نسبة النجاح المحتمل (جودت عزت، 2006:36)

✓ هدف من التنبؤ:

تهدف إلى توجيه و تحسين عملية العلاج في ضوء المآل المتوقع و تحديد أنسب طرق العلاج لتحديد أكبر قدر من النجاح.

(حامد عبد السلام زهران ، 1997:162)

خلاصة :

يعتبر التكفل النفسي من أهم التكفلات التي يهتم بها الباحثون، ولعل السبب في ذلك يمكن في الأهمية البالغة التي يتمتع بها هذا النوع من التكفل ،حيث له دور كبير فهو يستدعي تكامل على مختلف المستويات ،تربوياً، طبيياً، إجتماعياً، نفسياً، حيث يقدم يد المساعدة للأفراد عموماً و أطفال ذوي إضطراب التوحد خصوصاً لمحاولة فهمهم وتأهيلهم وتعديل سلوكهم وللوصول إلى تحقيق الهدف والرعاية والتكفل الذي يحتاجه الطفل التوحدي .

الفصل الثالث

إضطراب التوحد

- تعريف التوحد.
- تعريف الطفل التوحد.
- أسباب إضطراب التوحد.
- أنواع إضطراب التوحد.
- مشكلات ذوي إضطراب التوحد.
- خصائص ذوي إضطراب التوحد.
- مواصفات ذوي إضطراب التوحد.
- تشخيص إضطراب التوحد.
- أساليب علاج ذوي إضطراب التوحد.
- خلاصة.

تمهيد

إضطراب التوحد من بين الإضطرابات والأمراض التي إنشغل بها الكثير من الباحثون ،مما دفع إلى الجهد والسهر من أجل الوصول إلى الأسباب الحقيقية للإصابة والحلول ، كما يعد مصطلح إضطراب التوحد أحد الإضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وهو أكثر الإضطرابات صعوبة بالنسبة للأسرة والطفل . وسنتطرق في هذا الفصل ،إلى ماهية هذا المفهوم ،ومحتوياته.

1) تعاريف إضطراب التوحد:

تعددت تعاريف العلماء التي تناولت دراسة إضطراب التوحد ،ومن هنا فقد يعتبر التوحد لغة: التوحد لغة: هو إنفراد و بقاء الشخص وحده العيش وحيداً وحده أي "وجد لذة التوحد " والمتوحد هو المنعزل أي منفرد لنفسه و يعيش وحيدا في منعزل عن الآخرين وكذلك التوحد هو توحد بمعنى توحد الشخص أي أقام و بقي وحده و نقول توحد الشخص بالشئ أي انفرد به .

التوحد من توحد أحاد موحد ،وتوحد معنى منعزل على الآخرين و يقال دخل القوم أحادا أي فرادى ،فردى بمعنى تلوى الأخرى (غاليم يمينة ،2016: 12)

كما أن التوحد يشتق من Autism وهي كلمة إغريقية « aut » تعني النفس والذات وكلمة « ism » تعني إنغلاق والمصطلح كله يمكن ترجمته على أنه الإنغلاق على الذات

، ويعني هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالباً ما يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم و يبدون قليلاً من الإهتمام بالعالم الخارجي.

(باحشوان و اخرون، 2003: 387)

كما للتوحد مصطلح يستخدم للتعبير عن الفئة ذوي إضطراب التوحد والمعروف لدى الغالبية بإختلاف درجاته سواء كان من ذوي الأداء المتدني أو من ذوي الأداء العادي المرتفع وإن المظاهر الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل إلى 30 شهراً من العمر، و يتضمن إضطراب في سرعة أو تتابع النمو وإضطراباً حسيماً في الإستجابة للمثيرات وإضطرابات في الكلام واللغة.

(نايف بن عابد الزراع، 2010: 29)

فهو إعاقة نمائية تؤثر بصورة كبيرة على التواصل الاجتماعي و التفاعل الإجتماعي ، خلال مرحلة الطفولة المبكرة حتى عمر 8 سنوات و تؤثر سلباً على الأداء التعليمي للمطالب و يتصف بالصفات التالية:

قصور نوعي في التفاعل الإجتماعي الانشغال بأنماط من السلوكيات المتكررة والنمطية والأنشطة المقيدة. (إبراهيم عبد الله الزريقات، 2017: 329)

ويعرفه **كانر (Kanner) 1943** بأنه حالة من العزلة والإنسحاب الشديد وعدم القدرة على الإتصال بالآخرين والتعامل معهم ويوصف أطفال التوحد بأن لديهم إضطرابات لغوية حادة. (رائد خليل العبادي، 2011: 13)

كما عرفه عادل الأشول **1989** أن إعاقة التوحد هي مصطلح الإنشغال بالذات أو الأنانية وهو إضطراب إتصالي خطير ، وسلوك يبدأ أثناء الطفولة المبكرة وعادة ما يبدأ قبل 30شهر وحتى 42 شهرا من عمر الطفل.

(سيد سليمان،2000:19)

وأما غير لاش (**Gerlach**) **2003** هو أحد الإضطرابات النمائية الأساسية يصيب الأطفال منذ لحظة الميلاد ،وتظهر عليهم السلوكيات النمطية والتكرارية وفي العادة يبدأ تشخيصهم في أعمار تبدأ من عامين و نصف إلى أربعة أعوام لوضوح الأعراض عليهم في تلك الفترة إلا أن حالتهم تكون واضحة نوعا ما منذ لحظة الميلاد .(الهام محمد حسن ،2011: 12)

ويعرفه إتكينس (**Etkins**) **2005** هو إضطراب إرتقائي عام شديد يتميز بقصور في عملية الإتصال الإجتماعي ونقص في مستوى الذكاء ونمو اللغة مع وجود طقوس سلوكية قهرية ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات والإستجابات شادة عند التفاعل مع البيئة المحيطة ويبدأ ظهوره قبل أن يصل الطفل لسن ثلاث سنوات.

(فؤاد عبد الجوالدة،2017: 346)

أما هالهان (**Hallahan**) **2006** التوحد هو إعاقة تطويرية تؤثر سلبا في التواصل اللفظي و غير اللفظي و التفاعل الإجتماعي للطفل إلى الثالثة من عمره مما يؤثر سلبا في أداء الطفل بشكل عام. (عبد الناصر القرالة،2018: 07)

أما يعرف بشير والآخرين **2014** بأنه إضطراب عصبي معقد يؤثر على وظيفة الدماغ و يظهر عادة ضمن سنوات الثلاث الأولى من الحياة وهو سبب عجز في مجالات متعددة

من النمو بما في ذلك التفاعل الإجتماعي والتواصل.

(براجل، 2017: 101)

ويعرفه أورنتز (Orintz) 2014 هو اضطراب النمو الشديد في السلوك عند الأطفال وتعود لأسباب قد تحدث قبل الولادة أو اثناء الولادة أو بعدها والتي يعتقد أنها تؤدي بدورها خلل وظيفي في الدماغ يظهر على شكل اضطراب في العلاقات مع الآخرين وفي التواصل واللغة والإستجابة للموضوعات. (فاضل، 2015: 9)

أما ماجد عمارة فيطلق عليه الإنغلاق النفسي وهو حالة من حالات الإضطرابات الإرتقائية الشاملة يغلب فيها على الطفل الإنسحاب والإنطواء، والطفل المنغلق نفسياً لديه سلوك نمطي وإنشغاله بأجزاء الأشياء وليس بالأشياء نفسها. (طارق عامر، 2008: 21)

وتعرف نادية أبو السعود أنه كارتقاء غير طبيعي مختل يتضح قبل صلات سنوات من عمر الطفل، ويتميز بفساد التفاعل الإجتماعي والإتصال الشفوي والنشاط الإجتماعي والتي تظهر في اضطراب السلوك و بشكل خاص والنشاط الزائد. (يطو يمينة، 2012: 26)

أما جمعية الأمريكية عرفته بأنه هو نوع من الإضطرابات النمائية التطورية التي لها دلالة و مؤشرات في السنوات الثلاث الأولى من الحياة الطفل، حيث تظهر نتيجة خلل ما في كيميائية الدم أو إصابة الدماغ، والتي تؤثر على مختلف نواحي النمو، ويضطرب فيه السلوك، والتواصل و التفكير.

(روان عيدروس عبد الله، 2016: 20)

ويعرف بلوير **Bleuber** التوحد هو إنقطاع الطفل عن العالم و إنطواء على الذات ،إذا يسيطر هذا الإضطراب على الحياة النفسية الداخلية والتخيلية للفرد ويخلق صعوبات في الإتصال بالآخرين. (عوالي فاطمة ،2015: 55)

أما قانون التربية الخاصة للأفراد المعاقين **IDEA** عرفه بأنه عبارة عن إعاقة نمائية تؤثر تأثيرا بالغا على التواصل اللفظي و غير اللفظي.

(فهد بن محمد ،2015: 18)

أما **جود جنيف Good give** التوحد هو اضطراب عصبي يؤثر على وظائف المخ وخاصة في مناطق التفاعل الاجتماعي و مهارات الاتصال .

(سعد رياض ،2008: 13)

2) تعاريف الطفل التوحدي:

الطفل التوحدي هو ذلك الطفل الذي يعاني من إضطراب في النمو قبل سن الثالثة من العمر ،يحيث يظهر على أشكال إنشغال دائم و زائد بذاته أكثر من الإنشغال بمن حوله ،وإستغراق في التفكير مع ضعف في الإنتباه و ضعف القدرة على التواصل مع من حوله. (عبد العزيز إبراهيم سليم ،2011: 221)

كذلك هم أولئك الأطفال الذين لديهم إعاقة نمائية تؤثر بدرجة ملحوظة على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي قبل سن الثالثة من العمر مما يؤثر سلبا على الأداء التربوي. (النواصرة،2017: 375)

ويعرفا **الزويدي والمهيري** إن الطفل التوحدي يظهر أنماط سلوكية شادة ،كعدم النضج الإجتماعي و العدوان أحيانا ،وتعد إضطرابات التواصل لديه من الإضطرابات المركزية

والأساسية التي تؤثر سلبا على مظاهر نموه الطبيعي وتفاعله الاجتماعي. (روان
عديروس عبد الله، 2016: 20)

أما **عاقل** فهو الطفل المنكب على ذاته و منسحب على العالم و الأطفال المتوحدين قد
يجلسون و يلعبون ساعات بأصابعهم فيبدون ضائعين في العالم من الخيالات الداخلية.
(حسين فايد، 2005: 20)

ويعرف **الحفني** هو الطفل منسحب بشكل متطرف، يلعب لساعات طويلة في أصابعه أو
بقصاصات الورق، ويبدو عليه الإنصراف عن هذا العالم إلى عالم خاص به من صنع خياله
. (مصطفى نوري القمش، 2011: 46)

كذلك يعرف **هشام الخولي (2008)** هو الطفل الذي يعاني من صعوبة أو قصور في
مهارات الإجتماعية المعرفية و التي تتمثل في مهارات الإنتباه، التفاعل الإجتماعي
والتواصل، والقصور اللغوي، كما يعاني من سلوكيات نمطية غير مرغوبة هذا و تظهر
الأعراض خلال مرحلة الطفولة المبكرة و قبل أن يتجاوز الطفل العام الثالث. (هناك شحاتة
، 2015: 23)

أما **قمر (2009)** هو الطفل أو الشخص المصاب بالأوتيزم بأنه ذلك الطفل أو الشخص
الذي يهتم بنفسه فقط، وتتميز ردود فعله بالذاتية والمحدودية ويعجز على الإتصال بالآخرين
مع تأخر واضح في تطور مفهوم الذات. (أبو الفتوح، 2010: 14)

كما يعرف **جولد نسون Goldenson (2010)** الطفل الأوتيزم هو ذلك الذي يفقد القدرة
على الإتصال بالآخرين فيظل منسحبا مستغرقا في أفكاره منهمكا في سلوكه النمطي الممثل

في تدوير الأشياء و الإهتزاز ،وعجز على تحمل التغيير و لديه عيوب في النطق والحرص
الظهري .(محمد قاسم عبد الله ،2001: 18)

(3) أسباب اضطراب التوحد :

في الحقيقة لا يوجد سبب مُحدد للإصابة بمرض التوحد، إذ تُشير المُعطيات المتاحة إلى
أنّ هذا المرض ينتج عن مجموعات مختلفة من العوامل، والتي تظهر من خلال الأعراض
السلوكية المميزة، وفيما يلي بيان لهذه العوامل نذكر منها:

1-3 أسباب نفسية وأسرية :

صفات الوالدين الشخصية والبيئية الإجتماعية يلعبان دوراً رئيسياً في حدوث التوحد
لدى الطفل، فأباء الأطفال يتصفون بالبرودة وهم سلبيون من ناحية الإنفعالية مع أطفالهم،
ولايزودونهم بالحنان والدفء الكافي، (إلهام محمد حسن،2016: 16) ،كما يرى بتيلهام
(bettelheim) " التوحد بمثابة وسيلة دفاع لرفض الطفل عاطفياً وضد أسلوب النشئة التي
لاتسمح له بالتفاعل الصحيح مع والديه وبخاصة والدته "كما أطلق عليها الأم الباردة
(الثلاجة) ،(وفاء علي ،2004: 34) ،كما أن العوامل النفسية أثرت بالطفل في
مراحل نموها الأولى من رعاية وتربية وقد كانت سائدة في الخمسينات والستينات من القرن
الماضي وفيها يتم وضع اللوم على الأباء لفقدان الطفل الحنان الكافي وهناك أم تصاب
بالإكتئاب بعد الولادة وتدخل في فترة من العلاج وبعد فترة يتم تشخيص طفلها بالتوحد
فتشعر بالذنب وتضع اللوم على نفسها وقد تتحطم الأسرة ،(محمد التميمي،2014: 16).

وكما يؤكد كانر أن أعراض الإصابة بالتوحد لدى الأطفال تعود إلى عدم النضج وتطور الأنا، وهذا يحدث نتيجة المناخ النفسي السيئ الذي يعيش فيه الطفل كما وجد أن أباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد يتسمون بالبرود الإنفعالي، والعزوف العاطفي، (هناك شحاتة، 2015: 35)، وبالتالي فقر في الإتصال وفقر العالم النفسي الداخلي، والذي يسميه القلعة الفارغة (for teresse vide)، (يطو يمينة، 2014: 35)، وببينا فسر بعض الأطباء النفسنيين المتأثرين بنظرية التحليل النفسي لفرويد التوحد على أنه ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو الأولى من عمر الطفل، وهذا يؤدي إلى اضطرابات ذهنية كثيرة، (مجدي فتحي غزال، 2007: 14).

ويذكر أوجورمان 1970 (ogorman) "ربما يكون الإضطراب بسبب إصابة الأم نفسها بالفصام أو بسبب معاناتها من مرض عاطفي واضح أو أن تكون متعلقة طفولياً بوالدتها لدرجة لا تستطيع معها أن تقوم بدورها، وقد يكون التعارض بين دور الأم والأب بسبب في اضطراب الطفل، فعندما تبدو الأم أقل إحساساً بالأمومة عن الوضع الطبيعي ويبدو الأب أقل إحساساً بالأبوة عن الوضع الطبيعي نجد أن الطفل لا يستطيع تكوين علاقة مع الأم والأب"، (سنا محمد سليمان، 2014: 65)

كما صنف كانر مكونات العلاقة الأم والطفل في الشهور الأولى من حياة الطفل على نحو التالي:

➤ ميكانزمات العلاقة النفسية بين الطفل والأم:

التوحد ينشأ عن خبرات مبكرة غير مشبعة، فينشأ الأساس المرضي نتيجة فشل أنا الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم، والتي تكون بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي، وبالتالي

لم تسمح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه.

ويشير أوجورمان إلى أن فشل العلاقة العاطفية بين الأم والطفل قد يكون مرتبطاً ببعض أنواع الانفصال عن الأم، سواء كان هذا الانفصال طبيعياً أو عاطفياً، فالإتصال الطبيعي ربما يكون بسبب طول فترة البعد عن الطفل التي تحدث عند ميلاد طفل جديد أو حمل آخر للأم بسبب إنشغالها بعض الوقت عن الطفل، (مصطفى نوري القمش، 2011: 31)، وهذا ما أكدته دراسة بورد كريبشان (burd kerbeshan) سنة (1988) ، والتي هدفت إلى التعرف على التفاعل بين العوامل النفسية والعصبية في التوحد من خلال دراسة لحالة طفلة تعاني من التوحد عمرها (22) شهراً ،يشير تاريخ الحالة إلى قيام الوالدين برحلة تركت فيها الابنة مع الجدة فأخذت تبكي من 8 . 9 ساعات وتردد كلمات ماما ذهبت حتى نامت وعندما أستيقظت صباحاً ذهبت للنافذة وكررت ماما ذهبت ،وبعدها بساعة أصبحت هادئة وتتجنب التفاعل مع أعضاء الأسرة ،وفي اليوم التالي توقفت عن الكلام وبدأت أعراض التوحد الأخرى كالحملقة واللعب بشكل غير مميز، ورغم عودة الأم والأب إستمرت الحالة وعندما وصلت إلى سن ثلاث سنوات لم تتغير وأصبحت مدمرة وغير قابلة للتعديل وحتى سن أربع سنوات مما أستوجب دخولها للمستشفى ورغم تحسنها من خلال العلاج إلا أن التوقف عن الكلام وفرط الحركة ظل ملازماً لها حتى سن 6سنوات وهذه الحالة تؤكد على دور العوامل النفسية في حدوث التوحد.

أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة والتي شخصية الوالدين غير السوية وأسلوب التربية الذي يسهم في حدوث الإضطراب، كما وجد أن آباء الأطفال يتسمون بالبرود العاطفي. (وليد خليفة، 2013: 30 31)

2-3 أسباب عصبية وبيولوجية وكيميائية :

أ. أسباب عصبية:

قد ترجع إعاقة التوحد إلى خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي فقد يكون هناك قصوراً معيناً في الوظائف الفسيولوجية والكهربائية، كما أن اضطراب التوحد حالة لها أصول عصبية نمائية، حيث يعزى التوحد إلى حدوث أمراض، وأوضحت دراسات وفحوصات الرنين المغناطيسي أن حجم المخ في الأطفال التوحديين أكبر من الأطفال الأسوياء على الرغم من أن التوحديين المصابين بتخلف عقلي شديد تكون رؤوسهم أصغر حجماً، (آية عز الدين أحمد جاد الله، 2018: 19)، كما أثبتت دراسة إيمان أبو العلا (1995)، أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية والتصوير بالرنين المغناطيسي يشير إلى احتمال وجود دور لجذع المخ في حالات توحد، كما أنه توجد اضطرابات في أسفل المخ والجهد المستتار لهؤلاء الأطفال بنسبة كبيرة، ولكنها اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث، (لمياء عبد الله بيومي، 2008: 35)، كما أن ينقسم المخ إلى نصفين أيمن وأيسر بحيث يسيطر النصف الأيمن على الجانب الأيسر من الحركة الجسم وبالعكس فيرتبط الجانب الأيمن بالموسيقى والفن والاستجابات الإنفعالية، بينما يتخصص النصف الأيسر في معالجة وتحليل اللغة والنطق والكلام، فنلاحظ الأطفال التوحديين وغيرهم مما يعانون من اضطرابات نمائية لديهم مشكلات في وظائف نصفي المخ حيث يتم تحليل المعلومات اللغوية لدى التوحديين على سبيل المثال في النصف الأيمن وهي من إختصاص النصف الأيسر لدى الأسوياء والأمر نفسه ينطبق على مهارات المحاكاة ولكن ليس لدى كل الأفراد التوحديين بل بعضهم لديهم المهارات اللغوية بعد سن الخامسة، (نايف بن عابد الزراع، 2010: 36)

وتشير دراسات تريفارتن وآخرون (tneavarten et al) (1996)، إلى وجود أدلة كثيرة حديثة على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية ينشر في مركز المخ وبصفة خاصة في مراكز الإنتباه والتعلم، (أحمد أمين نصرسهى، 2002: 40)، كما أن المخ ينقسم إلى نصفين الأيمن والأيسر بحيث يسيطر النصف الأيمن على الجانب الأيسر من الحركة الجسم وبالعكس فيرتبط الجانب الأيمن بالموسيقى والفن والإستجابات الإنفعالية، بينما يتخصص النصف الأيسر في معالجة وتحليل اللغة والنطق والكلام، كما أن الأطفال التوحيديين وغيرهم ممن يعانون من اضطرابات نمائية لديهم مشكلات في وظائف نصفي المخ حيث يتم تحليل المعلومات اللغوية لدى المتوحيديين على سبيل المثال في النصف الأيمن وهي من إختصاص النصف الأيسر لدى الأسوياء والأمر نفسه ينطبق على مهارات المحاكاة ولكن ليس لدى كل الأفراد التوحيديين بل بعضهم لديهم المهارة اللغوية بعد السن الخامسة. (رائد خليل عبادي، 2011: 36)

كما تشير دراسة كانر (kanner 1943) وإسبرجر (asperger 1944) في دراسة لحالات التوحد السريرية، ويعني ذلك أن هناك خلا ما في المراكز العصبية في الدماغ وخاصة على القشرة الدماغية ومثل هذا الخلل يفسر المشكلات اللغوية و العقلية، والمعرفية، والحسية، التي يعاني منها الطفل التوحيدي. (فاروق الروسان، 2010: 259)

كذلك من الأسباب التوحد إرتفاع معدل سيراتونين الدم (موصل عصبي)، وتشوهات في المخيخ، وخلل في سريان الدم بعض أجزاء المخ، زيادة غير طبيعية في سمك طبقة لحاء المخ، خلل في حركة المخ، نقص في أحد أنواع خلايا المخ، (طارق عامر، 2008: 103، 102).

كما قام كاتس دراسة (1998)، للتعرف على الفروق التشريحية العصبية والمعرفية بين زوجين من التوائم المتماثلة من المصابين بالذاتوية تم عمل رنين مغناطيس وتحليل كمي لتشريح المخ، كشف أن التوائم المصابة لديها سبب ملحوظ في حجم النواة الكودات coudate والأميگدال amggdaloid والحصين hippocampal وصغر حجم القصيصات الفرمية في المخ vercere bellar mis lobuler، وذلك مقارنة بعينة من أطفال أسوياء تتراوح أعمارهم ما بين (3.5-6.5) سنوات. (وليد خليفة، 2013: 30)

ب. أسباب بيولوجية:

تتحكم العوامل البيولوجية بوظائف الدماغ وتعلم الإنسان وسلوكه وهي تؤثر على النمو الطبيعي للجهاز العصبي المركزي وبالتالي تؤدي إلى سلوكيات توحدية، (فهد بن محمد حماد الحماد، 2015: 31)، ويرجع بعض الباحثين أن سبب التوحد راجع إلى وجود خلل في نظام البيولوجي للفرد مما ينتج عنه إصابة بالإضطراب، إذا لوحظ تشابه في الأعراض بين الإختلال النفسي والسلوكي الناتج عن تلف الجزء الأيسر من المخ وبين تصرفات هؤلاء الأطفال اللغوية، المعرفية، السلوكية. (محمد أحمد خطاب، 2009: 41)

كما تمثل فترة الإستعداد للحمل مرحلة مهمة للإعداد الجسمي والنفسي والعقلي للمرأة وحيث تحدث العديد من التغيرات التي تحدث أثناء تلك الفترة، كما أن مرحلة الحمل قد يؤثر نزيف الأم بعد الشهر الثلاثة الأولى على الجنين كما أن المواد الموجودة في بطن الجنين والسائل الداخلي المحيط بالجنين قد وجد في تاريخ الأطفال التوحيديين أكثر مما لدى الأطفال العاديين حيث يصاب الطفل التوحيدي بعد الولادة بمتاعب التنفس والأنيميا، كما نرى تأثير العقاقير وسوء التغذية التي تتعاطها الأم أثناء فترة الحمل تسبب في ميلاد الطفل التوحيدي،

(ريما فاضل، 2015: 45)، كما شير دراسة أجراها مجموعة من الباحثين السويديين على (2000) طفل أن الأمهات المدخنات أكثر عرضة لإنجاب أطفال التوحيدين بنسبة وصلت إلى (40%) مقارنة بالأمهات غير المدخنات. (عوالي فاطمة، 2015: 61)، وكذلك تعد ظروف الولادة من الأسباب المشتركة بين غالبية الإعاقات بشكل عام بما فيها اضطراب التوحد، إذ يعد عسر الولادة، أي مشكلات المصاحبة للولادة وتأخرها وغير ذلك من الأسباب المرافقة لعملية التوليد، ومن ذلك استخدام أدوات تعمل على تسهيل عملية الولادة مثل نقص الأكسجين وكذلك يعد كبر سن الأم وقت الحمل فوق سن 35. (أسامة فاروق، 2013: 31)

كما ذكر لورناوينج، (1994) في دراسته أنه من الصعوبات الشديدة التي تحدث خلال الولادة نقص الأكسجين، والذي يؤدي إلى إصابة المولود بصعوبة بصرية حادة وبتلف دماغي وباضطرابات توحدية .

ويذكر ماجد عماره (2005)، أن الإختناق والتهاب الدماغ وتشنجات الرضع تحدث أثناء الولادة. (محمد بن خلف الشمري، 2007: 35)

ت. أسباب كيميائية :

تلعب الاضطرابات الكيميائية الحيوية دوراً كبيراً في حدوث التوحد وأن كان العلماء غير متأكدين من كيفية حدوثه، فالكيمياء الحيوية تلعب دوراً مهماً في عمل الجسم البشري إن المخ والأعصاب تتكون من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارات العصبية من الأعضاء إلى الدماغ وبالعكس من خلال ما يسمى بالموصلات العصبية وهي مواد كيميائية بتركيزات مختلفة، (أدافير لمياء، 2012: 118) كما تعد الناقلات العصبية التالية من أكثر الناقلات التي تعرضه في مجال اضطرابات التوحد.

■ السيروتونين (serotonin) :

يتحكم في العديد من الوظائف والعمليات السلوكية ومنها إفراز الهرمونات والنوم وحرارة الجسم و الذاكرة والسلوك النمطي ،وينشأ في الدم من جدران الأحشاء ،ويتم هضمه خلال عملية الأيض وفي حالة وجود مشكلات في عملية الأيض يترسب بكميات أعلى في الدم أو البول لدى التوحديين ،وأمكن خفض تركيزه بتناول عقار فينفلارمين (fenflarmine)،وقد لوحظ تحسن الأداء اللغوي لدى التوحديين والسلوك الإجتماعي والذكاء.(أشواق صبر ناصر،2017:389) ،كما تبين من خلال الفحوصات التي أجريت على دم مجموعة من الأطفال ذوي الإضطراب التوحد أن هنالك نسباً عالية من السيروتونين في دمهم فالنسبة لمن يعانون من إضطراب التوحد فإن إنتاج السيروتونين ينخفض تدريجياً ما بين سن 15 و سن 15 دون أن يصل إلى المستوى الطبيعي .

(نايف بن عابد الزراع،2010: 38)

■ الدوبامين :

تؤثر مادة الدوبامين في حالة اليقظة ومظاهرها حركية، وقد تبينت أن الأعراض الرئيسية في التوحد مثل النشاط الزائد قد تم تحريضها لدى الحيوانات بعد إعطائها كمية زائدة من هذه المادة،مما أدى إلى الإفتراض بأن الدوبامينية المركزية تكون مرتفعة النشاط عند التوحديين .(عبد الحميد سليمان،2003: 18)

كما بينت العديد من الدراسات إرتفاعا في هذه المادة حمض

الهرموفانيك(homovanilicacid) ، في السائل النخاعي ،وهذه المادة هي الناتج الرئيس

لأيض الدوبامين، مايشير إلى إحتمالات إرتفاع مستوى الدوبامين في مخ الأطفال المصابين، وكذلك أيضا إرتفاعاً لمستوى السيروتونين في دم ثلث الأطفال التوحديين، ولكن

هذا الإرتفاع ليس مقصوداً عليهم، إذا أنه يوجد أيضا في الأطفال المتخلفين عقليا بدون اضطرابات ذاتوية، وعلى العكس من إرتفاع السيروتونين في الدم ، نجد إنخفاظاً في مستوى السيروتونين في السائل النخاعي بالمخ .(أسامة فاروق مصطفى سالم،2014: 284)

■ الأحماض الأمينية النيوروببتيد (yeuropeptides) :

تعمل هذه الأحماض الأمينية بمثابة مخدر يلاحظها عملها لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد في عدم الشعور بالألم والتعمد نحو إيذاء سلوك الذات والنشاط الحركي الزائد والإصرار الشديد على تكرار السلوكيات وضعف في الترابط الإجتماعي ، وتم فحص بول مجموعة من أطفال التوحدين إذ كانت نتائج 5 % منهم مقادير كبيرة من الأحماض الأمينية.

■ النيوربينفرين:

هذا الناقل معنى بالمحافظة على اليقظة والأحلام وتنظيم المزاج أيضاً ظهر عند الأطفال ذوي التوحد أن توجد نسب متفاوتة عندهم في هذا الناقل.

(عصام النمر،2015: 42)

كما أن هنال مواد مخدرة تشبهه للأفيون وهي "كازومورفين" و"حليوتومورفين" وهي عبارة عن بروتينات نتجت عن عدم هضم الكازيين والجلوتين بطريقة فعالة وبالتالي يصبح لها تأثير أفيوني مخدر حيث تتسرب عن طريق الأمعاء المرشحة لتدخل إلى المخ وتخرق الحاجز الدموي الدماغي وتتعامل مع المستقبلات المخ. (أشرف سعد نخلة،2013: 170)، وكذلك إرتفاع درجة تركيز حمض الهرموفانيك في السائل المخي المنتشر بين أنسجة المخ والنخاع الشوكي ، وزيادة في تركيز الناقلات العصبية، شذوذ الأيض حيث هناك إرتفاع في سلسلة طويلة من الأحماض الدهنية بعد تحليل بول الأطفال التوحديين. (الصبي عبد الله،2003: 35)

3-3 أسباب مناعية :

إن جهاز المناعة يحمي الطفل عن طريق تكوين أجسام مضادة للقضاء على الفيروسات والتخلص منها، فإذا حدث له إصابة أو ضعف يكون الطفل عرضة للإصابة بالعدوى الفيروسية التي تنتج عنها اضطرابات في نمو الطفل، وقد يصاحبها الإصابة بالتوحد. (الحكيم وآخرون، 2003: 35)

لقد تبين وجود خلل في الجهاز المناعي لدى الأشخاص التوحيديين، فالعوامل الجينية وكذلك الشذوذات في منظومة المناعة مقررة لدى التوحيديين، وتشير بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين تساهم في حدوث الاضطراب التوحد. (سوسن شاكر الجلي، 2015: 16)

ويشير كمال مرسي إلى أخطر الفيروسات التي يمكن أن تصيب الجنين عن طريق المشيمة ويترتب عليها وفاته أو إعاقة نموه داخل الرحم وبالتالي يولد وليداً مشوهاً وهذه الفيروسات الجدري، النكاف، التهاب الكبد الوبائي، الحصبة الألمانية. (كمال علي، 2002: 35)

4-3 الأسباب الأيضية:

تستند هذه الفرضية إلى أن الجهاز الهضمي لدى بعض الأفراد التوحيديين غير قادر على التمثيل الأيضي لبعض أنواع البروتينات كالغلوتين الموجود في القمح والشعير والكازين الموجود في الحليب ومشتقاته، (ريما فاضل، 2010: 38)، حيث إن عدم إمتلاك الطفل التوحيدي الأنزيمات المسؤولة عن هضم تلك البروتينات يؤدي إلى تراكمها على شكل سلاسل، تسبب إنتفاخاً في الأمعاء مما يؤدي إلى ظهور السلوكيات التوحدية عند الطفل

نتيجة لتراكم تلك الأحماض في المخ على شكل مواد أفيونية، (محسن محمود أحمدالكيكي، 2011: 83)، كذلك عدم هضم الأطعمة التي تحتوي على حليب أو قمح إما بسبب نقص في الإنزيم الهاضم أو نقص بعض المواد المعينة المساعدة في هضم هذه المواد فتتراكم البيبتيدات وتحدث إنتفاخ في جدار الأمعاء وتتسرب إلى الدم وتصل إلى الدماغ وتعمل على المخدرات الأفيونية. (محجوب، 2014: 22)

كما تشير دراسة قام بها كان كان (kan kan) (1998)، للتعرف على شذوذ الأيض من خلال عينات لدم وبول (50)، طفل يعانون من التوحد وكشفت النتائج أن هناك إرتفاع ممزق لسلسلة طويلة من الأحماض الدهنية ، وهو ماتم تفسيره بأن تراكم الأحماض الدهنية لديه تأثيرات ضارة على المخ والغدد الصماء وأنظمة المناعة وكلها مميزة في الإضطراب التوحدي كما أن معدل البيتا أندورقت beta endorphins (مواد تشبه الأفيونات وتعزز داخليا في الجسم).

المناعة التفاعلية في بلازما التوحديين كانت ناقصة بدرجة دالة إحصائياً مقارنة بالأسوياء. (مجدي أحمد عبد الله، 2013: 60) حيث يتعرض الأطفال التوحديين لإلتهابات في الأذن وفي صوته يتناولون المضادات الحيوية لعلاج هذه الإلتهابات وبدورها تؤدي إلى زيادة في نمو الخمائر في الأمعاء وتنخفض المناعة لديهم. (سلوى عبد الله الحاج، 2016: 51)

وهناك أطفال توحديين لوحظ إرتفاع نسبة مادة البيتايدس (peptidies) وهذه المادة تؤثر على عمل المخيخ فتزيد من حالة التوثر وفرط الحركة وهي موجودة في الحليب البقري، كما أن الأطفال التوحديين الذين لا يهضمون بشكل جيد للجيلاتين الموجودة في الحبوب وخاصة القمح مما يرفع نسبة العصبية المركزية في الدماغ ويمنع الهضم التام،

ويقلل من إستفادة الجسم من الطعام ،لذلك تحتاج إلى الحماية الغذائية .(فهد بن محمد حماد الحمادة ،2015: 31)

5-3 النظرية الصينية:

فرضية الكلى التي وضعها الباحثون الصينيون في مجال التوحد حيث تنص على أن الكلى هي عضو خلقي موجود من الولادة (confenital) ، بينما الطحال هو عضو خلقي رئيسي بعد الولادة (postnatal). (كوتر حسن عسلي،2006: 24) كما يفترض الباحثون الصينيون أن سبب التوحد بعد الولادة غالباً ما يكون تلف في الجهاز الهضمي وهو عبارة عن مشكلة في الطحال أو المعدة سويًا تمنع الجسم من إمتصاص فيتامين ب 6 وغيرها من العناصر الغذائية التي تساعد على نمو المخ .بينما التوحد الذي يحدث أثناء الحمل يعزى إلى مشكلة وظيفة الكلى لدى الوالدين والتي ربما تكون عند الأم كلبية ضعيفة فإن الجسم يمتص فيتامين ب 6 بطريقة فعالة فيعوق بناء المخ ونتيجة لذلك يولد الطفل ذو اضطراب وظيفي في المخ .(حسام أبوزيد،2011: 55)

إستناد على هذه النظرية فإن التوحد الذي يحدث أثناء الحمل يعزى إلى مشكلة في وظيفة الكلى لدى الوالدين والتي ربما تكون عن طريق الأم وأحياناً الأب، ويشير الأطباء الصينيين أنه عندما يكون لدى الأم كلبية ضعيفة فإن الجسم لا يمتص فيتامين ب6 بطريقة فعالة.(رائد خليل العبادي،2011: 165)

6-3 الأسباب البيئية:

تعد البيئة الإجتماعية والإقتصادية أو الثقافية التي ينشأ فيها الطفل ذات دور كبير في حدوث أو منع أو تطور اضطراب التوحد.

قد تؤثر العوامل البيئية في تطور اضطراب التوحد حيث يمكن ملاحظة مايلي:

- **التسمم المعادن:** إن التسمم المعادن الثقيلة مثل الرصاص والزنك يسبب ضرر بالدماع وبالأخص الأدمغة التي في مرحلة النمو كما عند الأطفال. (محمد الكيكي، 2011: 83)
- **التسمم بالتوكسينات (toxins):** من العوامل التي تؤدي إلى إصابة بالتوحد لأنه يؤدي إلى أضرار المخ.
- التسمم بالزنك والرصاص وهيدروكربون البوني كلورينتد. (هنا عبد الحافظ ، 2015: 31)
- التلوث الغذائي عن طريق إستخدام الكيماويات قد يؤدي إلى حدوث تسمم عضوي عصبي بسبب اضطراب التوحد خاصة إذا ما تعرضت له الأم الحامل أو الطفل بعد ولادته.
- التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة السينية أو التسرب الإشعاعي أو إستخدام النفايات النووية في الأسلحة التقليدية أو دفن تلك النفايات بشكل يجعل من الممكن بالنسبة لها أن تؤثر على الأفراد.

التعرض للأمراض المعدية، وخاصة تعرض الأم الحامل لها وإصابتها أو تعرض

الطفل لها في بداية حياته، أو خلال عامه الأول، وتعد هذه الأمراض المعدية هي نفسها التي تؤدي إلى الإعاقات العقلية الأخرى .

(هالة وآخرون، 2013: 31)

كما وجدت دراسات قديمة ارتباطاً بين الأمراض التي تصيب الإنسان من تم تلف في الجهاز العصبي المركزي أثناء مرحلة الحمل أو الطفولة المبكرة وبين اضطراب التوحد وهذه الفيروسات الحصبة الألمانية فالإصابة الأم بها أثناء فترة الحمل تعني أنه الطفل سيصاب بالتوحد.

وفي دراسة لفيلستي (felicetti1981) لدراسة العلاقة بين الأمهات اللاتي يتعرضن في عملهن إلى مواد كيميائية سامة وبين اضطراب التوحد إذا وجد احتمال أكبر لإنتاج الأمهات لأطفال يعانون من توحد . (حازم رضوان آل إسماعيل، 2012: 55)

اللقاحات: لقاح هو مركب لحماية من الإصابة بالحصبة الألمانية ، وقد تم تلقيح مئات الملايين في العالم وإفترضوا بعض الباحثين إلى أن هذا التلقيح يؤدي إلى اضطراب غير محدد في الأمعاء والذي يؤدي بدوره إلى إصابة بالتوحد، كما تعطي اللقاحات للأطفال وبخاصة اللقاح الثلاثي الفيروسي (MMR) هو مركب يعطي للأطفال في الطفولة المبكرة للحماية من الإصابة بالحصبة الألمانية (RUBELLA) والنكاف (MUMPS) والحصبة (MEASLES) ، والسبب الرئيسي في هذا الربط مع هذا اللقاح بالذات هو توقيت إعطاء اللقاح الذي يكون مع بلوغ العام الأول من العمر وهو يوافق بداية التقدم في القدرات الكلامية ، كما يفقد بعض الأطفال التوحد قدراتهم الكلامية بين 18-20 شهراً . (علي أحمد زعارير، 2009: 88)

وقد ظهرت فكرة الربط بين التوحد واللقاح الثلاثي بعد الدراسة التي قام بها أندرو ويكفيلد وزملاؤه (wekefiedl) (1998)، في بريطانيا عندما قاموا بفحص 12 طفلاً كانوا يعانون من اضطرابات معوية وتثبت لاحقاً أنهم عانوا من أعراض توحدية بعد فترة أسبوع إلى أسبوعين من أخذ اللقاح الثلاثي، مما جعل الكثير من الآباء يسحبون أطفالهم من برامج التلقيح خوفاً من الإصابة بالتوحد، وقد تعرضت هذه الفرضية إلى إنتقادات واسعة لإفتقارها إلى الأدلة العلمية، ولذلك تؤكد هذه الدراسة تأثير هذا اللقاح على ظهور حالات التوحد بشكل قطعي والدراسات في هذا المجال لاتزال مستمرة. (زياد كامل اللالا، 2012: 404)

كما إقترح (wekefiede)، إرتباط الإصابة بالتطعيمات الثلاثي، ويعزز هذا الإفتراض زيادة التطعيمات التي تعطي للأطفال إلى أن وصلت إلى (41) تطعيماً قبل بلوغ الطفل العامين، كما أن وجود نسبة عالية من المعادن الثقيلة داخل جسم الأطفال المصابين بالتوحد والتي هي من مصادر بيئة ومن ضمنها اللقاحات، أعطت دعماً قوياً. (أسامة فاروق مصطفى، 2011: 25)

الفيروسات والتطعيم : إصابة الأم بالإلتهابات الفيروسية مثل الحصبة الألمانية وتضخم الخلايا الفيروسي والطعام يرى البعض أنه يؤدي إلى التوحد بسبب فشل الجهاز المناعي في إنتاج المضادات الكافية للقضاء على فيروسات ما يجعلها قادرة على تشوهات في الدماغ، (عادل جاسب شبيب، 2008: 19) كما تشير دراسة "دايكن" و"ماكملان" (1993) إلى أن تعرض الأم لمشاكل قبل الولادة مثل التعرض للحصبة الألمانية أو الولادة المبكرة أو الإدمان الأم للكحوليات أو تعرضها لمشاكل أثناء الولادة نفسها كنقص الأكسجين كلها أسباب لإصابة الطفل التوحد. (وليد وآخرون، 2010: 38)

كما أن هناك فيروساً يصيب الطفل أثناء فترة الحمل وهو جنين وعندما يولد الطفل يبدو طبيعياً لكن أحياناً يكون كائناً في الطفل وينشط عند تعرضه لأي صدمة، وأيضاً برنامج التطعيم وخاصة جرعة الحصبة والثلوث البيئي قد تكون سبب لإضطراب التوحد أو سبب يكون راجع لتقديم الولادة. (براجل، 2017: 106)

المخدرات / التدخين : إهتمت مقالات حديثة بوصف متلازمة الكحول الجيني

fetal alcohol symptom والتوحد فالأتينول ethanol معروف على أنه سبب للإصابة قبل الولادة للجهاز العصبي المركزي، ويبدو أنه من المعقول أن نتوقع مخاطر الإصابة بالتوحد، (محمود عبد الرحمان عيسى، 2016: 26)

كما أتبتت بعض الدراسات أن هناك إرتباط بين بعض الحالات التوحدية والتغير في كيميائية الدم لدى هؤلاء الأطفال ، وأنتهت دراسة هيلتمين وآخرين ، (hultman et al) ، (2002)، إلى أن إرتباط تدخين الأم أثناء الحمل بإصابة الطفل بالتوحد. (عبد القادر شريف، 2014: 304)

7-3 الأسباب الجينية الوراثية :

قد تكون الوراثة أحد أسباب إضطراب التوحد هذا ما فسرتة هذه النظرية في حدوث حالات التوحد بانتقالها وراثياً بين الآباء إلى الأبناء وكأنها محمولة على الجينات ومايؤيدها ظهور أعراض التوحد لدى الأبناء والآباء والتوائم المماثلة، ويعني ذلك أن هناك خلا وراثيا أدت إلى ظهور هذه الأعراض .

ومن العوامل الوراثية التي يمكن أن تكون سببا في حدوث هذا الخلل الجيني :

- الجينات الناقلة للمرض .

• الإشاعات والأشعة السينية.

- الكروموسوم X الهش .(سامي محمد محمود ،2018: 25) تصنف هذه الكروموسومات مأخود من الأب ،والنصف الآخر مأخود من الأم ،وتوجد منظمة في 23 زوجاً، كل زوج منها له نفس الشكل، يشترك الأبوان منها صفة في نقل الصفات الوراثية .(نسرين عبد الله علي ،2014: 10)

كما هناك إرتباط بين حدوث التوحد وشدود الكروموسومات كمتلازمة الكروموسوم أكس الهش (fragile X syndrome)، ويحدث بسبب وجود شذود في كروموسوم أكس (X) ،ويظهر هذا الشذود في العديد من الأفراد المصابين بالتوحد.(طلال عبد الرحمان تقافي،2014: 33)

كما تشير دراسة جيلبرج (gillberg)(1998) أن ذوي التوحد يعانون من تشوهات من كروموسوم x بالإضافة إلى أن هناك إرتباطاً بين كل من الكروموسومات (21. 20. 15. 7. 5) والتوحد ،وكذلك إرتباط بين الكروموسومين (7.2) وبين ظهور صفات توحدية لدى الأطفال ،حيث أن الكروموسوم (7) يحمل جينا يدعى (hoxa1)يمكن أن يكون هو الجين الأقوى الذي يحتمل أنه سبب ظهور أعراض التوحد.(هناء عبد الحافظ،2015: 49)

كما أظهرت نتائج دراسات أولية أن إضطراب التوحد يكون نتيجة لأسباب جينية ،حيث اعتمدت في ذلك التفسير على دراسات أجريت على التوائم المتطابقة وغير المتطابقة ،حيث ترى تلك الدراسات أن إضطراب التوحد يحدث بين التوائم المتطابقة بنسبة تتراوح بين 70- 90% ،بينما يحدث في التوائم الغير المتطابقة بنسبة تتراوح بين 0-5% كما أن الأسرة التي لديها طفل مصاب بإضطراب التوحد فإن احتمال وجود طفل آخر مصاب بذات

الإضطراب يكون تقريباً بنسبة تتراوح بين 5-7 % . (وليد جمعة عثمان حسن، 2014: 92)

كما توصلت دراسة كامبل، (campbell et)، (2006) إلى نتائج دراسة أسرية للذاتوية شملت 1231 عينة أن الموقع على الكروموزوم (vq31) هو المنطقة المترشحة لوجود جين التوحد كما تشير بعض الأمراض المزمنة بين أسر المصابين بالتوحد، مثل مرض السكر المعتمد على الأنسولين، إلتهاب المفاصل الروماتيزي إنخفاض إفراز الغدة الدرقية والإصابة بالحساسية.

(عوالي فاطمة، 2015: 61)

8-3 الأسباب ثقافية:

إن التنوع والإختلافات الثقافية لقواعد التفاعل الإجتماعي والتواصل اللفظي والغير اللفظي والعلاقات بين الأفراد، وبذلك قد يكون الأطفال ذوي إضطراب التوحد. (محمود عبد، 2018: 351)

9-3 الأسباب المعرفية /العقلية :

يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد سببها إضطراب إدراكي نمائي حيث أشارت بعض الدراسات أن أطفال التوحد لديهم إنخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة والتي ترجع بدورها إلى إنخفاض قدرتهم على الإدراك فضلا عن إضطراب النطق واللغة، (سوسن شاكر، 2015: 50)، كما الأطفال التوحديون قد يعتقدون بأنك تعرف تماماً مايعرفونه هم ويفكرون فيه، وعلى الرغم من معرفة الأطفال التوحديين بما ينظر إليه الآخرون، (محمد محمود أحمد الكيكي، 2011: 83) كما أن الشخص التوحدي غير قادر على التنبؤ بسلوك الآخرين وتفسيره من خلال حالاتهم العقلية أي لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر، وهذا تشتمل على صعوبات في إدراك الإنفعالات والإنتباه المشترك والتقليد والقدرة على التظاهر والإنتماء للآخرين. (إبراهيم زريقات، 2010: 103)

والعيب الرئيسي للطفل التوحدي هو فهم الأصوات المصاحبة لمشكلات الإدراكية ويلاحظ أن الأطفال التوحديين يستجيبوا لمتير واحد فقط حسي بصري سمعي وهذا يعود للتخلف الذكائي والإجماعي للطفل الذاتي حسب رأي لوفيس (lovaas) وتبرهن النظرية المعرفية أن التوحد نتيجة لعيوب إدراكية متعددة ولاحظ ان إنارة الضوء وإطفاءه بعد كل إستجابة صحيحة كان معززا فعلاً أكثر من التناء الكلامي ومن الطعام.(فهد محمد حماد، 2015: 30)

- كما يرى أبو حسيب بأن الجهل في معرفة السبب الحقيقي للتوحد:

- التغيير في حالات التوحد إما بالزيادة أو النقصان.
- يعتمد التشخيص بشكل كبير على الباحثين وتجاربهم.
- اللبس في تشخيص بعض حالات التوحد على أنها حالات تأخر في التعليم أو إعاقة عقلية.
- تشخيص القصور البيئي على أنه اضطراب التوحد.

(روان عيدروس عبد الله، 2016: 21)

4) أنواع اضطراب التوحد :

ينتمي التوحد إلى مجموعة من الحالات النفسية التي تصيب الأطفال تحت سن الثالثة من العمر، وتؤدي إلى قصور يشمل مجالات واسعة من التطور الإجتماعي والنفسي، (محسن محمود أحمد الكيكي، 2011: 83) كما يتم استخدام هذه المصطلحات بشكل مختلف أحيانا من قبل بعض المتخصصين للإشارة إلى بعض الأشخاص الذين يظهرون بعض ، وليس كل علامات التوحد بينما يتم تشخيصه على أنه مصاب باضطراب النمو غير المحدد تحت مسمى آخر حينما يظهر الشخص أعراض يقل عددها عن تلك الموجودة في التوحد على الرغم من الأعراض الموجودة مطابقة لتلك الموجودة في التوحد. بينما يظهر الأطفال المصابون بمتلازمة أسبرجر ورت أعراضا تختلف بشكل أوضح عن أعراض التوحد، لكن ذلك لايعني وجود إجماع بين المتخصصين حول هذه المسميات، حيث يفضل البعض استخدام بعض المسميات بطريقة تختلف عن الآخر (وليد السيد خليفة، 2010: 66) ونذكر منها :

1-4 اضطراب إسبيرجر (asperger):

نوع من الإضطرابات النمائية الشاملة وأول من وصف هذا الإضطراب هو طبيب الأطفال النمساوي هانز إسبيرجر عام 1944 ولكن تم الاعتراف بهذا الإضطراب كمعيار تشخيصي في الدليل التشخيصي الإحصائي عام 1994، حيث تظهر تأخر في نمو السلوك غير اللفظي مثل تعبيرات الوجه، الإشارة ، وإستخدام أعضاء الجسم للتعبير عن المفاهيم ، كذلك التصلب وعدم المرونة في الحركة والإلتصاق بالمقعد الذي يجلس عليه الطفل (وليد خليفة، 2013: 49) ، ويعاني كذلك من قصور حركي وقصور في التواصل غير اللفظي ، ولديه صعوبات التخاطب وإضطرابات في الكلام برغم النمو شبه الطبيعي في تكوين حصيلة لغوية وتظهر لدى الطفل ذى متلازمة إسبيرجر مظاهر

سلوكية نمطية مثل إنشغال مستمر بأشياء مادية (عبد العزيز إبراهيم سليم، 2011: 204). ويتسم بوجود خلل في التفاعلات الإجتماعية ووجود إهتمامات وأنشطة مقيدة ومحددة (عادل عبد الله محمد، 2010: 40).

2-4 اضطراب ريت (rhett's) :

هو اضطراب نمائي يصيب النبات فقط (تنذر إصابة ذكور) وفيه يحدث النمو الطبيعي أولاً ثم تفقد البنت المهارات التي إكتسبتها من قبل كما تفقد الإستخدام الغرضي لليدين ويحدث بدلاً منه حركات متكررة لليدين ذلك في السن 1-4 سنوات (مجدي أحمد عبد الله، 2013: 69) ، ومن أعراضه :

- فقدان القدرة المكتسبة من 5 – 30 شهر .
- اضطراب التوازن في المشي.
- فقدان تام للوظائف اللغوية . (عصام النمر، 2015 : 229)
- صعوبات في التنفس .
- خمول الحركة .
- طحن الأسنان ببعضها وصعوبة في المضغ.
- إهتزاز الأطراف وربما الجذع أيضاً.
- أرجل جامدة غير ثابتة الخطوات.(عبد القادر شريف، 2014 : 310)

❖ معايير تشخيص متلازمة رات :

المعايير الآتية :

1. تطور طبيعي لمرحلتي ما قبل الولادة وحول الولادة على ما يبدو .
2. تطور نفس الحركي طبيعي خلال الأشهر الخمسة الأولى على ما يبدو.
3. قياس محيط الرأس لدى الوليد في حدود الطبيعي.

تغيير في وتيرة التطور بعد مرحلة تطور طبيعية في :

❖ تراجع في قياس محيط الرأس الوليد ما بين الشهر الخامس و48.

❖ تراجع وفقدان مهارات وظيفية كانت قد إكتسبت ما بين الشهر 5-30

وتنامي تطور حركات نمطية عشوائي كالتلويح أو تصفيق باليدين .

❖ قصور إتصالي ملفت وإستقبالاً بالتلازم مع تخلف النمائي حسب الحركي .

(رائد خليل العبادي،2014: 120 .121)

3-4 اضطراب طفولة التفككي :

هو نوع من الإضطرابات النمائية الشاملة والتي تتشابه إلى حد ما في أعراضها مع التوحد، ويتميز بالشدود الوظيفي في مهارات التفاعل الإجتماعي وتراجع في المهارات التي تم إكتسابها في السنوات الأولى من العمر ،(ريما فاضل،2015: 23) ،كما هو كذلك تطور طبيعي على الأقل من سنتين وحتى عشر سنوات متبوعا بفقدان ملحوظ للمهارات ،(لينا عمر بن صديق،2009: 13) ومن أعراضه أنه حالة نادرة ،و كما أن يمكن تشخيصها

إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأولين من العمر، (عادل جاسب شبشب، 2008: 35)، بينما تبدأ الأعراض قبل سن العاشرة من العمر، حيث يلاحظ تراجع الكثير من الوظائف كالقدرة على الحركة، التحكم في التبول والتبرز المهارات اللغوية والاجتماعية. (طلال عبد الرحمن النقي، 2014: 22)

4-4 اضطراب نمائي غير محدد :

هي مجموعة من الاضطرابات وتتميز بوجود ضعف عام أو شديد في تطور، التواصل اللفظي، (عبد الحميد، 2003: 19)، ويتميز بالشدود الوظيفي في مهارات التفاعل الاجتماعي وتراجع في المهارات التي تم إكتسابها في السنوات الأولى من العمر، (فهد بن محمد حماد، 2015: 15، 16)، كما أنه يستخدم لوصف الأطفال الذين يظهرون سلوكيات مضطربة شبيهة بالاضطرابات النمائية العامة الأخرى، (حازم رضوان آل إسماعيل، 2012: 14)، بينما تظهر أعراضها بعد السن العاشرة لدى الذكور وأكثر من الإناث وتبدو أعراضها في صعوبات التداخل اللغوي والاجتماعي والعقلي. (فاروق الروسان، 2010: 258)

ويتميز كذلك بالقصور الحاد في اللغة ومع ظهور أعراض توحديّة بعد النمو المبكر العادي الذي يشمل التحدث باستخدام جمل كاملة، ولا يرتبط هذا الاضطراب بمرض المخ. (حسام أبو زيد، 2011: 10)

4-5 اضطراب متلازمة التوحدية الكلاسيكية :

يظهر الأطفال هذه المجموعة أعراض مبكرة ، ولكن لا تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة كما تقول كولمان goleman فإن الأطفال في هذه المجموعة يبدوون بالتحسن تدريجياً ما بين سن 5 إلى 7.

(إبراهيم فرح الزريقات، 2010: 54)

4-6 اضطراب متلازمة الطفولية الفصامية بأعراض التوحد:

يشبه أطفال هذه المجموعة النوع السابق ، ولكن العمر عند الإصابة يتأخر شهراً ، تقول كولمان goleman بأن أطفال الفئة الثانية يظهرون أعراض نفس أخرى إضافة إلى المتلازمة التوحدية الكلاسيكية التي عرضها كانر .

(أدافير لمياء، 2012: 72)

4-7 اضطراب متلازمة التوحدية لمعاقة عصبيا:

يظهر لدى أطفال المجموعة الثالثة مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيسية ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي (الصمم والعمى) . (أحمد أمين نصر، 2002: 24)

- اما سيفن sevin وماتسون matson وcoe(1991):

إقترحوا نظاماً تصنيفياً من أربع مجموعات كمايلي:

المجموعة الشادة: يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية

والمستوى الأعلى من الذكاء .

المجموعة التوحدية البسيطة : يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات إجتماعية ،حاجة قوية للأشياء والأحداث ،لتكون روتينية ،كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلف عقليا بسيط،وإلتزاما باللغة الوظيفية.

(أسامة فاروق مصطفى،2014:32)

المجموعة التوحدية المتوسطة : يمتاز أفراد هذه المجموعة بإستجابة إجتماعية محددة ، وأنماط شديدة من السلوكات النمطية (التأرجح) لغة وظيفية محددة وتخلف عقلي .

المجموعة التوحدية الشديدة : أفراد هذه المجموعة معزولون إجتماعيا،ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ.

(محمد بن خلف الحسني الشمري،2007: 12)

8-4 إضطراب التوحد الخارقي:

يتميز هؤلاء المصابون بإضطراب التوحد بمهارات خارقة لايستطيع القيام بها معظم الناس العاديين وغير العاديين،ومن مجالاتها الحساب الرياضي الذاكرة الحادة ،الرسم،الموسيقى ،والفنون الإبداعية. (عوالي فاطمة،2015: 63)

9-4 إضطراب متلازمة لاندو كيلفner (landau kleffner):

في هذه الحالة ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث إلى سبع سنوات من العمر ولكنه يفقد المهارات اللغوية بعد ذلك ،غالبا مايشخص الطفل خطأً على أنه أصم، هناك

حاجة لإستخدام التخطيط الكهربائي للدماغ للتشخيص هذه المتلازمة ،من الأعراض المتشابهة للتوحد قصور الإنتباه ،عدم الشعور بالألم، الكلام التكراري وقصور المهارات الحركية . (سوسن شاكر الجلي،2015: 22)

10-4 اضطراب الطفولة التحليلية :

هو نوع آخر من الإضطرابات النمائية الشاملة والتي تتشابه إلى حد ما مع التوحد، ويتميز بالشدود الوظيفي في مهارات التفاعل الإجتماعي وتراجع في المهارات التي تم إكتسابها في السنوات الأولى من العمر ،(فهد بن محمد حماد الحماد،2015: 16)، كما أنه يتميز بالقصور الحاد في اللغة ومع ظهور أعراض توحدية بعد نمو المبكر العادي الذي يشمل التحدث بإستخدام جمل كاملة ،ولا يرتبط هذا الإضطراب بمرض المخ.

(نايف بن عابد الزراع،2010: 108)

11-4 اضطراب متلازمة الكروموسوم الهش:

إضطراب جيني في الكروموسم الجنسي الأنثوي لا يظهر في 10% من أطفال التوحد وخاصة الذكور ،ومعظم الأطفال الذين يعانون من هذا الإضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط، ومن صفاته معينة مثل بروز الأذن، كبر مقاس محيط الرأس، مرونة شديدة في المفاصل ،وغالبا ماتظهر إستجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت ،إضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي وإضطرابات معرفية.

(سوسن شاكر،2010: 40)

12-4 اضطراب متلازمة وليامز:

إضطراب نادر يشترك مع التوحد ببعض الخصائص مثل التأخر اللغوي والحركي، والحساسية المفرطة للصوت وهز الجسم والتعلق بالأشياء الغير الطبيعية.

(وفاء علي الشامي،2004: 71)

جدول رقم (01) الفرق بين خصائص أنواع الأساسية لإضطراب التوحد

اضطراب هيلر	اضطراب ريت	اضطراب إسبيرجر	التوحد الخارقي	الإضطراب
				المظاهر
الذكور أكثر من الإناث	الإناث فقط	الذكور أكثر من الإناث	14 ذكور إناث	معدل الإشار
بعد نمو طبيعي لمدة سنتين ما بين (3-4) سنوات	بعد النمو الطبيعي لمدة 5 أشهر	إلى حد ما في الطفولة المتأخرة	قبل ثلاث سنوات	البداية
قصور كفي في التفاعل الإجتماعي والتواصل وأنماط السلوك المتكرر والمحدد	عجز في التفاعل الإجتماعي لكن الميل إلى الزوال بعد سن التمدرس	ضعف التواصل الإجتماعي لكن بدرجة أقل منه في اضطراب التوحد الطفولي	قصور في التفاعل والتواصل الإجتماعي مع سلوك نمطي محدد	التفاعل الإجتماعي
قدرة لغوية ومعرفة تناسب السن قبل ظهور الإضطراب لكن بعد ظهور تفقد هذه القدرات المكتسبة	ضعف شديد في اللغة التعبيرية والإستقبالية	لا يوجد تأخر لغوي إكلينيكي مع إستخدام كلمة في عمر العامين وجملته في ثلاث سنوات تتراوح القدرة المعرفية المتوسطة وفوق المتوسط	ضعف في التواصل اللفظي وغير اللفظي مع وجود مضادات زائدة، قدرة معرفية عالية عند البعض أو منخفضة عند البعض الآخر	اللغة والقدرات المعرفية

(عوالي فاطمة، 2015: 64)

5) مشكلات الطفل التوحدي:

أ. مشكلة النوم :

إن المشاكل الجسمية و الحركية قد تؤدي إلى صعوبة إيجاد الوضع الملائم للنوم ،إذا كان قد بدأ في تعلم النوم لوحده فقد يتخيل و جود مخلوق مرعب في غرفته إنزعاجه من الأحلام و تفاعله العكسي لوجود طفل آخر معه (أخ جديد) كل ذلك يزيد من رغبته للنوم مع والده.

الكثير من الأشياء قد تؤدي إلى صعوبة حصول النوم لطفلك أو صعوبة العودة إلى النوم بنفسه بعد أستيقاضه مثال: صوت الهاتف أو صوت التلفاز.

(رائد خليل العبادي، 2011؛149)

إن السهر الليلي يقل من التقدم في العمر بعض الأطفال يرغبون في ترك النوم مضاء وآخرون يحبون الظلام ،البعض يحتاج إلى الهزهزة قبل النوم وآخرون إلى اللف في الملاية .(سعد رياض،2013؛20)

كما أكد أماندا Amanda إلى أن الأطفال التوحديين يعانون من صعوبة نوم الشديد ذات أصل غير المعروف و ربما تكون مشكلات النوم مرتبطة بتأخر مهارات التواصل و المهارات الاجتماعية. (أحمد سيد سليمان، 2010؛61)

ب. مشكلة الغذاء:

الغذاء مهم لبناء الفكر و الجسم ، و قد يكون الطفل قد تعود على تغذية سائلة قبل ظهور الأعراض ، وفي محاولة إدخال التغذية الصلبة يرفضها الطفل ، وتكون لديه معرفة بتحريك فكيه لتناول الغذاء الصلب و خصوصا الحجم الكبير. (حازم رضوان ، 2012: 144)

يتناول الأطفال التوحد الطعام بشراهة دون الشعور بالشبع ، ويتناولون أطعمة محددة وغير متنوعة ، و شرب المشروبات في كأس ثابت .

(جمال خلف المقابلة، 2016: 33)

وأحيانا قد يواجه الطفل صعوبة في الإنتقال من الغذاء السائل الذي كان يتناوله في زجاجة الحليب إلى طعام المائدة الصلب و الخس أحيانا.

(أدافر لمياء، 2012: 44)

وهذا ما أكدته دراسة Shabayek (2004) التي أجريه بهدف تقييم الوضع الغذائي لذوي الإحتياجات الخاصة في مدينة إسكندرية على عينة 241 تتراوح أعمارهم ما بين 7 سنوات إلى 24 سنة ، أظهرت النتائج أن الذكور المصابين بالتوحد يستهلكون عناصر غذائية أكثر من الإناث في جميع الأعمار و كان إستهلاك الطاقة و الكالسيوم ، فيتامين و الزنك أقل من الموصى به، بينما كان تناول البروتين و فيتامين (D) أعلى من الإحتياجات الموصى بها في كلا الجنسين ، وكان تناول الحديد أقل من كمية الموصى بها للإناث في كل الأعمار ، كما أظهرت النتائج و جود علاقة بين تناول العناصر الغذائية و نمط الإعاقه.

(نادية بن صويلح اللهي، 2009: 51)

تكون لطفل التوحدي مشكلة المزاجية المفرطة إما في الإصرار على تناول الطعام معين أو الإصرار على أن يقدم الطعام، ويرتب بنفس الطريقة على السفرة، ويعاني أيضا من سوء إمتصاص للفيتامينات و الغذاء و الإسهال و الأظعمة غير المهضومة هي شائعة عند التوحديين و يعانون من سوء الهضم للأظعمة و لديهم حساسية من روائح الأظعمة مما يجعلهم غير مرغوبون في الأكل. (أسامة فاروق، 2011: 11)

ت. مشكلات السلوكية:

توجد الكثير من المشاكل السلوكية عند الأطفال التوحد وهنا نذكر الأكثر مشاكل شيوعا عندهم:

- اضطراب الإخراج :

يعود السبب في ذلك إلى تأخر إكتساب القدرة على التحكم في الإخراج، والأسباب الفيزيولوجية، تزداد الحالة مع إصابة الطفل بالإضطرابات النفسية، و إلى اضطرابات العلاقة الأسرية مع الطفل. (رفعت محمود، 2007: 118)

- السلوكيات العدوانية :

يضرب الطفل التوحدي أو يلطم وجهه بيده و بشكل متكرر، أو يعض نفسه ويضرب رأسه بالحائط، وأحيانا يتلف بعض الأشياء أو يكسرها وأيضا يقترب من المصادر الكهربائية و يقوم بمص إبهام اليد قد تكون عادات وإستعدادات عدوانية للبعض. (هنا شحاتة، 2015: 190)

يظهرون عدوانا إتجاه الآخرين أو إتجاه الذات، حيث تكون لديهم مبالغة في ردود الأفعال و لديهم نشاط حركي زائد، ويواجهون صعوبات شديدة في التوافق مع التغيير في الروتين الحياة اليومية بالنسبة لهم من حيث تفاصيل أنشطتهم وترتيب البيئة التي يعيشون فيها. (عبد العزيز سليم، 2011: 60)

إن التصرفات البيئية و سلوكات المحيطين بهم تثير ردود أفعال يعبر عنها بحركات جسدية معينة تعرف عادة على أنها سلوكيات توحديّة نمطية. (محمد صالح الإمام، 2010: 104)

كما أكدت دراسة وتر Rutter 1998 أن الأطفال التوحديين يعانون من بعض السلوكيات النمطية مثل ترديد الكلمات بشكل ألي مع ضعف الإنتباه ونقص التواصل اللغوي، وصعوبة في التواصل مع الآخرين. (لمياء بيومي، 2008: 16)

ث. مشاكل التطور النفسي:

إن بعض الرضع و الأطفال المصابين بالتوحد يميل إلى تجنب التماس النظري، كما يظهر القليل من الإهتمام بالصوت البشري، و عادة لا يرفعون أيديهم لوالديهم من أجل حملهم كما يفعل مع أقرانهم، يظهرون غير مباليين و بدون عاطفة و قليل ما يظهرن أي تعبيرات على الوجه فيعتقد الوالدين أن طفلهم أصم، لأن في مرحلة الطفولة المبكرة قد يستمر الأطفال التوحديين في تجنب التلامس النظري، لاينمو لديهم سلوك المودة و الترابط، ولايحسون بالإنفصال عن إبتعاد والديهم عنهم لايبدون إهتماما بأقرانهم أو اللعب معهم وقد ينغزلون عنهم. (بذرفاروق، 2005: 35)

ينسب الأطفال التوحد بالمشاعر السلبية التي تؤثر عليهم و على نظرة المحيطين بهم، حيث يرفض الشخص لذاته و مقاومته لواقعة جديدة، ويشعر بالنقص و التقليل من قيمته لذاته سواء كما يراها أو كما يراها الآخريين مما تؤثر على تطور النفسي لدى طفل التوحد و شعوره بعدم الأمان و عدم الثقة. (أيمن أحمد، 2013: 72)

ج. مشاكل الجسمية:

يعاني الطفل من إرتخاء في العضلات أو عدم القدرة على التوازن أو التأزر العضلي ضعيف و عدم ثبات في مفاصل الرقبة وعدم التأزر العضلي في الحركات الكبيرة ، و يكون له تأخر في رد فعل أو الإستجابة لمثير معين الذي يتجنب الطفل من ممارسة الأنشطة التي تتطلب جهدا جسديا. (أشواق صبر، 2017: 198)

وقد تكون قدرة الطفل على الإنتباه ضعيفة مع التواصل بصري نتيجة خلل في الجهاز العصبي على التكيف أكثر من نوع معين من الاهتمامات ، وعدم القدرة بالإهتمام و التركيز لفترة طويلة في أشياء تتطلب النظر لوقت طويل.

(سناء سليمان، 2014: 29)

وكما أكدت جولد Jould أن التوحيدين يكون مظهرهم حواسهم طبيعيا جدا عندما يولدون ، إلا أن إضطراب التوحد يمثل حالة لاتمنع إصابة الفرد بإضطراب في الحواس وتتضح في:

- مشكلة النظر و الحركات المضطربة للعيون .

- مشكلة معرفة الحروف .(فهد بن حماد ، 2015 : 21)

إن التطور الحركي لكل طفل يندرج تحت مهارات حركية ، فالطفل التوحيدي لديه تأخر في إكتساب تلك المهارات بالمقارنة مع أقرانه ،قد تتوقف عند حد معين وتتمثل هذه المهارات الحركية على العضلات الصغيرة و الكبيرة وفي أطفال التوحد يقل وجود إضطرابات حركية بالمقارنة مع الإضطرابات الأخرى .

(كوثر عسليية ، 2006: 35)

ح. مشكلات الإنفعالية:

• مشكلة الخوف:

إن بعض من الأطفال التوحد يخافون من أشياء غير ضارة كصوت الموسيقى وصوت جرس المنزل(قد يكوت السبب الحساسية المفرطة للصوت) وقد نرى نفس الطفل يمشي في وسط طريق سريع غير آبه بأصوات السيارات وأبواقها، (أمال علي محمد ،2017: 145)وأحيانا خوف الطفل التوحدي من الإستحمام قد يكون مرجعه حصول حادث سابق كوجود ماء حار ،والأطفال الطبيعيين يعبرون عن خوفهم باللغة أو الإشارة ولكن التوحيديون غير قادرين على ذلك.(رفعت محمود ،2007: 34)

ويرى دوناوليامز Donnass Williams أن الإماءات التي تصدر من الطفل التوحدي

تمثل خوفهم من الأشياء مثل:

رمش العيون تجعل الطفل التوحدي يبذون على أنهم أكثر إستقلالا أو إنفصالا كما يحدث في إنفصال الشبكية ولذلك فهي أقل إرعاها وخوفا. (أسامة فاروق ،2011: 128)

ويشير سكولير وآخرون Schopler et al 1980 إلى الطفل التوحدي يخاف من

الأشياء غير مؤدية ولا تسبب الخوف للأخرين فمثلا: الطائرة أو مرور حافلة كبيرة أو نباح الكلب أو مشاهدة أي حيوان يتحرك بسبب ذكرا و إرتباكا لا يمكن تجنب عواقبه إلا بالإبتعاد عن رؤية هذه الأشياء المخيفة.

(زياد كمال ،2012: 309)

• عدم الخوف:

إن عدم خوف أطفال التوحد من أشياء خطيرة و متعددة ،وأن الخوف يمكن السيطرة عليه ،ولكن عدم الخوف يصعب التحكم فيه (صياد نعيمة ،2010؛142)و يقومون بتصرفات خطيرة فهم يشعرون بها كأنها عادية مثل فتح و غلق المفتاح الكهربائية تمثل ربط مع الأشياء خارج ذاته و أنها تزود بالمتعة و السرور النابع عن الإحساس المتدفق تقريبا من كل حواسه و بالأمان ،وأحيانا الضحك غالبا يحرق الطفل التوحدي من الخوف وسلوكيات إقاعية تزود الطفل بالأمان و التحرر.(ريتا جوردن،2008؛40)

• مشكلة إذاء الذات :

إن إذاء الذات يتكرر عند الطفل التوحدي بصورة واضحة عندما يكون الطفل غير مشغول بعمل ما أو لوجود إحباط داخلي لديه مهما قلت درجته ،وقد إزدادت هذه الحالات في دور الرعاية لقلة الرعاية و قلة إنشغال الطفل مما يجعله يعبر من نفسه بإذاء ذاته فيأخذ عدة أشكال متعددة مثل عض الأيدي وضرب الرأس مع الحائط و يستخدم أدوات لإذاء ذاته.(جغني أسماء،2018؛72)

• مشكلة القلق:

هو حالة من عدم الإرتباح و التوثر الشديد و الذي ينتج عن خبرة إنفعالية غير سارة يعاني منها الفرد التوحدي عندما يشعر بخوف أو تهديد دون أن يعرف السبب الواضح لها.(فوزية عبد الله،2016؛297)

فالقلق يمثل حالة من الشعور من عدم الإرتباح و الإضطراب متعلق بحوادث المستقبل و تتضمن حالة القلق شعور بالضيق و إنشغال الفكر و ترقب الشر وعدم الإرتباح.(عبد اللطيف زمام،2012؛60)

ث. مشاكل اللغوية :

نجد أطفال التوحد يمتلكون لغة ظاهرية منطوقة تبدو أنها تتطور بشكل جيد غالبا إلا أن لديهم مشكلات إنشائية تعبيرية عميقة خاصة في المضمون الإجتماعي و التعبير عنه ،وتظهر تلك المشكلات بوضوح أثناء إختبارات اللغة. (غزة خليل ،2004؛144)

وأیضا الطفل التوحدي لديه ضعف في التواصل اللغوي ،قد يشيرون للأخرين أو يجذبو باليد إلى الأشياء التي يرغبونها بدون أي تعبيرات على الوجه ،قد يحركون رؤوسهم أو أيديهم عند الحديث ،كما أنهم لا يقلدون ما يعمله والديهم كأقرانهم .(عصام زيدان ،2005؛147)

وهذا ما أكدته دراسة برونتج 1984Puttinge إلى أن الأطفال التوحديين يستخدمون كلمات قليلة و متكررة للأشياء و الأفعال ،ويظهرون إستجابات إجتماعية قليلة و محدودة تؤثر على تفاعل المتوحدين بعكس الأطفال ذو النطق العادي الذي إتسم كلامهم بالتنوع وفقا للتغيرات النمائية حسب أعمارهم. (يطو يمينة،2015؛55)

والطفل التوحدي يكون لديه مشكل في النطق حيث يعاني من إختلال في التوازن الحركي بين أعضاء النطق المختلفة ،و نظرا لكثرة أجزاء هذه الأعضاء فإن صعوبات النطق كثيرة ،وتختلف في نوعها و درجة حدتها بإختلاف درجة الإضطراب و نوع العضو البارز فيه. (أسامة فاروق ،2014؛ 296)

وهذا ما أكدته وترابي Welherby عن أن الأطفال التوحديين الصغار السن يبدون قصورا في المقاطع و إنتاجا متزايدا للتلقظ الشاد (الإرتعاش في الغناء أو العزف) وهذا التلقظ قبل اللفظي يظهر قصورا في التلقظ الصوتي الشاد.

(ربيع شكري، 2005؛ 120)

ج. مشكلات التفاعل الإجتماعي :

إن الطفل التوحدي ينعزل عن العالم الخارجي من حوله، وحتى عن أقرب الناس إليه والديه، فليس هناك عواطف متبادلة معهم، وليس هناك مقدرة للتواصل معهم سواء كان ذلك لغويا أو حركيا لا يستطيع التعبير عن إحتياجاته أو طلب المساعدة من الآخرين لذلك يجب على الأم إحتضانة و دغدغته و الحديث معه، فهي لن تضره إن هي أقتحمت عزلة، كما يجب إفهام الأم أن عدم تفاعلها معه لا ينبغي عدم رغبته بها.(عبد العزيز إبراهيم، 2011؛ 19)

والطفل التوحدي لديه إنسحاب إجتماعي وهذا ما يذكره هلهان و كوفمان

Hallaham Kauffman 2007 أن معظم مشاكل التفاعل الإجتماعي التي يعاني منها الأفراد التوحيديون تعود إلى أوجه القصور التي يعانون منه و ذلك في الإستجابة الاجتماعية، إن عدم إهتمام الأشخاص التوحيديين بالناس حولهم، وعدم الإبتسام في المواقف الإجتماعية المختلفة، و تجنب التواصل البصري تجعلهم غير معنيين بإنشاء أي علاقة مع أحد، و غير مهتمين بتكوين صداقات مع الآخرين. (لينا عمر بن صديق، 2009؛ 317)

ولديهم عجز واضح في مستوى الوعي بمشاعر الآخرين (يعامل الأشخاص كأنهم إناث)، ولديهم شذوذ في اللعب الاجتماعي (اللعب الفردي و لا يشارك في اللعب، ولا توجد لديه وسيلة الإتصال وإنما يصدر أصوات غير مفهومة ولا يظهر تعبيرات وجهية ولإملاءات مقبولة، ولديهم قصور واضح في تقليد الآخرين أو التحدث معهم رغم إمتلاكه مقدرة من الكلام). (محمد أحمد خطاب، 2009; 55)

ولديهم العجز الكيفي في الإتصال من بينها :

✓ الإفتقار إلى محاكاة الآخرين و تقليدهم بصورة مناسبة مع مستوى الإرتقائي .

✓ عجز واضح في القدرة على بدء الحوار مع الآخرين.

✓ عدم القدرة على مبادلة الحديث مع زملائه .

(عصام زيدان، 2005; 70)

6) خصائص ذوي اضطراب التوحد:

1-6 الخصائص الإجتماعية:

إن الأطفال التوحد يعانون في مختلف المهارات الإجتماعية فيعتبر هذا الجانب أحد أكثر الجوانب قصورا لدى أطفال التوحد. (ريما فاضل، 2015:40)

ويميلون إلى العزلة عن الآخرين ويقيمون إتصالات قليلة مع كل من الراشدين والأطفال، ويظهر عليهم الإنسحاب الإجتماعي و عدم القدرة على إقامة العلاقة الإجتماعية مع الآخرين (سهى أحمد ، 2002:37)، يعد ضعف التفاعل الإجتماعي لدى الأطفال التوحديين من الخصائص الأساسية و الجوهرية في الكشف عن التوحد، وتظهر في المراحل المبكرة للعمر (دلشاد علي ، 2013:205)، والطفل التوحدي من الميلاد حتى 18 شهرا يتجنب التواصل البصري وبيئتهم متأخرا أو لا يتسم، يرفض الجهود لراحته، يصاب بتصلب أو إنقباض الجسم عند حمله، غير مهتم بألعاب الأطفال، من عام ونصف إلى 4 سنوات الطفل التوحدي يتجنب التواصل البصري ويفضل اللعب وحده، يفتقر إلى مهارات التقليد ويبدو غير مدرك للأفراد الآخرين، هذا ما أكدته دراسة رمزي وآخرون (1985) من الأفراد التوحديين تراوحت أعمارهم ما بين 18 سنة -39 سنة، فأظهرت النتائج أن القصور الإجتماعي ظل مستمر طوال فترات المتابعة (أسامة فاروق مصطفى، 2011:143)، والأفراد التوحديين يعانون من إعاقة إجتماعية ويفتقرون إلى الإدراك أو الفهم في أغلب الأحيان فيما يتعلق بالآخرين والذي يعد بديهيا بالنسبة للعديد من الأفراد (عبد العزيز سليم، 2034:234)، ويتميز أيضا الطفل التوحدي بعدم فهم مشاعر الآخرين، مثلا لا يستطيع

الطفل أن يتفاعل مع أمه عندما يراها تبكي أو حزينة مثل الأطفال العاديين ، ويعود مصدر الإخفاق عند الأطفال التوحديين فيما يخص التفاعل الإجتماعي لعدم قدرتهم على تبادل المشاعر في الموافق الإجتماعي ، أو العجز في فهم الطبيعة التبادلية في عملية التفاعل الإجتماعي (مجدي فتحي غزال ، 2007:18) ، ويؤكد أحمد سليمان أن الأطفال التوحديين لا يستحبون للحمل و الإحتضان ، وينزعون إلى التحديق بعيدا أو التجنب التواصل البصري ، وهم قلما ينظرون إلى الأشياء (وليد محمد على محمد ، 2015:27) ، أكدت دراسة كاربنتيون و مرجان Carpentier Morgan 1996 التي إستهدفت التعرف على السلوك الإجتماعي ، والسلوك الموجه لدى الأطفال التوحديين ، والأطفال المتخلفون عقليا والتي بينت نتائجها أن الأطفال التوحديين يعانون من قصور في التبادل ، التواصل البصري بالعين والتواصل مع الآخرين بشكل حاد وذلك بمقارنتهم مع الأطفال المتخلفين عقليا . (لمياء عبد الحميد، 2008:15)

- صنف ياسر محمود الفهد الخصائص الإجتماعية إلى ثلاث فئات من الأفراد وهم كالاتي :
- **فئة منعزلين إجتماعيا** : يتجنب هؤلاء الأفراد فعليا كل أنواع التفاعل الإجتماعي والإستجابة الأكثر شيوعا هي العضب أو الهروب بعيدا عندما يحاول أحد الأشخاص التعامل معهم.
- **فئة الأفارق إجتماعيا** : هؤلاء الأفراد يحاولون بشدة الحصول على الأصدقاء ولكنهم لا يستطيعون الإحتفاظ بهم وهذه المشكلة شائعة لدى الأفراد الذين لديهم متلازمة أسبرجر . (هالة وآخرون، 2012:41)

- **فئة الغير المباييين إجتماعيا:** هؤلاء الأطفال يوصفون بأنهم في وسط إجتماعي ولكنهم لا يسعون للتفاعل مع الآخرين (مالم يريدو شيئا) ولا يتجنبون المواقف الإجتماعية بفاعلية وهذا يكون لدى أغلبية الأطفال التوحديين (طارق عامر ،2008:51)، وأكدت دراسة أدريان وآخرون Adrien et Al 2001 إلى وجود صعوبات إجتماعية لدى التوحديين من خلال دراسة أجرية على ثلاث مجموعات ،مجموعة الأولى تتكون من ثمانية عشر طفلا توحديا و المجموعة الثانية ثمانية عشر طفلا ذوي التخلف العقلي و المجموعة الثالثة ثمانية طفلا عاديا ،فقد أسفرت النتائج لديهم تأخر عام في القدرة التواصل لدى الأطفال التوحديين مقارنة بالمجموعة الآخرين العاديين .(أحمد سيد سليمان ،2010:56)

ومن الخصائص الإجتماعية بصفة عامة نذكر:

- رفض التلامس الجسدي و عدم الرغبة في الإتصال العاطفي الجسمي.
- عدم الرغبة في تكوين صداقات أو علاقات مع الآخرين. (فوزية عبد الله الجلامده ،2016:275)
- الفشل في الإستجابة للغرباء حتى الأباء .
- صعوبة فهم التلميحات التي تصدر من الآخرين حولهم والتي لها تغيير عاطفي وإجتماعي حتى لا يدرك الإبتسامة أو الإشارة.

(طارق عامر ،2008:36)

- صعوبة في النمو العاطفي و في التخيل و التقليد .
- صعوبة في فهم القوانين الإجتماعية و إتباعها و تبادل الدور.
- الإلتصاق بأحد أفراد الأسرة بشكل غير عادي . (وليد خليفة، 2013:25)
- عدم إظهار إحساسه مع الآخرين وعدم قبوله بأن يحضنه أو يحمله أحد .
- عدم النظر إلى الشخص الآخر وتجنب تلاقي الأعين .(سلوى، 2015:55)
- يقضي وقتا أقل مع الآخرين يبدو إهتماما أقل بتكوين صداقات مع الآخرين، تكون إستجابة، أقل للإشارات الإجتماعية مثل الإبتسامة أو النضر للعيون .

(نور البطانية، 2002:124)

2-6 الخصائص السلوكية:

إن الطفل المصاب بالتوحد هو طفل تصعب إدارته وذلك بسبب سلوكياته ذات التحدي وبالرغم من هذا فإن السلوكيات الصعبة التي يبديها الطفل التوحدي هي عقبة ثانوية للتوحد، والتوحد ليس فقط مجموعة من السلوكيات العديمة الهدف و الغريبة والشادة والفوضوية ولكنه مجموعة من نواقص خطيرة تجعل الطفل قلق، غاضب، مفرط الحساسية، وتحت السلوكيات الصعبة لأنها هي الطريق الوحيد التي يستجيب عبرها الطفل للأحاسيس الغير السارة وهي نفس النواقص التي تجعل تلك الأحاسيس تمتع الطفل أيضا من التعبير والتعامل معها بطريقة مناسبة، وتحدث السلوكيات بسبب أن الطفل يحاول إيصال رسالة ما إلى الآخرين فيستخدم هذه السلوكيات الشادة ليصل إلى إحتياجاته ورغباته أو بما يحسه ويطلبه من تغير (كوثر عسلي، 2006:64)، وأيضا ينطبق على الأطفال التوحديين نقص الإنتباه

والنشاط الزائد، فهم يظهرون حركات تدل على التماثل والضجر، والتحرك الزائد، وغالبا ما يكونون في حركة دائمة مستمرة، كما أنهم مندفعون في سلوكياتهم، وغير قادرين على البقاء في مكان واحد مهما كانت الفترة قصيرة، صعوبة في القدرات المعرفية الوظيفية (يطو يمينه، 2011:90)، ويفسر ADHD لدى التوحديين في ضوء التلف المخي المكتسب عجز كبير في التنسيق الضابط و التحول الإرادي السريع للإنتباه بين الجوانب الصحية، هذا ما أكدته دراسة جولد و سكوباتشن Goldstein et SHwebach 2004 إلى معدلات إنتشار ADHD في عينة بلغ قوامها 28 طفلا توحديا كانت 59% وتشير نتائج الدراسة إلى ارتفاع معدلات إنتشار الزائد لدى الأطفال التوحديين. (أسامة فاروق مصطفى، 2011:98)

إن أطفال التوحد يظهر لديهم سلوكيات ونشاطات تأخذ طابع الإلتزام بروتين وبتقوس معينة، تظهر على هيئة إصرار على روتين جامد وحدد في مجال السلوك الحياتي اليومي ومقاومة أي تغيير لهذا الروتين، مع إظهار إزعاج وضيق إلى نوبات غضب عنيفة في بعض الأحيان، وقد يتمثل الروتين في تناول الأطعمة بأواني محددة ذات ألوان محددة أو في مواعيد محددة وقد يكون إصرار على إرتداء ملابس محددة أو اللعب بألعاب محددة والجلوس في أماكن محددة (نايف عبد الزارع، 2010:76)، ويظهرا أيضا عليهم سلوكيات نمطية، وهي قد تظهر على الأطفال المعوقين بشكل عام، ولكن السلوكيات تظهر بشكل واضح على أطفال التوحد مثل أن يحرق بحزام محرك السيارة وهو يدور ولمدة طويلة من الزمن دون أن يشعر بالتعب أو الملل (أدافر لمياء، 2012:74)، وقد يكون مفرط النشاط أو شديد الخمول وينفعل بدون سبب واضح هذا ما نسميه بالسلوكيات الشادة تجعله يتأثر على أحد المواضيع أو الأفكار أو الأشخاص أو يعاني من فقدان واضح لحسن تقدير الأمور أو يصهر سلوك عدائيا و عنيفا أو يؤدي نفسه. (وليد خليفة، 2013:22)

ومن الخصائص السلوكية بصفة عامة نذكر:

- الطفل التوحدي يصبح لديه بعض السلوكيات إيذاء الذات و أحيانا بدرجة شديدة .
- الطفل التوحدي ليس لديه القدرة على البدء في الحديث.

(محمود عبد، 2018:56)

- مقاومته للتغيير بشدة في مواقف معينة أو مفاهيم معينة ،قد يسبب له حدوث التغيير في مشاعر الإحباط و الحزن الشديد .
- يميل إلى جميع الأشياء بشكل أناني ،ورغبة شديدة في تملكها دون هدف.

(طارق عامر ، 2008:37)

- مقاومة رفض للإحتضان أو التذليل من طرف الأم أو الآخرين .
- ضعف في مهارات التقليد . (عوالي فاطمة ، 2010:54)
- التأخر في مجالات معينة وأحيانا يصاحب التوحد المهارات عادية في الرياضيات والموسيقى.

- يتسم التوحدي بالكسل والخمول والنشاط الزائد.
- التوحدي غير مناسب للمثيرات الإدراكية وكأنه لا يسمع ولا يرى.
- (سلوى ، 2010:45)
- عدم الشعور بالألم .
- الروتين النمطي و السلوك التكراري .

• إضطرابات في عادات النوم ،هذا ما أكدته دراسة سكريك و آخرون Schleck et al إلى أن النوم يمكن أن يكون مؤشرا لصعوبة المهارات الاجتماعية ،وكما أن السلوكيات النمطية يمكن التنبؤ بها عن طريق إضطراب النوم. (أشرف سعد نخلة 61:2013،

• غلق الأبواب و النوافذ بإحداث أصوات معينة و مزعجة و الإصرار على إعادة غلقها إذا اختلف الصوت في إحدا المرات .

• الإصرار على إتباع أسلوب ما في مقابلة أو تحية الآخرين لا غيرها مهما كان السبب.

• الإصرار على أن يسلك طريق معين عند الخروج لشراء شيء ما ورفض تغييرها. (فؤاد عبد الجوالدة،2012:56)

وأكدت دراسة كلين (Kline 1995)بعنوان تدريب الأطفال التوحديين على الإصغاء للكلام للحد من سلوكيات الإنسحاب الإجتماعي لديهم ،حيث هدفت إلى التمييز بين الأطفال التوحديين و المتخلفين عقليا في سلوكيات التواصل مع الآخرين والتعلق بهم ،تكونت عينة الدراسة من 12 طفلا توحديا تتراوح أعمارهم ما بين 4/6 سنوات وضمت الثانية مجموعة مماثلة من الأطفال المتخلفين عقليا ،نتائج الدراسة أوضحت أن الأطفال التوحيديون كانوا أقل تعلقا من أقرانهم المتخلفين عقليا ،حيث لم يفضلوا أصوات مركبة ،أو الإنسحاب من المواقف الإجتماعية ،وذلك بشكل دال قياسي بأقرانهم المعاقين ذهنيا الذين كانوا يفضلون صوت الأم . (أحمد سيد سليمان ، 2010:55)

3-6 خصائص الإنفعالية:

إن الطفل ذوي إضطراب التوحد يعاني من تقلب مزاجي مرتفع حيث لايبتنس أو لا يضحك، وأحيانا يستخدم التعابير الإنفعالية في غير موضعها وأحيانا يكون دائما الصراح والبكاء أو الضحك دون سبب وهو يفقد لفهم المواقف من حوله (أمل علي،2010:47) وهذه التعبيرات الإنفعالية لدى بعض الأطفال التوحد تكون حادة وشديدة،ولسبب غير معروف يمكن أن يصرخ، و الخطر الحقيقي،يمكن عند مواجهة الحركة المرورية أو الإرتفاعات العالية التي قد تخفيه أو أحيانا الحيوانات عادية و صوت الجرس، (نعيمة المقدامي،2015:29) وهناك مجموعة من ردود الفعل الإنفعالية لدى الطفل التوحدي مثل نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية،وقد يشعر بالذكر أحيانا من الأشياء غير الضارة أو موافق معينة،ليس لديه القدرة على فهم مشاعر الآخرين من حوله.

(محمد الشمري ، 2007:16)

إن أطفال التوحديين متقلبين إنفعاليا،فقد يتصرف هؤلاء الأطفال بشكل هستيري وقد يحدث لديهم ثورات غضب شديدة دون سبب واضح،وأیضا يكون لديهم غياب ظاهري للنفاعات العاطفية ونقص الخوف من مخاطر حقيقية والخوف المفرط،ويقاوم هؤلاء الأطفال التغيير في المكان أو العادات اليومية وقد يحدث عند التعبير هلع أو انفجارات مزاجية يصعب التحكم فيها.

(هالة و آخرون ،2012:48)

الدور المحوري للعاطفة : يتصفون بالإنسحاب و الإنعزال والإنطواء بعيدا عن الناس .

• إن أصحاب التوحد يفشلون في فهم الحالة العقلية لديهم فيؤدي بهم إلى زيادة شدة

الخوف و الإرتباك،كما يؤدي إلى إنسحابهم في العمل والتواصل مع الآخرين.

(سلوى ،2015:55)

- الطفل التوحدي لا يظهر أية مظاهر إنفعالية كالدهشة أو الفرح .
- الطفل التوحدي لا يشعر بالأشياء الضارة أو الموافق معينة.
(إبراهيم زريقات ، 2010:50)
- الطفل التوحدي ينعدم فيه الإستقرار الإنفعالي في البيت و المدرسة.
- يتناول الألعاب بصورة عشوائية و تكرر اللعب بدون هدف يفقد الإبداع
والتخيل. (أحمد سيد سليمان ، 2010:44)

4-6 الخصائص الحركية:

إن الطفل التوحدي يختلف عن الطفل السليم في عدم الثبات على إستخدام اليد معينة بحيث يتردد أو يتبادل في إستعمال اليد اليمنى مع اليسرى ،مما يدل على إضطراب وظيفي بين نصف المخ الأيمن و الأيسر كذلك يوجد إختلاف من حيث الخصائص الجلد وبصمات الأصابع التي تنشر بين أطفال التوحد أكثر منها بين بقية أفراد المجتمع مما يشير إلى خلل في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم (أمل علي ، 2017:76)، ووجد كورانسو ماكنوس Cornisth k ans Mc Manus أن الأطفال التوحديين يميلون إلى إستخدام اليد اليسرى من خلال تقييم التفضيل اليدوي بأداء عشرة مهام مثل تلوين مربع تناول الطعام بالملعقة ،يتناول الحلوى (سهى أحمد ، 2002:46)

إن الطفل التوحدي عدم قدرته على التقليد الحركي وقد يظهر الأطفال واحد أو أكثر من السلوكيات التالية :

- تجنب التواصل البد .
- يعاني من صعوبات في التوازن.

- والوقوف و المشي وسرعة الحركة.

(أسامة فاروق مصطفى، 2011:90)

- يذكر كامل أن خصائص الحركة لدى الطفل التوحدي تكمن في ما يلي:

- طريقة الوقوف الخاصة، (الوقوف على رؤوسهم، وأدراعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع) .
- الإطالة في بعض الخبرات الحسية (مشاهدة مصدر الضوء) .
- ضعف التأزر الحركي بشكل عام.
- الجلوس بالإنحاء .
- الإصطدام بالأشياء أثناء المش.
- الإرتخاء و التصلب في حالة الحمل.

(وليد خليفة، 2013:27)

- أثناء اللعب فإن الطفل التوحدي يقوم بعدد من الحركات من بينها :

➤ لعبهم ينقصه الخيال فلا يضيفون أفكارهم أو مشاعرهم أو تفسيراتهم الخاصة باللعب.

➤ عدم توافق مستوى المهارات الحركية.

➤ عجز عن اللعب الرمزي .

➤ قصور في السلوك الإستكشافي وأقل إدراكا في مواقف اللعب الحر ولكنه يزيد من التدعيم .

➤ عدم القدرة على التقليد.

➤ الميل إلى اللعب المنفرد و عدم الاندماج مع الأطفال.

(عبد القادر شريف، 2014:299)

وأيضا أذرعهم ملتفة عن بعضها حتى الكوع ،وعندما يتحركون فإن الأطفال ذوي هذا الإضطراب يكررون حركات معينة مرات و مرات فهم مثلا يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو إلى الخلف بشكل متكرر ،وفي بعض الأحيان قد تكون أيديهم وأرجلهم في شكل حركة الطائر ،ويكون أيضا الطفل التوحدي أكثر هدوءا ورقة أثناء حالات المرض و الألم ،ويكون لديه تأخر في علامات النمو الحركي الطبيعي وقد يكون هناك صعوبة في بدء مهارات البدنية ،ويعانون أيضا من نوبات في ضيق التنفس و الشعاب ويعانون من إضطراب معوية مع الإمساك أو الشلل في حركة الأمعاء (نعيمة محمد المقداي، 2015:31)، إن حواس الطفل التوحدي سليمة ،لديه مشكلة في تفسير الإحساسات حيث الكثير من هذه الإحساسات يفسرها بشكل خاطئ، صعوبات في توحيد المعلومات الواردة من الحواس المختلفة لديه حساسية سمعية لبعض الأصوات مكنسة كهربائية خلاط ،قد يسمع أصواتا حقيقية موجودة في محيطه لا يسمعها الآخرون ،قد يبتعد عند محاولة لمسه أو وضع اليد على كتفه ،الإحساس بالألم عند البعض بطريقة شادة إما عدم الإحساس أو إحساس مبالغ به(مجدي أحمد عبد الله ، 2013:42).

وأيضا أطفال التوحد لديهم فقدان الإحساس بالهوية الشخصية يبدو بأنهم لا يعرفون

بوجود هوية شخصية أو ذات خاصة به و كثيرا ما يحاول هؤلاء الأطفال إستكشاف

أجسادهم و الإمساء بها كما لو كانت أشياء جامدة و إلى درجة إيذاء أنفسهم أو ينفذ الأطفال

أوضاعا خاصة في الوقوف أو الجلوس وكان أجسامهم أشياء غير مألوفة لديهم. (سوسن شاكر الجلي، 2015:26)

5-6 الخصائص اللغوية والتواصلية:

يعد التواصل من المشكلات الرئيسية التي تنسم بها الأطفال التوحيديون، حيث يعاني جميع هؤلاء الأطفال صعوبات في اللغة و التواصل على الرغم من وجود فروق و إختلافات في شدة هذه الصعوبات و طبيعتها(دلشاد على، 2013:206)، ويعتبر ضعف اللغة والتواصل من الخصائص التي تميز الطفل التوحيدي في المدرسة، لأن العديد منهم يملكون القليل من اللغة في الخامسة و السادسة في العمر و يظهر عندهم ضعف في التواصل غير اللفظي، ويتميز البعض بإنخفاض الأداء السلوكي الذي يؤدي لضعف الإنتباه ومشاركة الآخرين في إنتباه مما يعيق عملية التواصل لديهم، ويعتبر وجود الكلام قبل سن الخامسة لديهم مؤشرا هاما على التحسن الاحق، كما يعتبر من صفات الذين يكون إستجابات وردود أفعال غير مناسبة للمثيرات الإدراكية فمثلا يبدا الطفل التوحيدي وكأنه لا يسمع الأصوات من حوله، وعلاوة على ذلك فإنه قد يبالغ في الإستجابة للآخرين (نور البطانية، 2002:29)، ويتمثل العجز اللغوي لدى الأطفال التوحيديين في عدم فهم معاني الكلمات، وعدم القدرة على إستخدام القواعد وأن الفروق بين التوحيديين والعاديين لا تختلف عن الفروق بين المعاقين و العاديين في عناصر اللغوية(فوزية عبد الله الجلامه، 2016:276)، وتعد مشكلة التواصل مع الآخرين بالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد مشكلة كبيرة حيث تظهر في صورة إنخفاض في مهارات الإتصال ومشكلات في التعبير عن المشاعر و الإنفعالات، وتضهر لديهم بعض السلوكيات الدالة على الغضب و يتمثل ذلك بقذفهم لبعض الأشياء التي تكون بأيديهم بهدف جذب إنتباه الآخرين إلى جدت أو موضوع معين غير قادرين على التعبير اللغوي (هالة

وآخرون، 2012:47)، أي صعوبة استخدام اللغة في التعبير بالكلمات وكذلك عدم القدرة على استخدام الإيماءات والتواصل بالعينين وهذه الصعوبة اللغوية هي التي تؤدي إلى توقف النمو الإنفعالي والاجتماعي للطفل التوحدي (وليد خليفة، 2013:20)، وهدفت دراسة الزريقات 2007 لمعرفة أداء اللغوي و التعبير اللغوي لأطفال التوحد، فأجربة على عينة بلغت 40 طفلا توحديا بلغ متوسط أعمارهم 10 سنوات فقد توصلت إلى أن الأطفال التوحيديين كأن أدائهم ضعيفا في اللغة الإستقبالية و التعبير اللغوي وكذلك البعد الإنفعالي (إيمان عباس، 2016:359)، ويكون تطور اللغة بطيئا، وقد لا تتطور بثبات، يتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين، ترتبط الكلمات بمعاني غير معتاد لهذه الكلمات، يكون التواصل عن طريق الإشارات بدلا من الكلمات، يكون الإنتباه و التركيز لمدة قصيرة (سناء محمد سليمان، 2014:41) وتبينه في دراسة هوبسون Hobson لمعرفة تعبيرات الوجه لدى أطفال التوحد و الأسوياء وإنتهت نتائج إلى تبادل تعبيرات الوجه بينه وتميزت بعدم القدرة على التحديد وقصور في التبادل، وعدم الملائمة و إتصفت إستجابتهم بالسلبية. (أسامة فاروق مصطفى، 2014:308)

ومن الخصائص اللغوية بصفة عامة تمثلت في :

- التأخر في إكتساب اللغة .
 - الاستخدام العكسي للضمائر على سبيل المثال إذا سألنا الطفل هل تريد شيئا؟ أجاب: أنت أريد هذا الشيء وليس أن أريد هذا الشيء.
- (أمل علي محمد، 2017:169)
- رفض الكلام الإنتقائي :يمكن للأفراد المصابين بهذا النوع المعمم ورفض الكلام أن يفهمون على الأقل اللغات المكتوبة ولكنهم لايمكنهم التعبير عن أنفسهم إلا بشكل لا كلامي.

- ظاهرة عكس الضمير عند يتحدثون عن أنفسهم، يستخدمون الضمير أنت بدل من أنا حيث يعكس رفض لوجودهم. (ريما فاضل، 2015:67)
- التأخر في تعلم وتطوير اللغة حيث تشير الدراسات إلى أن 50% من الأفراد التوحيدين لايطورون اللغة بشكل الطبيعي.
- الصعوبة في فهم الكلام الموجه له من قبل الآخرين حيث لايمكن الطفل التوحيدي من فهم الفكاهة أو الدعابة. (أدافر لمياء، 2012:73)
- لايصدر الطفل التوحيدي أصوات تعبر عن الإستجابة لأمر إلا بشكل محدود في تكراره ،وينفق الكثيرون على فشل محاولات تعليم الطفل التوحيدي الإيجابية والطاقة إذا كانت إعاقة شديدة ويصاحبها تخلف العقلي.
- (أسامة فاروق مصطفى، 2014:57)
- قلة الكلام.
- التحدث بنغمة غير طبيعية أو بإيقاع غير طبيعي .
- الفهم الحرفي لكل شيء ،حيث يتم تفسير المجاز تفسيراً حرفياً.
- ضعف المقدرة على الحوار المتبادل ويشمل ذلك ضعف المقدرة على أخذ الدور

أثناء الحوار والمحافظة على الموضوع أثناء الحديث.

- **المصاداة الكلامية**: يقصد بها تكرار ما يتم سماعه وتحدث لدى 85% من الأطفال المصابين بالتوحد. (حازم إسماعيل، 2012:42)
- استخدام المضطرب للكلمات غير المناسبة للحوار، فكثيرا ما يرددون عبارات سبق لهم أن سمعوها في الماضي البعيد.
- الميل إلى التفسير الحرفي لما يقال لهم من ثم يرتب عليه مشكلات إجتماعية كثيرة عند التفاعل مع الآخرين .
- قصور في فهم كثير من المفاهيم أو معاني الكلمات التي يتلقونها من الآخرين. (نعيمة محمد المقدامي، 2015:120)
- لا يركز الطفل بصره على والديه كما يفعل باقي الأطفال الأسوياء، بل يتفادى الكثير منهم التواصل البصري مع الآخرين .
- يواجه بعض الأطفال التوحديين صعوبات في النوم.
- لا يصدر الطفل أصوات المناغاة كغيره من الأطفال . (أحمد سيد سليمان، 2010:36)
- غياب القدرة على التعلم و النمو المعرفي .
- توقف النمو اللغوي.

- غياب لغة التواصل الإجتماعي. (طارق عامر، 2008:69)
- أوجه قصور في اللغة تتضمن التردد المرضي للكلام .
- رغبة إستحوادية في التكرار و الإستمرار في التشابه بينه التام . (محمد فهد بن محمد، 2015:98)
- قد ينطق الطفل التوحدي كلمة معينة ولكنه يعجز عن إستعمالها أو نطقها ولكنه يعود نطقها في وقت ما .
- عدم القدرة على تنمية الأشياء .
- عدم القدرة على إستعمال المصطلحات المجردة .
- غالبا يفشل في تركيب جمل ذات معنى أو إستخدام الكلمة في المكان المناسب .
- عجز في الربط بين المعنى و الشكل المضمون والإستخدام الصحيح للكلمة ومع هذا القصور اللغوي فإنه يبدو لبعض هؤلاء الأطفال ذاكرة قوية (حسام أبو زيد، 2011:36)، كما وجدت دراسة Poala B.and Luigia ،من خلال دراسة هدفت على مجموعة من الأطفال التوحديين إستخدام فيها التسجيل الفيديو المنزلي و التقييمات المعرفية والإتصالية،فتوصلت النتائج إلى إنخفاض في التواصل واللغة بالإضافة إلى ضعف إستخدام إيماءات التواصل والتواصل اللغوي .(مصطفى نوري القمش، 2011:57)

6-6 الخصائص المعرفية:

تعود المعرفة إلى المعلومات التي يمتلكها الطفل في مخزونه وبتحديد أكثر فإن المهارات المعرفية تشتمل التفكير، والتذكير والمجادلة و حل المشكلات ،في البداية الأطفال الصغار يستعملون حاسة البصر والسمع والتذوق واللمس للحصول على فهم عالمهم ،كما يستجيبون إلى حاجاتهم الخاصة بطرق متعددة (فوزية عبد الله الجلمدي ،2016:28)، ويظهر الأطفال التوحد قصورا ملحوظا في وظائفهم ،أو في خصائصهم المعرفية ،حيث يعاني ما نسبة 75-80% إعاقة ذهنية مختلفة الدرجة كما يواجهون صعوبات في فهم وإدراك أبعاد المواقف وإستيعاب المثيرات والإستجابة لها ،كما يظهرون خللا واضحا في مجال الرؤية الشاملة للأشياء إذا أنهم ينظرون للشيء من جانب واحد دون إدراك الشكل بأبعاده الكلية ،فهم لا يدركون الكل بل الجزء فقط(عادل جاسب شبشب ،2008:36)، وهناك الكثير من الجدل حول القدرات المعرفية وأوجه العجز لدى الأفراد المصابين بالتوحد ،ورغم أن الأطفال التوحديين يعانون من التأخر الوظيفي إلا أنه يبدو أن البعض الأفراد التوحديين يملكون ما يسمى بالنضج المبكر أو المهارات الجزئية ويعني ذلك أن الطفل قد يكون موهوبا في مجال الحساب لكنه لا يستطيع معرفة الوقت وتشمل المهارات الجزئية :

❖ القدرة على حساب عدد الأشياء بسرعة.

❖ القدرة الفنية.

❖ القدرة الموسيقية .(لينة عمر بن صادقين،2009:67)

يشير كمال عبد الحميد زيتون أن الأطفال التوحديون يعانون من قصور في الإنتباه والتركيز وعدم إكمال المهام و أحيانا الميل إلى الحركة بإستمرار وتشتت في الإنتباه للأشياء و الأشخاص والطفل التوحدي يعانون من إختلال في الأنشطة الإدراكية مما يؤدي إلى قصور في القدرة الإتصالية والتفاعلات الإجتماعية (هالة وآخرون ، 2012:60) ،وأكدت دراسة سيرز 1994 Searr إلى أن الأطفال التوحديين يعانون من إضطراب في الإنتباه من حيث التعرف البصري المكاني على الأشياء ،بالإضافة إلى قصور في القدرة على التخيل.

(أسامة فاروق،2014:25)

كما هدفت دراسة مصطفى 2005: معرفة نسبة الذكاء لدى الأطفال المتوحدين فأخذت حوالي 40% من الأطفال المتوحدين وجدت أن نسبة ذكائهم أدنى من 50-55 تخلف عقلي متوسط شديد عميق و 30% من نسبة ذكائهم 70 وحوالي 5 أطفال المتوحدين لديهم ذكاء غير لفضي عادي حيث تميل درجات الذكاء إلى أن تعكس مشكلات مهارات التواصل اللفضي و المهارات البصرية المكانية ومهارات الإستضار من الذاكرة .(فؤاد عبد الجوالدة ،2012:56)

وتشير الدراسات والأبحاث إلى أن إضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر الملامح المميزة للإضطراب التوحدي ،وذلك لم يرتب عليه من نقص في التواصل الإجتماعية ونقص في الإستجابة الإنفعالية للمحيطين.

(محمد بن فهد حماد ،2015:67)

أما سيجمان 1995 أورد أن هناك دليل بين وجود نقص أو خلل في الفهم الإجتماعي ،مما يبين أن بين وجود نقص أو خلل في الفهم الإجتماعي ،مما يبين أن هنالك معاناة يعاني منها الأطفال التوحديين في إستجاباتهم السلوكية الشخصية مثلا لانجدهم يشاركون في الأنشطة أو الأفعال التي تتطلب إنتباه مشترك ،كما ذكر السرطاوي أن هؤلاء الأطفال

يعانون من قصور في الوظائف والعمليات العقلية الضرورية للعمل الأكاديمي خاصة العمليات العقلية العليا كالذاكرة والانتباه والتفكير الإدراك التجريد والتعميم(سهى أحمد،2002:57) ،وأيضاً أطفال التوحد يعانون من اضطرابات في التفكير وفقدان الكلام ،والإستجابات الفكرية غير المناسبة كما أن طبيعة تفكير التوحدي تتسم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود مشكلة. (براجل،2017:106)

كما أن توجد نسبة كبيرة من التوحد يصاحبها حالات التخلف ،20% من الأطفال التوحيديون يتمتعون بذكاء غير لفظي عادي أو مرتفع،و30% من الأطفال التوحيديين لديهم عامل الذكاء عادي أو عالي، 70 فأكثر من بينهم قلة وصول ذكاؤهم إلى 120 معامل الذكاء .(إبراهيم فرح الزريقات ،2010:50)

(7 مواصفات الطفل التوحدي :

- الضحك غير مناسب.
- عدم الرغبة في التدايل والضحك .
- التعبير عن حاجاته بالإشارة .
- الإستمرار في اللهو أو اللعب بأشياء غير عادية أحيانا .
(إبراهيم محمود بدر ،2004:47)
- التصرف الإجتماعي الغريب أو الغير المناسب أحيانا بسبب التصورات المسبقة

للآخرين و التركيز لغة وسلوكيا على الذات والرغبات و الحاجات الفردية ،دون

التبادل الإجتماعي مع الناس.

(أسامة فاروق مصطفى ،2014:37)

- الإستجابات الحسية غير طبيعية لدى الكثير منهم ،فقد تكون حاستهم

للألم أو الحرارة ضعيفة على سبيل المثال :

✓ يظهر الكثير منهم نوبات غضب شديد .

✓ يظهر الكثير منهم حركات نمطية متكررة مثل رفرفة الأصابع .

✓ تتطور مهارات الإجتماعية واللغوية لدى فئة قليلة من الأطفال المصابين

بالتوحد بشكل طبيعي ،ثم تعرض مفاجئ لفقدان اللغة.

(وفاء علي،2004:25)

(8) تشخيص ذوي إضطراب التوحد :

1-8 التشخيص العام:

ينبغي في البداية إجراء فحصاً مسحياً للتأكد من سلامة النمو لدى الطفل وينبغي أن يقوم

طبيب الأطفال بذلك ،وقد يلزم إجراء المزيد من الفحوصات إن دعت الحاجة لذلك

،وخصوصاً إن لم يمر الطفل بمراحل النمو بشكل طبيعي والتي تكون على نحو التالي:

أ. التاريخ التطوري للحالة (developmental history):

من مكونات الرئيسية للقيام بتشخيص الطفل التوحدي هو الحصول على تاريخ تطور

الطفل حتى الوقت الحالي، ويشمل تاريخ التطوري للطفل نموه والمتغيرات التي طرأت

عليه في هذه الفترات مع توضيح مراحل نموه المختلفة إلى الوقت الحالي وهل تناول

عقاقير معينة من الفترة السابقة أو حوادث أو أصيب بأي مرض وفي أي سن. (محمد أحمد خطاب، 2009: 57)

ب. التاريخ الوراثي للحالة (genetic history):

إن الحصول على التاريخ التطوري والحالة يشتمل أيضاً على الحصول على التاريخ الوراثي بين أعضاء أسرة الزوج والزوجة، وهل هناك أحد أفراد الأسرة لديه اضطرابات أو خلل مرتبط بالحالة، وقد أكدت الأبحاث أن 30% 50% من حالات التوحد قد يكون لها أصول وراثية، أو قد تكون أسرة الطفل التوحدي لديها مشكلات في التفاعل الاجتماعي إنطواء. (سناء محمد سليمان، 2014: 114)

ت. التاريخ الحمل (pregnancy history):

معرفة فترة الحمل، أحيانا قد يحدث للأم بعض مخاطر أثناء هذه فترة تكون لها صلة بوجود طفل توحدي لديها، بمعنى أن الأم تتعرض لمجموعة من المخاطر أثناء الحمل مثل تعرضها لإحدى الأمراض المعدية أو تعاطيها جرعة شديدة من أحد الأدوية أو حدوث طفرة جنينية أو يحدث اضطراب في كروموزومات الجنين دون أن تدري. (زياد كامل الال، 2012: 58)

هناك عدة طرق لتقييم نمو الطفل حركياً وسلوكياً ومعرفة المشاكل التي يعانون منها، ومهما اختلفت تلك المراكز من بلد لآخر فإن المبادئ الأساسية واحدة، والهدف من التقييم هو:

- جمع وربط المعلومات للحصول على التشخيص الدقيق.
- تقديم هذه المعلومات للطاقم العلاجي لتكون قاعدة لوضع الخطة العلاجية وأسلوب تطبيقها.

نقاط أساسية تجعل التشخيص والتقييم قبل سن الثانية من العمر ومن أهمها:

- في هذا العمر لا تكون الأنماط السلوكية قد أتضحت وتشكلت بشكل يسمح بإجراء التشخيص.
- المشاكل اللغوية ركن مهم للتشخيص، وفي هذا العمر لا تكون قد تشكلت ونضجت.
- في بعض الأطفال التوحديين يكون نمو الطفل طبيعياً لفترة من الزمن ثم يبدأ التدهور في الحدوث.
- عدم قدرة الوالدين على ملاحظة تطور النمو في طفلهم في تلك المرحلة المبكرة.
(رائد خليل العبادي، 2011: 46،47)

تقييم الحالة عادة مايشمل النقاط التالية:

1. **التقييم الطبي:** يبدأ بطرح العديد من الأسئلة عن الحمل والولادة، التطور الجسمي والحركي للطفل، حصول أمراض السابقة، السؤال عن العائلة وأمراضها، حيث أشارت تاسي (، 2003 tosi) إلى أن يمثل الهدف من التقييم الطبي في تحديد أسباب الإضطراب لدى الطفل، وتحديد المشكلات الصحية المرافقة لهذا الإضطراب والتي يمكن أن تزيد من حدة مشكلات الحالة، تقديم خدمات الإرشاد الجيني للعائلة ومساعدتها على فهم أسباب الإضطراب لدى طفلها، وتوضيح إمكانية الوقاية الأولية والتأهوية، وإجراء بعض الفحوصات التي يقررها الطبيب عند الإحتياج لها ومنها: الفحص العصبي النمائي ، الفحوص المخبرية، الفحوص الجينية والإستشارات الجينية ، التقييم المخبري العصبي،تقييم الحواس.

(جمال خلف المقابلة، 2016: 80 81)

2. التقييم السلوك: هناك نقاط عديدة يجب على الأهل ومن يهتم بالطفل الإجابة عليها لكي تستخدم لتقييم السلوك، وهذه النقاط تعطي تقييماً عاماً وليس محدداً للتوحد كمرض بحد ذاته.

- المراقبة المباشرة للسلوكيات direct behavioral observation القيام

بتسجيل سلوكيات الطفل عن طريق مراقبته من قبل متخصصين في المدرسة أو أثناء إختبارات الذكاء.

3. التقييم النفسي : يقوم باستخدام أدوات ونقاط قياسية لتقييم حالة الطفل، من نواحي

الوظائف المعرفية والإدراكية، الإجتماعية الإنفعالية، السلوكية، التكيف ومن هذا التقييم يستطيع الأهل والمدرسين معرفة مناطق القصور والتطور لدى طفلهم.

4. التقييم التعليمي: يمكن القيام بالتقييم التعليمي من خلال استخدام التقييم المنهجي

formal assessment (باستخدام أدوات قياسية)، والتقييم غير المنهجي

informal assessment باستخدام الملاحظة المباشرة ومناقشة الوالدين والغرض من

ذلك تقدير مهارات الطفل التالية:

- مهارات قبل الدراسة (الأشكال، الحروف، الألوان).
- المهارات الدراسية (القراءة، الحساب).
- مهارات الحياة اليومية (الأكل، اللبس، دخول الحمام).
- طريقة التعلم ومشاكلها وطرق حل هذه المشاكل.

5. التقييم التواصل: التجارب المنهجية، الملاحظة التقديمية مناقشة الوالدين كلها أدوات

تستخدم للوصول إلى تقييم المهارات التواصلية، ومن المهم تقييم مدى مهارات التواصل

ومنها رغبة الطفل في التواصل، وكيفية أداءه لهذا التواصل (التعبير بحركات على الوجه أو بحركات جسمية، أو بالإشارة)، كيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه، ونتائج هذا التقييم يجب إستخدامها عند وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل معه كإستخدام لغة الإشارة .

6. التقييم الوظيفي : المعالج الوظيفي occupational therapist يقوم بتقييم الطفل

لمعرفة طبيعة التكامل الوظائف الحسية *intégratives fonctions sensory*، وكيفية عمل الحواس الخمس (السمع، البصر، التدوق، الشم، اللمس)، كما أن هناك أدوات قياسية تستخدم لتقييم مهارات الحركة الصغرى (إستخدام الأصابع لإحضار لعبة أو شئ صغير)، مهارات الحركة الكبرى (المشي، الجري، القفز)، ومن المهم معرفة هل يفضل الطفل إستخدام يده اليمنى أو اليسرى (جزء الدماغ المسيطر)، المهارات النظرية وعمق الوعي الحسي.

(وليد خليفة، 2013: 40 41)

2-8 أدوات التشخيص:

- يبدأ التشخيص المبكر وذلك بملاحظة الطفل من سن 24 شهراً حتى ستة أعوام وليس قبل ذلك، وأول هذه الأدوات:

1-2-8 أسئلة الأطباء للأباء كما إذا كان طفلهم:

- لم يتفوه بأية أصوات كلامية حتى ولو غير مفهومة في سن 12 شهراً.
- لم تنمو عنده المهارات الحركية (الإشارة، التلويح باليد، إمساك الأشياء) في سن 12 شهراً.

- لم ينطق كلمة فردية في سن 16 شهراً.
 - لم ينطق جملة مكونة من كلمتين في سن 24 شهراً.
 - عدم إكمال المهارات اللغوية والاجتماعية في مراحلها الطبيعية .
- (طلال عبد الرحمان التقفي، 2014: 16)

2-2-8 مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال:

ينسب إلى إيريك سكوبلر "eric shopler" في أوائل السبعينات ويعتمد على ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر به 15 درجة ويقيم المتخصصون سلوك الطفل من خلال:

- علاقته بالناس.
- التكيف مع التغيير.
- الإتصال الشفهي.
- التعبير الجسدي.
- إستجابة الإستماع لغيره.

(كوتر عسلية، 2006، 40)

3-2-8 قائمة التوحد للأطفال عند 18 شهراً:

تنسب إلى العالم سيمون بارون كوهين simon bar on cohen في أوائل التسعينات من خلالها يتم إكتشاف فما إذا كان معرفة هذه الإعاقة في 18 شهراً، ومن خلالها توجه أسئلة قصيرة من قسمين الأول يعده الآباء والثاني من قبل الطبيب المعالج.

4-2-8 إستطلاع التوحد:

وهو مكون من 40 سؤالاً لإختبار الأطفال من سن 4 أعوام ومايزيد على ذلك لتقييم مهارات الإتصال والتفاعل الإجتماعي.

(سلوى، 2015: 37)

5-2-8 إختبار التوحد للأطفال في سن عامين:

وضعه ويندي ستون "wendy stone" يستخدم فيه الملاحظة المباشرة للأطفال تحت سن عامين على ثلاث مستويات التي تتضح في حالات التوحد: اللعب، التقليد (قيادة سيارة، دراجة نارية) الإنتباه المشترك.

(أسامة فاروق مصطفى، 2011: 260)

6-2-8 القائمة التشخيصية للتوحد:

تساعد في الكشف عن وجود التوحد عند الأطفال، علماً أنه لا يوجد نبد يمكن أن يكون حاسماً بشكل جوهري لوحده، وفي حالة أن طفلاً ما أظهر 7 أو أكثر من هذه السمات، فإن تشخيصاً للتوحد يجب أن يؤخذ في الإعتبار بصورة جادة.

- الصعوبة في الإختلاط والتفاعل مع الآخرين.

- يتصرف الطفل كأنه أصم .

- يقاوم التغيير.

- لا يبدي خوفاً من المخاطر .

- يقاوم تغيير الروتين.
- لا يحب العناق.
- يطيل البقاء في اللعب الفردي.
- ضحك وقهقهة غير مناسبة.
- فرط الحركة .
- إنعدام التواصل البشري
- تدوير الأجسام واللعب بها.
- يقاوم التعليم.
- يشير بالإيماءات

(طارق عامر، 2008: 110)

3-8 التشخيص المبكر :

كما أن التشخيص هي العملية الأساسية لمعرفة التوحد ومن تم يمكن إجراء التدخل العلاجي المبكر ، وأدوات التشخيص مازالت قاصرة وغير قادرة على التشخيص الكامل وخصوصاً في الوقت المبكر .

كما يعتبر التشخيص المبكر حيوياً حيث أن العلاج المبكر يكون أفضل إذا كان التشخيص أفضل ، ويصعب تشخيص التوحد قبل سن الثالثة لأن سلوكيات التشخيصية

إعاقات في التفاعل الإجتماعي والإتصال لا تتطور بشكل كامل حتى وقت متأخر من مرحلة الطفولة المبكرة .

كما هدفت دراسة سيجموند وسيفن وإيرك وسميت (2006) تأثير العلاج السلوكي المكثف على الأطفال ذوي التوحد والإعاقة العقلية، وتألفت المجموعتين من المجموعة 1 (13) طفلاً، وتلقت علاج سلوكي وتبلغ المجموعة 2 (15) طفلاً تلقت علاج إنتقائي، وإستمرت فترة علاج 12 ساعة كل أسبوع بمجموع قدره 1536 ساعة، وأستخدمت الدراسة مقياس الذكاء، مقياس اللغة، مقياس السلوك التكيفي، مقياس السلوك اللاتكيفي، فأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين المجموعتين في القياس القبلي، كما بينت وجود فروق بين المجموعتين في القياس البعدي لصالح مجموعة العلاج السلوكي على كل متغيرات الدراسة .

(محمد صالح الإمام، 2010: 76)

هنا لابد من التأكيد على أن التشخيص لا يتم لمجرد شكوى الأهل من أن الطفل يعاني من مشكلة التواصل أو أن لديه صعوبات في التعامل الإجتماعي أو عدم القدرة على الإبداع، فهناك أسباب متعددة لذلك ولكن لابد من وجود قصور في كل الجوانب الثلاثة بدرجة معينة.

• تشخيص الوالدين المبكر لحالة التوحد لدى أطفالهم:

من المؤشرات التي تساعد الوالدين على الكشف المبكر عن وجود التوحد مايلي:

- التواصل الصعب ملاحظة على الطفل الصعوبة في الإختلاط مع الأخوة

والتفاعل مع أفراد الأسرة.

- يتصرف في المنزل وكأنه أصم.

- يضحك أحياناً بلاسبب واضح.
 - المشكلات الحسية لايبدي خوف من المخاطر.
 - السلوك قد يكون مفرط الحركة،وقد تكون حركته أقل من المعتاد.
 - اللعب يجب تدوير الأشياء والعبت بها.
 - ضعف التواصل الإجتماعي ويطيل الإنفراد واللعب لوحده.
 - كما تظهر على طفل التوحد إضطرابات يلاحظها أفراد الأسرة وذلك أثناء الأكل والشرب والنوم.
- (فهد محمد حماد،2011: 24)

4-8 إستمارة الملاحظة لتشخيص التوحد قبل الكلام:

بينت الإستمارة من قبل dilavore lord rutter 1995، وهي إستمارة ملاحظة لتشخيص الأطفال الذين ليس بإمكانهم القدرة على الكلام وإستخدام اللغة ولديهم مظاهر التوحد.

وتطبيق الإستمارة على الطفل وبمساعدة العائلة وهذه الأداة تزودنا بالفرصة لملاحظة المظاهر الخاصة كالسلوك الإجتماعي،الإنتباه،التخيل،التفاعل والمشاركة مع المختبر، وأستخرجت القدرة التمييزية للإستمارة من خلال تطبيقها على أطفال التوحد والعاديين.

(سوسن شاكر الجلي،2015: 59)

5-8 المعايير التشخيصية لإضطراب التوحد والمعتمدة حالياً :

يتفق المختصون على تبني مجموعة من المعايير السلوكية لتشخيص التوحد، قد تكون أكثر المعايير تفصيلاً هي التي وردت في الدليل التشخيص والإحصائي للرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSM) إذا رجعنا إلى الدليل التشخيصي الثالث/ المعدل (DSMIIIIR 1987) مثلاً سنجد أنه يتضمن (16) عنصراً تقع ضمن ثلاث فئات، ولكي يتم تشخيص الطفل بأنه يعاني من التوحد فإن الدليل يشترط توافر ثمانية معايير على الأقل من المعايير الستة عشر بحيث تشمل مظهرين على الأقل من الفئة (أ)، ومظهر واحد من الفئة (ب)، ومظهر واحد من الفئة (ج)، ويشترط لتحقيق المعيار أن يكون السلوك شاذاً بالنسبة للمستوى النمائي للطفل، (عبد القادر شريف، 2014: 292) أما المعايير فهي كالتالي:

الفئة (أ): القصور النوعي في التفاعلات الإجتماعية المتبادلة وتظهر :

- إفتقار واضح إلى الوعي بوجود الآخرين أو بمشاعرهم على سبيل المثال يعامل الأشخاص كقطع الأثاث، لا يدرك مشاعر الضيق لدى الآخرين، يبدو أنه لا يفهم حاجة الآخرين للخصوصية.
- عدم الإحساس بالحاجة إلى المساعدة الآخرين له في الظروف أو التعبير عن ذلك بطرق شادة (لا يلجأ إلى الراحة حتى عند المرض أو التعرض للأذى أو التعب، أو إنه يطلب الراحة بأسلوب نمطي شاد كترديد كلمة معينة).
- (سهى أحمد، 2002: 160)
- الإفتقار إلى التقليد أو قصور فيه (لا يلوح بيديه كإشارة للتوديع لا يقلد الأم في أنشطتها المنزلية قد يقلد الآخرين بصورة آلية يستجيب خارج إطار الموضوع).

- الإفتقار إلى اللعب الإجتماعي أو اللعب بصور شادة (عدم المشاركة الفعالة في الأنشطة البسيطة، يفضل اللعب منفرداً يتخذ الأطفال الآخرين كأدوات معينة فقط في اللعب).
- قصور كبير في القدرة على بناء صداقات من الأقران (لايبيدي إهتمامات بتكوين الصداقة مع أقرانه، بصرف النظر عن إهتمامه بخلق الأصدقاء، فإنه يفتقر إلى فهم أصول التفاعل الإجتماعي). (مجدي فتحي غزال، 2007: 15)

الفئة (ب): قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وكذلك النشاط التخيلي وتظهر:

- لايمتلك أسلوب التواصل، كما هو الحال مع الأصوات غير المفهومة، تعبيرات الوجه، الإشارات والإيماءات، الحركات الجسدية، واللغة المنطوقة.
- تواصل غير لفظي شاد بصورة واضحة كما هو الحال مع الحملقة في عيون الآخرين، التعبيرات الوجهية، الإيماءات الجسدية، أو الإشارات التي يقصد بها المبادأة التفاعل الإجتماعي (لايتوقع من الآخرين إمساكه، أي ملامسته، لاينظر إلى الشخص الذي معه أو لايبتم له، لايرحب بالوالدين أو الزوار).
- الإفتقار إلى النشاط التخيلي كما هو الحال مع تمثيل أدوار الراشدين الشخصيات الخيالية، أو الحيوانات، والإفتقار إلى الإهتمام بالقصص الخيالية. (تامر فرح سهيل، 2015: 141)

- شدوذ واضح في إخراج الكلام سواء في حدة الصوت، علوه، أو النبرة معدل إخراج الأصوات ،إيقاع الصوت، أو الترقيم (أي إنخفاض وإرتفاع صوت كما هو الحال مع رتابة الصوت،واللحن الذي يشبه التساؤل ،والصوت ذو الدرجة العالية).
- إضطرابات واضحة في شكل الكلام أو محتواه بما في ذلك الكلام النمطي والمتكرر (التكرار الميكانيكي لإعلانات التلفزيون، إستخدام كلمة "أنت" بدلا من "أنا" كما هو الحال في قول الطفل)، " أنت تريد كعكا بدلا من " (أنا أريد كعكا)، إستخدام خاص في الكلمات أو الجمل كما هو الحال مع "أذهب إلى اللعبة الخضراء" ، لتعني "أنا أريد أن ألعب في الأرجوحة".
- قصور واضح في القدرة على المبادأة في الحديث مع الآخرين أو المحافظة على المحادثة رغم إمتلاك الطفل القدرة على الكلام (الإنغماس في حديث طويل في موضوع معين بصرف النظر من إبداء الآخرين إستغرابهم للأمر). (محسن محمود أحمد الكيكي، 2011: 84)

الفئة (ج): ذو خبرة محددة جداً من الأنشطة نمطية والإهتمامات تظهر :

- حركات جسمية نمطية كما هو الحال مع ررفة اليدين تحريكها بصورة دائرية ،ضرب الرأس.
- إنشغال متواصل بأجزاء الأشياء (شم الأشياء ،تحسس ملمس الأشياء بصورة

متكررة تدوير "لف" عجلات السيارات الألعاب)، أو التعلق بالأشياء غير

عادية،(الإصرار على حمل قطعة خيط). (وفاء علي، 2004: 142)

● إنزعاج ملحوظ لأي تغيير في العناصر البسيطة في بيئته كنقل الزهرية من مكانها الأصلي.

● إصرار غير عادي على إتباع نظام معين الروتين بتفصيلاته الدقيقة

كالإصرار على إتباع الطريق عند الذهاب للسوق.

● مدى محدود جدا من الإهتمام والإنشغال شئى معين كالإهتمام بوضع الأشياء

في صف،التظاهر بأنه شخصية خيالية. (سوسن شاكر، 2010: 14)

الفئة (د): يجب أن يظهر الإضطراب في مرحلة الطفولة بعد سن 36 شهراً:

● هناك نموذج تشخيصي مشابه في التصنيف الدولي للأمراض والذي أصدرته منظمة

الصحة العالمية (World Health Organization (ICD10)، المعايير الأساسية

هي كالتالي:

✓ إضطراب أو إختلال في المهارات الإجتماعية.

✓ إضطراب في التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي.

✓ فقر شديد في الإهتمامات والأنشطة.

(ريما فاضل، 2015: 13)

6-8 سلم النضج الإجتماعي لفيلند (vineland):

صمم هذا السلم في 1994 سنة، يقيس التكيف الشخصي والإجتماعي من الولادة حتى

سن الرشد في 4 ميادين هي: الإتصال، الحياة اليومية، التنشئة الإجتماعية الحركة والسلوكات غير المكيفة يرصد هذا السلم معطيات دقيقة لبرمجة نشاطات التعلم.(يطو يمينه،2011: 45)

ومن خلال سياقات متعددة وذلك من خلال العجز في التبادل أو التجارب العاطفي أو الإجتماعي وعجز في العديد من سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الإجتماعي، وقصور في تكوين والمحافظة على الأصدقاء.(آية عز الدين أحمد،2018: 26) المناسبة للمستوى النمائي بدءاً من صعوبات السلوك التكيفي المتناسب مع السياقات الإجتماعية المختلفة من خلال الصعوبات في المشاركة في اللعب التخيلي وفي تكوين صدقات وصولاً إلى غياب واضح للإهتمام بالأشخاص.(إبراهيم الزريقات،2017: 109)

6-8 الدليل الإحصائي التشخيصي للإضطرابات العقلية (DSM.IV 1994):

يقدم هذا الدليل عددا من المعايير أو المحكات التي تدل حالات التوحد، وقد أظهرت صورة عربية من هذا الدليل، يمكن الرجوع إليها للتعرف إلى حالات التوحد، ومن هذه المعايير:

➤ قصور نوعي في التفاعل الإجتماعي .

➤ قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي.

➤ السلوك النمطي التكراري. (فاروق الروسان،2010: 265 266)

كما أن دليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والإضطرابات النفسي والعقلية في طبعة DSM.IV 4 الصادرة من الجمعية الأمريكية للطب النفسي والتصنيف الدولي 10

للأمراض ICD الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، ويدور هذا الدليل حول 4 محكات رئيسية هي :

- **البداية** : تكون بداية الإضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلفاً في واحد على الأقل من عدد من الجوانب هي التفاعل الإجتماعي، وإستخدام اللغة للتواصل الإجتماعي واللعب الرمزي أو الخيالي.

- **التفاعلات الإجتماعية** : يوجد لدى الطفل قصور كفي في التفاعلات الإجتماعية وذلك في إثنين على الأقل من 4 محكات هي التواصل غير اللفظي، وإقامة علاقات مع الأقران، والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والإهتمامات وتبادل العلاقات الإجتماعية معهم. (الشرقاوي، 2018: 94)

- **ضعف كفي في عملية التواصل** : عدم القدرة على النطق أو تأخر في إكتساب الكلام، وكذلك ليس لديه القدرة في البدء كلام التلقائي أو الإستمرار فيه، وترديد بعض الكلمات بصفة متكررة، وضعف مهارات اللعب التخيلي والقدرة على التقليد الإجتماعي.

- **نشاطات وأفعال متكررة** : توجد أنماط سلوكية وإهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية كالإنشغال بنشاط أو نشاطين بصفة متكررة ومحددة، والإنشغال الدائم بأجزاء من الأشياء وليس كلها، وكذلك حركات عضلية متكررة رفرقة اليدين أو الأصابع، وإنعدام المرونة والتمسك بالروتين. (محمد قاسم عبد الله، 2011: 71)

وتعتبر محكات الجمعية من أفضل محكات التشخيص قبولاً في الأوساط العيادية والتربوية وتحتوي هذه القاعدة على 16 عَرَضاً مرضياً على ثلاث مجموعات ويشترط في

التشخيص وجود ما لا يقل عن ستة أعراض على الأقل من المجاميع الثلاثة. (عادل جاسب شبيب، 2008: 21)

7-8 دليل التشخيصي الإحصائي ICD 10:

صدر عن المنظمة الصحة العالمية عام 1992 الدليل الدولي العاشر (IC 10) الذي أعطى قدر كبير من الإهتمامات للذاتوية وصفها تحت إسم الذاتوية الطفلية ويحدد المؤشرات الشخصية على النحو التالي:

- عادة لا توجد مرحلة سابقة من الإرتقاء الطبيعي وإذا وجدت لا تتجاوز عمر 3 سنوات.
- صعوبة استخدام الإشارات المصاحبة التي تساعد في تأكيد أو توضيح التواصل الكلامي .
- النمطية المتكررة في السلوك والإهتمامات والنشاطات.
- الإهتمام بعناصر وظيفية في الأشياء . (لطي شريني ، 2015: 110)
- إضطراب أو إختلال في المهارات الإجتماعية .
- إضطراب في التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي.

إن المعايير المهمة في عملية التشخيص حالياً تتعلق بإضطراب اللغة والتواصل، وذلك لكونها من أكثر الأسباب التي تؤدي إلى تحويل الحالات إلى العيادات، ومن المعايير التي تأخذ بالحسبان الإفتقار إلى النشاط التخيلي، والإفتقار إلى الإهتمام بالقصص الخالية . (إلهام محمد حسن، 2016 : 32)

8-8 التشخيص الفارقي :

يعتبر التوحد واحد من مجموعة إضطرابات تسمى بالإضطرابات النمائية المنتشرة وتتجمع الأعراض لهؤلاء الأطفال في ثلاث ملامح رئيسية وهي قصور التفاعل الإجتماعي، وقصور في التواصل اللفظي والغير اللفظي والسلوك النمطي التكراري،(حسام الدين جابر، 2017: 410) وبالرغم من وجود محكات دقيقة لتشخيص إضطراب التوحد وتحديد السمات أو العلامات المميزة للنمو المبكر لهؤلاء الأطفال، فإن صعوبة الوصول إلى تشخيص دقيق لحالة التوحد مازالت موجودة بالفعل والسبب الرئيسي في ذلك هو التشابه بين أعراض التوحد وأعراض إعاقات أخرى عديدة منها: التخلف العقلي، الذهان، زملة أعراض أسبرجر ريت، الإعاقة السمعية، إعاقات التخاطب، الشدود الكروموزومي وللوصول إلى تشخيص دقيق لحالات التوحد يجب البحث عن ماهية هذه الإعاقات، وإيضاح الفروق الجوهرية التي تميزها بالإضطراب من غيره من الإعاقات، فيما يسمى بالتشخيص الفارق. (عوالي فاطمة، 2015: 65)

9-8 التشخيص الفردي :

إن التشخيص الفردي يجب أن يؤخذ في الإعتبار النقاط التالية: (إبراهيم محمود بدر، 2004: 54)

■ التشخيص العياني والنوعي للحالة حيث إقامة التشخيص الفارق تم تقييم شدة الإضطراب أو حجم الإعاقة.

■ التعرف على التدخلات العلاجية السابقة إن وجدت والفترة الزمنية التي

تفضل بين بداية الإضطراب وهذه التدخلات ومقدار التحسن الذي طرأ على

الحالة نتيجة هذه التدخلات في حالة حدوثها.

■ تحديد أنماط السلوك الشاذة لدى الطفل التوحدي والتي يمكن أن تعرقل عمليات التعلم والتأهيل.

■ التقييم الشامل والدقيق لجوانب النمو المتبقية لدى الطفل التوحدي من حيث المعامل الذكاء والقدرات اللغوية والإجتماعية والعقلية والحركية .

■ تقييم ظروف الحالة من الناحية البيئية والأسرية من حيث الإمكانيات المادية والبشرية المتاحة والتي يمكن أن تساعد فعلياً في زيادة نمو الطفل التوحدي .

10-8 مقياس تقدير التوحد في مرحلة الطفولة: (السيد عبد الحميد، 2003: 36)

من أهم الأدوات التشخيصية المتاحة مقياس تقدير التوحد في مرحلة الطفولة الذي وضعه سكوبلر ورفاقه عام 1988 والذي يعتبر من الأدوات سهلة الإستعمال، ويقيس هذا المقياس المفحوصين وفقاً لخمس عشرة مقياساً هي:

1. العلاقة مع الآخرين .

2. إستعمال الجسم.

3. التكيف مع التغيرات.

4. الإستجابة السمعية.

5. إستجابة الطعم والشم والتذوق .

6. الخوف والعصبية.

7. التواصل اللفظي .

8. مستوى النشاط والفعالية.

9. التقليد.

10. إستعمال الأشياء.

11. الإستجابة البصرية.

12. الإستجابة الإنفعالية .

13. الإنطباعات العامة .

14. تباث الإستجابة العقلية.

15. التواصل غير اللفظي .

ولكل نبد من البنود أربع درجات من (4. 1) بحيث يعطي المقياس درجة تتراوح بين

3 و 15 6 ويعطي المقياس درجات المختصرة التالية: إذا كانت درجة المفحوص أقل من 3

يعتبر غير مصاب بالتوحد، وإذا كانت درجته بين 18 فإنه يعاني من درجة متوسطة من

التوحد، أما إذا كانت درجته تزيد 37 فإنه يعاني من توحد شديد.

11-8 قائمة كلانس :

قام كلانس عام 1969 بوضع قائمة مكونة من 14 ظاهرة وأستنتج أن الطفل التوحدي لديه

7ظواهر على الأقل من الظواهر 14 وهي :

- صعوبة فائقة في الإختلاط مع الأطفال خلال اللعب .

- التصرف كالأصم .
- مقاومة شديدة التعلم.
- فقدان الشعور بالخوف من الأخطار المحدقة .
- مقاومة إعادة ترتيب الأشياء أو تغيير روتينها.
- الضحك والقهقهة بدون سبب. (إيمان عباس، 2016: 368)
- يفضل طلب إحتياجاته بالإشارة.
- فقدان المرح المعتاد لدى الأطفال الأسوياء.
- يتميز بالإندفاع الدائم وزيادة الحركة .
- لا يستجيب بالنظر إذا ما تم التحديق إليه.
- يتعلق بأشياء غير إعتيادية معينة.
- لا يعبر الإنتباه للأحد.
- يبرم الأشياء.
- التكرار القيام بأعمال معينة لفترة طويلة. (هالة وآخرون، 2012: 101)

12-8 الدليل الدولي التاسع:

ورد التوحد الطفولي لأول مرة في الدليل الدولي الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام 1978، وذلك شخص التوحد على أنه لزمة تبدأ بدرجات متفاوتة وتظر على نحو التالي:

✓ إستجابات الطفل التوحدي لإثارات السمعية والبصرية غير الطبيعية.

✓ صعوبة في فهم اللغة المنطوقة والتأخر في الكلام.

✓ التركيب النحوي غير الصحيح وتكرار الكلام.

✓ عدم القدرة على إستخدام الألفاظ في مكانها.

✓ صعوبة في ممارسة التواصل اللفظي وغير اللفظي.

✓ مشكلات التفاعل الإجتماعي تكون حادة قبل سن 5 سنوات وتشمل

إعاقة التواصل بالعين والإرتباطات الإجتماعية واللعب الجماعي.

✓ الإرتباط الغريب بالموضوعات مع الأسلوبية النمطية في اللعب .

✓ يتراوح الذكاء مع النقص الشديد إلى حدود السواء أو أكثر من

المتوسط .

(رضوان حازم إسماعيل، 2012: 30)

13-8 قائمة سلوك التوحد ABC :

بنياً من طرف كرج، أريك، الموند بإعداد هذه القائمة لتعرف على الأطفال التوحديين، وإتسمت هذه القائمة بالبساطة والدقة في التشخيص وإمكانية إستخدامها في تصنيف الأطفال ذوي الإعاقات الخاصة، كما أنها تتمتع بدرجة عالية من الصدق والنبات وقد

إستخدمها مورجان في مجال التعليم تحت إسم إستمارة فرز حالات التوحد في مجال التخطيط التعليمي لتعرف على خصائص بروفيل المجموعات العمرية المختلفة.(مصطفى نوري القمش،2011: 126)

وتكونت (ABC) من 57 سلوكاً موزعة على خمسة أبعاد سلوكية تتمثل في:

- ❖ تقييم التفاعل الإجتماعي مع الآخرين ورعاية الذات.
 - ❖ تقييم الإستجابات للمثيرات الحسية والصوتية والمرئية.
 - ❖ تقييم الإحتياجات التعليمية في المجال اللغوي .
 - ❖ تقييم القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.
 - ❖ تقدير القدرات العقلية والقابلية لتعلم وسرعة إكتساب الخبرات.
- (فكري لطيف،2015: 45)

14-8 مقياس الطب النفسي لتقييم الأطفال:

إستخدم هذا المقياس لتقدير السلوك غير الفردي ،وقد أستخدمه الملاحظون في دراسة عديدة لتشخيص حالات التوحد لأنه لايتطلب تفاعلاً لفظياً ،كما أستخدم في تجارب إكلينكية عديدة .

ويتكون هذا المقياس من 63عبارة تم ولاسيما 28عبارة الأولى على أساس ملاحظة سلوك الطفل ،14 عبارة الأولى منه مصممة لتلائم أطفال قبل المدرسة التوحديين، (براجل،2017: 109) وتشمل هذه العبارات على السمات التالية :

- قلة الحصول اللغوي .

- التملل أو العصبية.

- فرط الحركة.
- ضعف أو قلة النشاط.
- علاقات شادة بالأشياء والموضوعات.
- الإنسحاب .
- السلبية وعدم التعاون.
- الغضب وحدة المزاج.
- علاقة غير طبيعية مع الآخرين.
- عدم الثبات الإنفعالي.
- إنخفاض الصوت بدرجة غير مناسبة.
- إرتفاع الصوت في صورة صياح أو ضحك بدون سبب.
- شذود واضح.
- ممارسة سلوكيات نمطية شادة كالإهتزاز والدوران أو ضرب الرأس

بالحائط. (عادل عبد الله محمد، 2010: 66)

8-15 منظمة الصحة العالمية WHO (1994):

قدمه المنظمة الصحة العالمية دليل تشخيص يشتمل على مايلي:

أ. العجز في النمو واحدة على الأقل:

- اللغة المستخدمة في عملية التواصل .
- التفاعل الإجتماعي مع الآخرين.
- اللعب الرمزي والتخيلي والوظيفي.

ب. العجز في التفاعل الإجتماعي:

- الإخفاق في الإتصال بالعين، وإنعدام لغة الجسد.
- قلة الإستماع في مشاركة الآخرين.
- العجز في الإستجابات العاطفية تجاه الآخرين.
- الفشل في نمو العلاقات التي تتضمن مشاركة الإهتمامات والأنشطة والمشاعر مع الآخرين.

ت. العجو الوظيفي في الإتصال:

- تأخر الكلام.
- الشذوذ في نبرة الصوت.
- ضعف المبادأة في عملية التواصل.
- البغائية.

(أبو فتوح عمر، 2010: 70)

16-8 الطبيب النفسي و دوره في التشخيص:

إن المهمة الرئيسية للطبيب عموما هي التأكد من سلامة التشخيص فيجب على الطبيب معرفة التاريخ المرضي للطفل وسلوكه منذ البداية ومدى مطابقة نمط سلوكه مع توحيد الطفل المبكر ثم يمضى فى التحقق مما إذا كان الطفل مصابا بأى نوع من الإضطرابات التى شخصت خطأ على أنها اضطراب "التوحدية". والطبيب النفسى يكون هو المعالج الأساسى والرئيسى فى التشخيص لأنه يقوم بالاتصال بباقى فريق العمل وذلك بجمع كل البيانات والمعلومات المطلوبة للتشخيص بملاحظة الطفل وتقييم ذكاء الطفل وأيضا يطبق عليه الكثير من الإختبارات التى تفيد فى التشخيص. (لمياء عبد الحميد بيومي، 2008: 27)

9) الأساليب العلاج لذوي اضطراب التوحد:

1-9 العلاج الطبي أو الدوائي:

إن المنظومة الكمياوية العصبية التي تقف خلف السلوك الشاذ لقد أثبتت تنوع وتعدد في أهمية العلاج الدوائي مع الاضطراب التوحدي ومع أنه لايجود دواء واحد للتوحد يجب أن يتكامل هذا النوع من العلاج الطبي مع برنامج العلاج الشامل بحيث يساعد في تحسين قدرات المريض، (وليد خليفة، 2013؛ 49) ورغم كل الأساليب العلاج الموجودة فلا يوجد عقار طبي شافي تماما، ولكن قد يكون هناك عقار يخفف بشكل أو بآخر من أعراض التوحد، وقد ينجح مع بعض الحالات ومن بين هذه العقاقير استخدام هرمون السكرين و هو أحد هرمونات الهضم ، وكذلك فيتامين B6 ، فد يتكامل مع هرمون الهضم.

(فهد بن محمد ، 2015:37)

وكذلك هناك عقاقير تعمل على حفظ شدة النشاط الزائد ومن بينها:

✓ عقار الفينفلورامين: Fenfluramine

يعالج هذا العقار في تخفيف الإضطرابات الحركية و القلق الزائد ،وتقلب المزاج.

✓ عقار الليثيوم: Lithium

يساعد على ظهور إضطرابات دورية في السلوك و المزاج ، يساعد على تنظيم النوم وتقليل الأعراض الإنفعالية .

(هنا شحاتة، 2015:49)

✓ عقار الأنديرال: Inderal

يعالج هذا العقار على الأطفال التوحديين ذوي السلوك العدوانى المدمر .

✓ عقار كلومبيرامين: Clomipramine

هذا العقار لديه فعالية في تحسين العلاقات الإجتماعية و السلوك الإندفاعي .

✓ عقار سيكريتين: Secretin

يساعد في علاج الهرمون في هضم وإمتصاص الطعام و المواد التي تدخل الجسم.

(عصام محمد ردان ، 2005:40)

وإن أهداف التدخل العلاجي الطبي تقتصر على تخفيف الأعراض السلوكية و تعويض غياب المهارات الأساسية للحياة اليومية مثل التواصل و رعاية الذات ،يستدعي علاجا ذاتيا متوصلا لإستخدام العقاقير ، فلا بد من حرص على إستخدام هذه العقاقير إلا بوصفة طبية و إستشارة الطبيب و الإلتزام الدقيق مع التعليمات من حيث الجرعة مناسبة. (محمد أحمد الخطاب، 2009:94) وهناك أدوية مضادة للإكتئاب حيث يؤثر هذا النوع من الأدوية على ثلاث نواقل عصبية و هي السيروتونين و الدوبامين والنورونفرين ،حيث تحسن الأدوية عمل الخلايا العصبية التي تستقبل و تفرز هذه الكيماويات ولا سيما في الجهاز الصرفي. (زياد كمال الالا، 2012:424)

وهناك علاج بمواد المضاد عن طريق الفم ويتم هذا عن بإعطاء المادة التي تتكون ضدها الأجسام المضادة للغشاء الميليني للمخ عن طريق الفم (أي جزء من غشاء المخ مثل السفيجولين)، (جهان مصطفى ، 2015:99) و النتائج الأولية لهذا العلاج ومازلنا في إنتظار المزيد من الأبحاث في علاج هذا الإضطراب.

9-2 العلاج النفسي:

يستخدم هذا العلاج من طرف أصحاب النظرية التحليلية و الذين يعتبرون أن التوحد هو اضطراب إنفعالي عاطفي ناشئ عن رفض الوالدين لإقامة علاقة قوية مع الطفل و برودة المشاعر، (ربيع شكري، 2005:51) وعلاج النفسي للطفل يتم على مرحلتين وتتمثل في :

○ **مرحلة الأولى :** يتم تزويد الطفل التوحيدي بالدعم و التشجيع إلى حد كبير و العمل على تجنب الإحباط مع الفهم و الثبات الإنفعالي من قبل المعالج. (سلوى، 2015:40)

○ **مرحلة الثانية:** يقوم المعالج النفسي على تطوير المهارات الإجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل و إرجاع الإشباع و الإرضاء. (عبد اللطيف زمام، 2012:62،

9-3 العلاج التعليمي :

هو برنامج تعليمي خاص مبني على إعداده على كل إفتراض أن لكل طفل أوتيزم إحتياجاته التعليمية الخاصة و مستويات نمو متباينة لقدراته المختلفة أو بالأحرى أن له صورة أو صفحة بيانية خاصة تحدد مشكلاته و إحتياجاته العمر العقلي لمستويات نمو كل قدرة من قدراته بالنسبة لعمره الزمني، (فكري عبد اللطيف، 2015:105) وتعمل أيضا هذه البرامج التعليمية على تحسين إعداد الطفل و تدريبه و تنمية قدراته ومهارته في مجال التواصل اللغوي و غير اللغوي والنمو الإجتماعي و الإنفعالي و معالجة السلوكيات النمطية و الشادة و العدوانية و التدريب على رعاية الذات و التدريب النفس الحركي و المهني.

(أيمن أحمد، 2012:38)

9-4 العلاج السلوكي:

يركز العلاج السلوكي على تعديل السلوك للأطفال التوحديين باستخدام العديد من الأساليب كالتعزيز و التشكيل و التسلسل. (ربيع شكري، 2005:51)

ويتم وضع خطة سلوكية تتألف من 6 خطوات هي :

- تحديد السلوك المحوري .
- وضع طريقة لقياس تواتر السلوك.
- تحديد السوابق و اللواحق التي تؤثر على السلوك .
- وضع برنامج العلاج و خطة العلاجية. (تامر سهيل، 2015:150)
- تقييم السلوك على البيئة الطبيعية .
- بناء توقعات علاجية. (عبد اللطيف زمام ، 2012:50)

9-5 العلاج البيئي:

هو علاج طبي نفسي يقوم على أساس تعديل السلوك أو تناول ظروف حياة المريض أو البيئة المباشرة ، وهو علاج لمحاولة تنظيم الوسط الاجتماعي والفيزيقي الذي يعيش فيه المريض أو الذي يتعامل فيه على نحو يساعد في الوصول إلى الشفاء .(محمد أحمد خطاب، 2005:62)

وهذا العلاج له عدة علاجات ومن بينها :

9-5-1 العلاج بالتدريبات البدنية :

مؤسس هذه الطريقة هو Rinland وقد رأى أن الإثارة العضلية النشطة لعدة ساعات يومية يمكن أن تصلح الشبكة العصبية المعطلة و ظيفيا ويفترض أنصار هذه الأسلوب أن التدريب الجسماني العنيف له تأثير إيجابي على المشكلات السلوكية حيث أن نسبة 48% من (1286) فردا من أبناء الأطفال التوحد قد قرروا أن هناك تحسنا ناتج عن التمارين

الرياضية ،حيث لحظ الأباء نقص في أنه يحسن مدى إنتباه والمهارات الإجتماعية ،كما يقلل من سلوكيات إثارة الذات كما يري بعض الباحثين أن التمارين الرياضية في الهواء الطلق تؤدي إلى تناقص هام في إثارة الذات إلى زيادة أداء الأكاديمي.

(عادل جاسب شبيب، 2007:48)

9-5-2 العلاج بالحياة اليومية:

يكون على أساس برنامج علاجي ويتكون من خمسة مبادئ وهي:

أ. التعليم الموجه للمجموعة:

❖ حيث تم التعامل مع الأطفال التوحديين في فصل الدراسي واحد مع الأطفال العاديين

دون أن يمثل ذلك ضغطا عليهم.

❖ تعليم الأنشطة الروتينية من خلال جداول الأنشطة.

❖ تقليل مستويات النشاط غير الهادف و تعويضها بنشاطات رياضية التي تؤدي إلى

تقليل من مشاعر القلق و مشاعر العدوانية .

❖ ممارسة الهوايات في البيئة الإجتماعية أو التشجيع على الإختلاط والتفاعل الإجتماعي .

(وليد خليفة، 2010:219)

9-6 العلاج بالنظام الغذائي:

قدم Rimland أن وسائل بديلة لعلاج الأطفال التوحديين منها الغذاء وخاصة جرعة

(ب6) (B6)، حيث أشار الدراسات أن علاج هذا الأخير (ب6) ينج عنه تحسنات سلوكية

و تحسن في عملية الإدراك ومهارات الإتصال ،وفيتامين ج قد ينتج في تحسن من مرض

الإكتئاب و هوس الإكتئاب الذي يبدو مرتبطا جانبا بالتوحد .(زياد كمال الاالا ،2012:244)

كذلك عصير التمر يكون من حبات التمر كاملة وهو مصدر غذائي غني جدا. وعصير الفواكه المركزة :إستعماله. بدلا من السائل في الوصفات و التخلي عن السكر .وعصير الأرز الأسمر :بإستخراج الأنزيمات من الأرز ،وهو عصير مكثف أسمر حلو لا يتسبب في عدم توازن السكر في الدم .

(أسامة فاروق،2013:130)

9-7 العلاج بالتمدج الذاتية:

يعز النجاح في إستخدام التمدج مع الأطفال ذوي إضطراب التوحد إلى:
- التمدج بالفيديو يحتاج الطفل إلى مشاهدة مساحة مكانية صغيرة و الإستماع إلى أدنى كمية اللغة .

- تطلب التمدج بالفيديو لتعزيز التواصل و التفاعل الإجتماعي لتحسين التعلم.

(إبراهيم عبد الله الزريقات، 2017:360)

9-8 العلاج بالرسوم المتحركة :

تعتمد فكرة السلسلة الإلكترونية على أن الطفل التوحدي يميل إلى وسائل الإلكترونية ليتعلم بشكل ميكانيكي حيث يسهل لهم حركاتهم ، و أيضا تجعل الطفل التوحدي يبهر في مهارات اللغة من خلال تعلم كلمات على شكل رسوم. (سلوى،2015:40)

9-9 العلاج بالقرآن الكريم:

يشير محمود على محمد انه عندما كان يعمل في أحد مراكز المختصة في التربية الخاصة و كان يظهر على أطفال التوحد علامات الصرخ و النوم على الأرض وغيرها من الصفات فكان يحرص على قراءة القرآن معهم بعد إنتهاء البرنامج ،فيلاحظ صورة جميلة من هؤلاء الأطفال فأحدهم يداعب يده و يبتسم في وجهه. (طارق عامر،2013:53)

9-10 العلاج باللعب:

يعتبر من أنسب الطرق و الوسائل العلاجية المقدمة للحد من المشكلات والإضطرابات السلوكية التي يعاني منها الطفل التوحدي، وذلك لأجل إعداد لمستوى النضج أفضل وأنسب لبعض القدرات الخاصة به، واللعب هو الوسيط الطبيعي الذي يعبر به الطفل عن ذاته فهو أحد أساليب المهمة في تعليم الأطفال وتشخيص و علاج مشكلاتهم، حيث يساعد اللعب بشكل كبير على إكتساب الطفل التوحدي كفاءة إجتماعية ومعلومات شخصية، والتي من خلالها إستتمار قدراته الحركية للإعتماد على النفس و التركيز. (فوزية عبد الله، 2016:27) وأوضحت دراسة عزة عبد الفاتح (1990) كان الهدف منها التحقيق من تأثير اللعب على حل المشكلات لدى الأطفال التوحديين، حيث توصلت النتائج إلى أن اللعب هو طريقة المشاركة و الممارسة تؤثر إيجابيا في حل مشاكل الأطفال. (لمياء عبد الحميد بيومي، 2008:41)

وأورد نصر (2011) على أهمية اللعب و إستخدامه كوسيلة تعليمية تشخيصية وعلاجية للأطفال ذوي إضطراب التوحد، ركزت دراسته على أطفال ذوي التوحد أعمارهم ما بين 4سنوات و 5 سنوات و 14سنة و 5شهور إن أداء الأطفال في اللعب إرتباط ببعض الرمزيات اللغوية و ذلك من خلال أداءهم لبعض الرسوم و تكرر ذلك من خلال عدة جلسات علاجية باللعب.

(جمال خلق المقابلة، 2016:238)

9-11 العلاج بالموسيقى:

تستخدم الموسيقى في العديد من المواقف التعليمية المختلفة مع الأطفال التوحد و يستخدم أيضا في تعلم جوانب معرفية، تساعد أيضا الطفل التوحدي على بناء علاقات إجتماعية وتحسين مهاراته التواصلية، فبعض الأطفال التوحد لديهم القدرة على فهم و إدراك اللغة مع

أنهم لا يتكلمو أحيانا ويأتي دور العلاج بالموسيقى بهدف تعليمهم مرحلة الإنتقال أو التحول إلى الكلام ،علما بأنهم لا يواجهون في اللغة الموسيقى الصعوبات اللغوية التي تشكل حاجزا لديهم في الكلام .(فوزية،2016:326)

وأظهرت الدراسات أن الأطفال التوحد لا يتجاوبون بالعادة مع أي مخاطبة بمظهر إنفعالي ،إلا أنهم بالمقابل يظهرون إستجابات إنفعالية للموسيقى،وذلك لأن لغة الموسيقى قادرة أن تتعامل مع جميع مستويات الذكاء التي يمكن أن تكون موجودة لدى أطفال التوحد .(سوسن شاكر،2015:320)

وأشارت أيضا دراسة ثلبي (2008) التي هدفت إلى معرفت التأثيرات العملية العلاجية للموسيقى على أطفال التوحد ،فوجد أن الموسيقى تؤثر تأثيرا كبيرا على إنخفاض النشاط الزائد عند الأطفال و إنخفاض مستوى القلق و أنها أفضل بكثير من إستخدام الكلام ، و أنها تساعد الطفل على تذكر الأغاني ،كما أن هذا البرنامج يعد بسيط وسهلا في تدريب الطفل عليه وليس له أي تأثيرا جانبيا.

(عبد القادر شريف ،2014:324)

9-12 العلاج بالتدريب السمعي :

ينتقل الصوت عادة عبر القناة السمعية و يسبب إهتزاز غشاء طبلة الأذن ،مما يسبب إهتزاز العظام ،ينتقل الإهتزاز إلى السائل الموجود في الأذن الداخلية مسببا إهتزاز النهايات العصبية و ينتقل الإحساس إلى المخ عبر العصب السمعي ،وتعمل الأذن الخارجية و الوسطى ،دورناقل للصوت و مقوى له ،أما الأذن الداخلية فيتحول فيها الصوت من طاقة ميكانيكية إلى طاقة كهربائية تنقل بالعصب السمعي للمخ .(تامر سهل ،2015:106)

9-13 العلاج بالتواصل الميسر أو نظام التواصل عن طريق تبادل الصور:

هو العملية التي يعمل من خلالها الأشخاص الذين يعانون من التوحد مع الميسر ،لتوصيل الأفكار الميسر يمسك ذراع الطالب بدقة بينما هو يطبع أنواع من الحمل على لوحة الإتصالات ،على الرغم من أن دور الميسر هو ببساطة لتحقيق الإستمرار ذراع الشخص في الكتابة (إبراهيم عبد الزريقات ،2017:450)،وأیضا يستخدم للأطفال الذين لديهم إستخدام قليل وغير وظيفي لمهارات التواصل ، ويمكن أن يقوم به كل من الأخصائي و أفراد الأسرة ،ويتم تطبيق عليهم 6خطوات وهي:

➤ التقبل بالعفوية: وهو أن يتوجه الطفل يتلقائية إلى معلمه و يعطيه صورة الشيء الذي يحبه .

➤ تمييز الصور : يتعلم الطفل تمييز صورة شيء الذي يحبه من بين عدة صور وإعطائه لمعلمه .

➤ التبادل الجسدي: تهدف فهذه للمرحلة في إعطاء الطفل صورة الشيء و الذي يحبه لمعلمه .(ريما فاضل ،2015:48)

➤ بناء الجملة : يقوم الطفل بإعطاء معلمه صورة الشيء الذي يريده وضعه على شريطة ومسبوقه بكلمة "أنا أريد".

➤ الإستجابة إلى ما تريد : هنا يسأل المعلم ماذا تريد وعلى الطفل أن يعطيه شريط الجمل بناء على سؤال المعلم .

➤ التعليق الإستجابي والتلقائي :يجيب الطفل على أسئلة المعلم من نوع "ماذا تفعل، ماذا

ترى ، ماذا تسمع. (بدر الفاروق،2005:61)

هذا ما أكدته دراسة فروست وبوندي 1994 Ferost vs Boundie هدفت دراسة مقياس مدى فاعلية نظام التواصل بتبادل الصور على مهارات التواصل عند عينة مكونة من 66 طفلا توحديا، وأظهرت النتائج 95% من أفراد العينة تمكنوا من إستخدام صورتين من نظام تبادل الصور بعد شهر واحد من التدريب.

(وليد السيد خليفة، 2010:219)

14-9 العلاج بالتكامل السمعي:

يقوم العلاج التكامل السمعي على تحسين قدرة هؤلاء الأطفال عن طريق فحص السمع أولا تم يتم وضع إستخدام سماعات أذن مناسبة لهم حيث يستمعون لموسيقى ،بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادتها في حالة نقص (هناك شحاتة، 2015:49) ،ويستخدم هذا العلاج مرتين يوميا لمدة أسبوعين مدة الجلسة 30 دقيقة يستمع فيها الطفل إلى الموسيقى ديناميكية من خلال جهاز توازن الترددات المنخفضة جدا و العالية جدا (15-18) هزات.

(طارق عامر، 2008:127)

15-9 العلاج بالتكامل الحسي :

يقوم هذا نوع من العلاج على تحليل هذه الاحاسيس ومن تم العمل على توازنها ،بهدف تنمية الإدراك الجسدية عن طريق تقديم تجارب حسية حتى يتمكن الطفل ذوي إضطراب التوحد من التكيف مع الظروف البيئية ،ويتم عن طريق التنظيم والترتيب بين الأنظمة الإستقبالية الذاتية و اللمس للطفل ،ويقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس مثل (حواس الشم، السمع ،البصر، اللمس ،التوازن ،التذوق). (عصام محمد زيدان ، 2005:40) وأكدت وفاء الشامي ،إن العلاج بالتكامل الحسي بهدف إلى التحقيق من هذه التوتر والقلق وضغط المهارات التركيز و عدم القدرة على المعالجة الصحيحة للمعلومات الحسية

من خلال إستخدام نشاطات من المفترض أنها تؤثر على النظام العصبي ومن تم تؤدي إلى التقليل من الصعوبات التي يترتب عليها ضعف المعالجة الحسية .(وليدمحمد على محمد،2015:61)

9-16-16 العلاج عن طريق الأسرة:

9-16-1- التدريب على إستخدام الحمام:

هناك أطفال توحديين يتقنون إستخدام الحمام في نفس العمر الذي يتقن الطفل العادي ،بينما هناك أطفال توحديون يقضون وقتا أطول في هذا المجال مما يشكل مضايقة وإزعاجا لذويه ،وفي هذه الحالة يمكن للوالدين إستعمال نفس طريقة تعليم الطفل الطبيعي مع طفلهم التوحدي مصحوبة بمزيد من الصبر و المثابرة والإبتعاد عن إثارة المشاكل مع الطفل من الصبر والمثابرة و الإبتعاد عن إثارة المشاكل مع الطفل. (فهد بن محمد حماد،2015:42)

9-16-2 العناية بالذات:

على الوالدين تعليم الطفل كيفية إستعمال المعلقة في الأكل غسل اليدين ،تنظيف أسنانه ،إرتداء ملابسه ،تمشيط شعره و جميع الإحتياجات الأساسية الأخرى الخاصة بالنظافة والعناية اليومية. (سوسن شاكر،2015:41)

9-16-3 الرعاية الأسرية :

■ قيام الوالدين ببعض المحاولات لإحتضان الطفل و حمله والتجول والحديث معه

عندما يلاحظ أن الطفل لا يستجيب .

■ دمج الطفل التوحدي في المجتمع و مساعدته على التأقلم مع أسرته.

■ جذب إنتباه الطفل التوحدي من خلال ملاغاته والغناء معه .

▪ يجب على الوالدين التجاهل بقدر الإمكان السلوك السيء للطفل و عدم معاقبته وذلك

لان مكافأة السلوك الجيد بدلا من المعاقبة على السلوك السيء يؤدي إلى تحسن .

(فوزية،2016:327)

9-17 البرامج العلاجية :

9-17-1 البرامج التربوية:

تكون هذه البرامج التربوية لمعالجة الشخص التوحدي و اختلفت هذه البرامج في أساسها النظرية حسب عمر الشخص التوحدي ،عدد ساعات التدريس الأسبوعية ،مدة البرنامج ،معامل الذكاء ،لكنها اُشتركت جميعها في التغييرات الإيجابية التي أحدثها في الأفراد التوحديين المشاركين فيها والتي تمثلت في زيادة درجات الذكاء ،وزيادة السلوك الإجتماعي المقبول ،التقليل من أعراض التوحد .

(إيمان عباس الحفاف ،2016:320)

وأیضا تباينت حالات التوحد في درجاتها أو شدتها أو نوعها ،وعلى ذلك فمن المناسب

تصميم البرامج التربوية لحالات التوحد حسب درجة أو نوع كل منها ،ومع ذلك فهناك

بعض الإعتبارات التربوية التي تؤخذ بعین الإعتبار عند تصميم البرامج التربوية أو البيئية

الصفية لحالات التوحد كما يشير إليها هلهان و كوفمان وهي:

- التركيز على المهارات التواصلية و الإجتماعية عند تصميم أي برنامج تربوي لحالات التوحد .

- التركيز على العمل التعاوني بين الأخصائيين ذوي العلاقة وفي تقديم البرامج والخدمات

الطبية والتربوية لحالات التوحد .

- الإهتمام بإعداد المعلم المؤهل للعمل على حالات التوحد ،وخاصة ممن لديهم خبرة في التعامل مع حالات التوحد .(فاروق الروسان، 2010:217)

9-17-2 برنامج أو طريقة تيتيش:

تمتاز بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك ،بل تقدم تأهيلاً متكاملًا للطفل ،كما أنها تمتاز بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب إحتياجات كل طفل ،حيث لايتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد(5-7) أطفال مقابل مدرسة و مساعدة مدرسة ،ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلي إحتياجات هذا الطفل. (طارق عامر،2013:50)

9-17-3 برنامج ويلدن Walen:

يقوم هذا البرنامج على خدمة الأطفال المصابين بالتوحد من خلال دمجهم مع الأسوياء ويركز محتوى البرنامج على تطوير المجالات التالية للمتوحدين :تنمية التفاعل الإجتماعي مع الأقران ، أخذ الأدوار و تنمية مهارات اللعب ،إحتمال اللمس و الإتصال بالعين ،وأشارت نتائج دراسة فتحي إلى أن قاموا بتطبيق برنامج على أطفال التوحد فقد نجح البرنامج في دمج الأطفال في المدرسة العادية و أصبح هناك تقدم في التفاعل الإجتماعي وتكوين الأصدقاء و التحدث معهم.

(مجدي فتحي غزال ،2007:26)

9-17-4 برنامج فالستن وردFast Foud Word:

هو برنامج إلكتروني يعمل بالكمبيوتر ،ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد ،وقد تم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التي قامت بها

عالمة اللغة بولا طلال ،حيث قامت بتصميم البرنامج سنة 1996.

تقوم فكرة البرنامج على وضع سماعات على أذى الطفل ،وبينما هو يجلس أمام شاشة الكمبيوتر ويلعب ويستمتع للأصوات الصادرة من هذا اللعب ،ويركز هذا البرنامج على جانب واحد ، هو اللغة و بالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس على الكمبيوتر دون وجود عوائق سلوكية.

(سنة محمد سليمان ،60:3014)

9-17-5 برنامج إفار لوفاس Lvar LOvaas:

هو برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحد لدكتور إفار لوفاس وقد يبني هذا البرنامج و فق النظرية تعديل السلوك ،ويعتبر أول من طبق تقنيات تعديل السلوك في تعليم الأشخاص التوحديين .(إيمان عباس،2016:30)

يتم دمج الطفل و تدريبه في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود 40 ساعة أسبوعيا أي بمعدل 8 ساعات يوميا ،حيث يبدأ الطفل في بداية الإلتحاق بممارسة أنشطة 20 ساعة وتزداد تدريجيا خلال الشهور القادمة حتى تصل إلى 40 ساعة أسبوعيا. (عبد العزيز سليم ،2011:53)

9-17-6 برنامج إيدن Eder:

يعتمد هذا البرنامج على تحقيق التكامل بين تنمية المجموعة الأساسية من المهارات الحياتية و الأكاديمية مع تنمية التفاعل و العلاقات الإجتماعية و الأكاديمية مع تنمية التفاعلات و العلاقات الإجتماعية كأساس الأنشطة التعليمية في تعاون و تكاتف الأسرة الطفل ،وقد بدأ إستخدام هذه البرنامج عام 1975 في أمريكا لتكرس خدماتها لأطفال التوحد و أسرهم، ويستهدف هذا البرنامج تدريب الطفل و دعم نمو قدراته الجسمية و التعليمية إلى

أقصى حد ممكن يحقق أكبر قدر من الإستقلال و الإعتماد على النفس في حياته وفي المجتمع و الإستماع بحقوقه كمواطن .(تامر سهل ، 2015:50)

9-17-7 برنامج ليب:

بدأ برنامج ليب عام 1981 لتقديم خدمات للأطفال الصغار التوحديين والأطفال العاديين من أعمار 3-5 سنوات ضمن برنامج شامل لمرحلة ما قبل المدرسة ، وهو برنامج شامل لمرحلة ما قبل المدرسة ، و برنامج للتدريب على المهارات السلوكية للآباء بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى.

(عادل شيب،2007:48)

يعتبر برنامج ليب واحد من البرامج التي تجمع الأطفال التوحديين مع الأطفال العاديين ، ويمتاز البرنامج لرفاق في التدريب على المهارات الإجتماعية ،ويحتوي البرنامج على 3 عناصر أساسية هي :

رياض الأطفال : حيث يدمج الأطفال الذين يعانون من الإضطرابات النمائية الشاملة مع الأطفال العاديين لمدة 3 ساعات يوميا لمدة 5 أيام أسبوعيا على مدار السنة كاملة .
تعديل السلوك:يلتقي أفراد الأسرة تدريبا مكثفا على تقنيات تعديل السلوك و كيفية تدريب الطفل على إكتساب مهارات جديدة و تعميمها.

نشر الوعي و برامج التدريبية خارجية يقدم مركز ليب برنامج تدريبية للمهتمين تشمل موضوعاتها التقويم و خطط التربية الفردية ، وإدارة السلوك وطرق تعليم المهارات الإجتماعية .(سلوى،2015:50)

(10) نصائح للآباء ومعلمي في تعامل مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

- حاول تجنب استخدام كلمات كثيرة وأوامر أو تعليمات طويلة حيث يواجه الأشخاص المصابين بالتوحد مشكلات في تذكر تسلسل الكلمات .
- لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد موهبة في الرسم والفن أو الكمبيوتر حاول تشجيع هذه المواهب وتطويرها.
- يركز الأطفال المصابين بالتوحد على شيء ما يرفضون التخلي عنه، كالعب القطارات أو الخرائط، وأفضل طريقة للتعامل مع ذلك هي إستغلال ذلك من أجل الدراسة.
- استخدام طرق مرئية واضحة لتعليم مفهوم الأرقام.
- يواجه كثير من الأطفال المصابين بالتوحد صعوبات في الكتابة بسبب صعوبات في التحكم بحركة اليد، التغلب على شعور الطفل بالإحباط بسبب سوء خطه، تشجعه على الإستمتاع بالكتابة وإستخدام الكمبيوتر في الطباعة إذا أمكن ذلك.
- أسباب الأضواء العاطفية بعض الإزعاج الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ولتجنب هذه المشكلة ضع طاولة الطفل قرب المحافظة، أو تجنب استخدام الأضواء العاكسة.
- بعض الأطفال لديهم حساسية ضد الأصوات المرتفعة ولذلك يجب حمايتهم من تلك

الأصوات، كصوت الجرس المدرسة مثلا، أو صوت تحريك الكرسي بحكها في الأرضية.

- في حالة إستخدام الحاسوب في التعليم، حاول وضع لوحة المفاتيح في أقرب مكان في الشاشة، بحيث أن بعضهم قد لا يدرك أن عليه أن ينظر إلى الشاشة بعد الضغط على أحد المفاتيح.

(نور البطانية، 2002 : 20)

خلاصة :

من خلال السرد النظري لكل مايتعلق بالإضطراب التوحد، نجد أن لهذه الفئة إضطرابات مصاحبة وتؤثر سلباً على مظاهره ،فتؤثر فيه ويتأثر بها وبالتالي يؤثر على مجتمعه.

وبالرغم من عدم وجود علاج يشفي التوحد بسرعة إلا أنه توجد سبلا كثيرة من بينها برامج تدريبية للوصول إلى علاجه، وتهدف إلى مساعدة الطفل على التعايش مع التوحد ومجتمعه.

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية

- العينة.
- المدة الزمنية
- المنهج المستعمل..

الدراسة الإستطلاعية :

- العينة : أطفال التوحديين

- المدة الزمنية: 2019- 2020.

- المنهج المستعمل: إستخدمنا في هذه دراستنا المنهج وصفي التحليلي

إعتمدنا على دراسات السابقة كنتاج لبحوث حول موضوع واقع التكفل النفسي وربطناه

بحثنا حيث إعتمدنا على الوصف والتحليل ومناقشة النتائج

الفصل الخامس

"عرض وتحليل ومناقشة فرضيات الدراسة"

تمهيد

- عرض وتحليل ومناقشة الفرضيات الأولى.
- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثانية.
- عرض وتحليل و مناقشة الفرضية الثالثة.
- خاتمة .
- مقترحات وتوصيات.
-
- قائمة المراجع.

تمهيد:

لتعذر الإتصال بالميدان قمنا بتحويل العمل وجعله تطبيقي، لذا سنقوم في هذا الفصل بسبر مسحي على مجموعة من الدراسات السابقة، بإستخلاص أوجه التشابه في النتائج تلك الدراسات لتحليل ومناقشة فرضيات الدراسة .

1. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الأولى:

الفرضية الأولى: توجد صعوبات وإختلاف في عملية التشخيص لطفل المتوحد. لقد إتفقت فرضية الدراسة مع النتائج التي توصل إليها الباحث "سبونهم" (sponheim) (1996)، الذي تناول موضوع المقارنة بين المعايير الكشف عن التوحد في كل من الدليل الإحصائي والتشخيص للإضطرابات العقلية للطبعة الرابعة (DSM IV) ، والدليل العاشر للأمراض العقلية صادر عن منظمة الصحة العالمية (ICD 10)، مع الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضطرابات العقلية للطبعة الثالثة (DSM IV)، ومقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)، وقائمة السلوك التوحدي (ABC)، أظهرت النتائج أن 5 مجموعات من أصل 10 مجموعات لديها إضطرابات نمائية شاملة (PDD) ، إضافة لظهور فروق دالة بنفس مجموعة ، كذلك فروق دات دلالة بين مجموعات إضطرابات نمائية الشاملة (PDD) والمجموعة التي تعاني من (NO PDD) من خلال التي تم الحصول عليها، قدرة (ICD 10) في تصنيف التوحد أدنى من قدرة (DSM IV) لكنها أكثر من (DSM IV) لكنها أكثر دقة في تمييز الأطفال التوحديين من إضطرابات الطفولة التفككي ومتلازمة إسبرجر والتوحد النمطي وتبني أن إضطراب ريت يمكن إعتبارها إضطراب عصب وأن أفضل المعايير في تصنيف التوحد هي (ICD 10-DSM IV) ، (عادل عبد الله، 2010: 100). وتوصل الباحث "حسني إحسان حلواني" (1996) في دراسته حول المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال

ذوي التوحد أشارت نتائجها أن الأطفال التوحديين هم أكثر الأطفال في المجموعات الثلاثة إنخفاضاً في مهاراتهم الاجتماعية بالإضافة إلى أن قدراتهم اللفظية تعد منخفضة (طراد، 2013: 26). كما أكدت دراسة "كلين وكينيت وفولكمار" (KLIN CLICHET) (COLKMAN) (2000)، التحقق من مدى فعالية الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية الطبعة الرابعة (DSM IV) في تحديد خصائص التوحد وقدرتها في تمييز التوحد عن الإضطرابات والإعاقات أخرى بإختلاف البيئات وصلت النتائج أن (DSM IV) قدرة على تحديد خصائص التوحد وتشخيصه أفضل المقاييس والإختبارات التي إعتمدت التشخيص السريري وتبين من الدراسة أن (DSM IV) له قدرة عالية في التمييز بين التوحد والإضطرابات والإعاقات الأخرى كما أن معاييرها لا تتأثر بإختلاف الأعراق والثقافات والبيئات. (محمود عبد، 2018: 352). كما أن دراسة إيفرو وآخرون (EAVESR GROVOSE ET AL) (2006)، دراسة الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الإضطراب النمائي الشاملة ومقياس جيليام لتقدير التوحد، أشارت نتائجها أن معامل ثبات مقياس تجاوز 0.90، ومعامل الصدق البنائي إلى أن المقياسين يقاس الأبعاد نفسها كما بلغ معامل الارتباط بين المقياس 0.84، وبذلك فالمقياسان فاعلان في تشخيص إضطراب التوحد، ويمكن من خلال التمييز بين الأطفال ذو إضطراب التوحد والأطفال العاديين بشكل ذي دلالة إحصائية. (هبا شعبان، 2018: 19)، في حين توصلت الباحثة "الرواشدة" (2012)، في دراستها بناء برنامج تدريبي قائم على منهج كلاس ومقياس أثره في تحسين مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في الكويت، وكانت نتائج الدراسة تدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال في مقياس مهارات التواصل للمجموعة التجريبية تعزى لصالح البرنامج التدريبي، كذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات العينة التجريبية لمقياس مهارات التواصل تعزى لصالح عمر الطفل في القياس البعدي كذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الدرجات

للأطفال في المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي في مقياس مهارات التواصل. (روان عيدروس، 2016: 61)

وعليه يمكننا التفسير هذا التشابه والتقارب الكبير بين نتائج الدراسة أن المعايير التشخيصية إتسمت بالبساطة والدقة في التشخيص والقدرة العالية في التمييز بين التوحد وإضطرابات الأخرى، كما تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات وتعتبر محكات الجمعية من أفضل المحكات التشخيص قبولاً في الأوساط العيادية والتربوية، كما أظهرت الدراسات العلاقة الإرتباطية الإيجابية والظاهرة في الدلالات الإحصائية عن أثر البرامج التدريبية في تنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال ذوي التوحد، حيث أثبتت هذه البرامج فاعليتها في تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي وكذلك وجود علاقة إيجابية في فاعلية البرامج القائمة على مهارة الإنتباه والفهم والتركيز في تطوير المهارات اللفظية على وجه الخصوص للأطفال ذوي إضطراب التوحد.

2. عرض وتحليل الفرضية الثانية :

الفرضية الثانية: تنص الفرضية هناك نقص في عملية التكفل النفسي البيداغوجي بطفل المتوحد.

لقد إتفقت فرضية الدراسة مع النتائج التي توصلت إليها دراسة "أجليري وبيليري وآخرون"، (ogle tree billp) (1997)، المعالجة اللغوية المبتكرة لطفل المتوحد توصلو إلى نتيجة مرضية مع هؤلاء الأطفال إرتفاع في دلالة الألفاظ وتراء في الرصيد اللغوي وإقبال ملحوظ على إستعمال إشارات وإيماءات وتبادل النظر والتجاوب مع طرف آخر. (نجار خليفة، 2018: 26)، كما توصلت دراسة "المغلوت" (2000)، الكشف عن واقع الخدمة المقدمة للأطفال التوحديين في المراكز والمشكلات التي تعاني منها هذه الفئة وإحتياجاتهم بالإضافة لمعرفة طبيعة الخدمات المقدمة لهم ومدى إشباعها، كما أشارت النتائج إلى أن المراكز المختصة تقبل الأطفال مابين (2-8) سنوات وأن تعداد الإناث دون

سن 3 أكثر من الذكور في هذه المراكز وفيما يتعلق بنوعية الخدمات المقدمة للطفل التوحدي بالرغم من التداخل فيما بينها أشار المعلمين بتوفيرها، وأشار الأولياء الأمور إلى أن الكثير من الخدمات غير متوفرة علمياً رغم إدعاء وإصرار العاملين في المراكز على وجودها ومعلوم أن أكثر الخدمات تقديمها هي خدمات تعديل السلوك. (بطانية، 2001: 144)، كما أكدت دراسة "أمال بوتلجي" (2015) بحث قامت به أستاذة التعليم العالي بالجزائر العاصمة كمداخلة في يوم تحسيبي دراسي عن التوحد حيث تهدف الدراسة إلى التعرف على واقع التكفل بالطفل التوحد من الناحية التشخيصية في المراكز المتواجدة في الجزائر العاصمة بالتحديد في بومرداس من خلال طرح إستبيان على الأخصائين القائمين بالتكفل بفئة التوحد، ووصلت الباحثة إلى وجود نقص كبير في مجال التوحد ولا بد من تدعيم تقنيات التكفل بهم. (سلوى عبد الله الحاج، 2016: 25)

يمكننا إرجاع التفسير هذا التشابه والتقارب الكبير بين نتائج الدراسة من حيث قصور في تقديم هذه الخدمات، وأنها غير متوفرة علمياً رغم إدعاء وإصرار العاملين في هذه المؤسسات كما وجد نقص كبير بالتكفل بالأطفال التوحد وهذا راجع إلى نقص إمكانيات والوسائل البيداغوجية النفسية الطبية التي تجعل طفل التوحد مؤهل ومكيف مع محيطه وكذلك يمكن سبب راجع إلى المختصين والمربين غير مؤهلين بالإختصاصهم، وهذا يلعب دور كبير في تحسين وتخفيف إضطراب الطفل إنفعاليا وسلوكياً وإجتماعياً لهذا عندما يجد الطفل نقص من أحد هذا الإثنين يبقى التكفل به يتراجع ويزداد شدة إضطرابه.

3. عرض وتحليل ومناقشة فرضية الثالثة:

فرضية الثالثة: تنص على هناك طرق متعددة منها اللعب ماهو أكثر فعالية من الآخر في التكفل بطفل المتوحد.

قد إنفتحت فرضية الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة "دانييلي"(danielle)(1995) تناولت الراسة تقديم مجموعة من الألعاب الدرامية لتنمية مهارات الإتصال اللغوي لدى الأطفال ذوي إضطراب التوحد توصلت نتيجة تغيرات إيجابية في اللعب واللغة ومهارات الإجتماعية (رشيد حميد،2019: 86)بالإضافة إلى دراسة "نصر" (2001) بمصر حيث هدفت الدراسة إلى وضع مقياس تقدير مهارات الإتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين وإعداد برنامج علاجي لتنمية الإتصال اللغوي فقد تشير نتائج هذه الدراسة وجدت فروق دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج قبل وبعد ذلك على تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى عينة الدراسة ووجود فروق دالة إحصائياً في مهارات كل طفل قبل وبعد تطبيق البرنامج وقد إحتلت مهارة التقليد ومهارة التعرف والفهم والإنتباه المركز الأول في تنمية مهارات الإتصال اللغوي لدى عينة الدراسة. (عثماني حفصة،2018: 7) أما دراسة "صادق الخميسي" (2004)، تناولت إلى التعرف على فاعلية برنامج أنشطة اللعب الجماعية المستخدم في تنمية التواصل لدى الأطفال الوحديين، وتوصلت الدراسة إلى أن أنشطة اللعب الجماعية قد أدت إلى تنمية تواصل لدى الأطفال التوحديين. (لبنى محجوب،2014: 61) . وأما دراسة سارة يحي إبراهيم عزب (2011)، أستهدفت الدراسة تصميم برنامج مع تعبير الحركي مقترح بإستخدام الدمج بين الأطفال ذوي الإعاقة التوحد والأطفال غير المعاقين ومدى تأثيره في بعض المهارات الحركية (المشي، الجري، الوتب،الإرتداء،المرجحة،المد المتكوراً) أيضاً التفاعل الإجتماعي (الإقبال الإجتماعي، الإهتمام الإجتماعي،التواصل الإجتماعي) ، ،وقد توصلت النتائج إلى أن اللعب والألعاب الشعبية لهم تأثير إيجابي في إكتساب المهارات الحركية وتحسين مستوى التفاعل الإجتماعي ، وأن الدمج له تأثير إيجابي

في التفاعل الإجتماعي أكثر من تأثيره في إكتساب المهارات الحركية كما تفوقت المجموعة التجريبية على المجموعة التجريبية غير المدمجة في المهارات الحركية .(سلوى بارشيد،2018: 384)

يمكننا تفسير هذا التشابه في نتائج الدراسات السابقة كانت نتائجهم متقاربة ومتشابهة حيث طرق وأساليب العلاجات المختلفة التي كان لها أثر إيجابي للأطفال في تنمية مهارة التقليد والفهم والانتباه ومهارة الإتصال اللغوي وحتى الأنشطة للعب الجماعي والألعاب الشعبية لهم تأثير إيجابي في إكتساب المهارات الحركية وتحسين مستوى التفاعل الإجتماعي والتكيف معهم ،كما وجد أن اللعب يساعد الطفل التوحدي كما أنه يؤثر تأثيرا كبيرا على إنخفاض النشاط الزائد عند الأطفال و إنخفاض مستوى القلق و أنها أفضل بكثير من إستخدام الكلام ، كما أنه يعتبر من أنسب الطرق و الوسائل العلاجية المقدمة للحد من المشكلات والإضطرابات السلوكية التي يعاني منها الطفل التوحدي ،وذلك لأجل إعداد لمستوى النضج أفضل وأنسب لبعض القدرات الخاصة به، واللعب هو الوسيط الطبيعي الذي يعبر به الطفل عن ذاته فهو أحد أساليب المهمة في تعليم الأطفال وتشخيص و علاج مشكلاتهم ،حيث يساعد اللعب بشكل كبير على إكتساب الطفل التوحدي كفاءة إجتماعية ومعلومات شخصية.

4. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الرابعة:

الفرضية الرابعة : تنص على إختلاف مساهمات الأولياء في التكفل بطفلهم المتوحد فمنهما ماهو سلبي وماهو فعال إيجابي.

قد إنفقت فرضية دراسة الحالية مع ماتوصلت إليه دراسة "هونز وستون"(1984)،العلاج الجمعي بالفن مع أمهات أطفال التوحديين أشارت من خلالها التوصل إلى إكساب الأمهات طرق التأقلم مع أطفالهن المتوحديين.(طارق عامر،2008: 55)،كذلك الدراسة التي قام بها (field et hoffman)(1999)،عن مدى أهمية دور الأسرة في تطوير تحقيق الذات

للمراهقين التوحديين عن إختياراتهم المستقبلية ،حيث أشارت نتائج الدراسة فاعلية دور الأسرة في التأثير على المراهقين التوحديين ،نقص كبير في السلوك الإنسحابي لهؤلاء المراهقين .(ميادة أحمد عثمان ،2007: 65)،كما تناولت دراسة (buhagian nathalie 1999)، تناولت دراسة أفضل الطرق لعلاج الإضطراب التوحدي والمشاكل التي يتعرض لها المعالجون، وماهو رأي المعالجين في طرق وأساليب العلاج المختلفة مع الأطفال التوحديين ، وقد أوضحت النتائج أن أربع طرق حققت نتائج إيجابية دالة وهي :العلاج باللعب ،العلاج بالعمل ،العلاج الأسري، العلاج بالتكامل الحسي كما إتضح أن إشترك الآباء العلاجي لأطفالهم كان له أثر إيجابي فعال كما أن تقييم الطفل لا بد أن يكون داخل المنزل والمدرسة ونستخلص من الدراسات السابقة مدى فعالية العلاج باللعب مع الأطفال التوحديين لكونهما تتناسب مع طبيعة وميول هؤلاء الأطفال مع تأكيد أهمية إشترك الوالدين في اللب مع أطفالهم. (حسنية محمدي،2016: 11).ومن خلال دراسة "جري" (Gray)(2006) ،الطولية التي أجريت على الآباء وكيفية تأقلمهم مع التوحد لفترة تقارب من زمن 10 سنوات وإرتكزت الدراسة الثقافات المختلفة في المجتمعات والعادات والتقاليد التي تحكم حياتهم، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الوسائل المستخدمة للتأقلم مع هذا المرض قد تغيرت من بداية هذه الدراسة وحتى نهايتها حيث تشير نتائج الدراسة أن فئة قليلة من الآباء يتأقلمون مع هذا المرض من خلال الإعتماد على مقدمي الخدمات كالأطباء أو الدعم الأسري ،أو الإنعزال الإجتماعي، أو من خلال تصرفات الفردية ، أما الفئة الأكبر من العائلات كانت تواجه التوحد من خلال إعتقاداتهم الدينية والإيمان بها أو غيرها من الأساليب التي تعتمد على عواطف .(شناني توفيق ،2018: 10).بالإضافة إلى دراسة "عادل شبيب" (2008) ،التي تهدف إلى التعرف على خصائص المتوحدين من الآباء لتسهيل عملية التكفل بهم وتأهيلهم من طرف الأخصائيين النفسانيين والأرطوفونين والإجتماعيين بحت مقدم لنيل شهادة ماجستير في علم نفس عام، حيث توصلت في نهاية

دراسته إلى أن هناك آباء يخفون خصائص أبنائهم لذلك تصعب عملية تأهيلهم، وآباء وصفوا جميع خصائص أبنائهم كانت نتائج تأهيلهم جيدة. (إبتسام بوشلاغم، 2016: 8) ويمكننا إرجاع تشابه فرضية الدراسة الحالية ،كما إتضح أن إشتراك الآباء في البرنامج العلاجي لأطفالهم كما أعطى نتيجة إيجابية وفعالة من الناحية الإنفعالية والإجتماعية وتخفيف إضطرابات ومن حسن الحظ أن الكثير من الآباء والأمهات يتكيفون بطريقة إيجابية مع مشكلة طفلهم بعد أن يتضح لهم أن رفضهم لمشكلة طفلهم تعود لعدم قدرتهم على فهم واستيعاب الاضطراب الذي يعاني منه كما أن معظم الآباء والأمهات من التكيف مع واقعهم ويصبحون أكثر عقلانية في التعامل مع المشكلات التي تواجههم، ويكون تركيزهم منصّباً على تلمس أفضل السبل للوفاء بحاجات طفلهم بعد أن يكونوا قد تعرفوا على نقاط القوة والضعف عند طفلهم وكيفية التعامل معها بطريقة أفضل.

كما نجد أن دراسة جري (2006) ودراسة عادل شبيب (2008) كانت متشابهة من ناحية الآباء ،حيث فئة آباء الأطفال كانوا يخفون خصائص أبنائهم وعدم تأقلمهم مع أطفال ذوي إضطراب التوحد لذلك وجدوا صعوبة في علاجهم والتكفل بهم وتأهيلهم يعني أطفال ذوي إضطراب التوحد يزداد شدة إضطرابهم ويحدث مشكلات من جميع نواحي، أما الفئة الأخرى كان إيمانهم صادق وتجاوبوا مع أطفال وتقبلهم حالة أطفالهم حيث أعطى نتيجة فعالة وجيدة في تكفل بهم وتأهيلهم ودمجهم مع مجتمتع وعدم تحسيسهم بالنقص الذي لديهم ،ممکن نقول أن الوالدين يلعبون دور فعال في تكفل بالأبنائهم في تنمية سلوك، والإتصال ،والعلاج وغير ذلك للأطفال ،وكذلك المركز البيداغوجي والأخصائين والمربين يلعبون دور فعال وجد مهم في تحسين أطفال ذوي إضطراب التوحد من حيث الوسائل والمؤهلين ذو الخبرة وكيفية معاملة مع الأطفال لكي يكون التكفل ناجح وفعال .

أما في الأخير يمكن قول أن كل طفل يستطيع التقدم و التحسن إذا إستطعنا نحن الباحثين أصحاب التخصص والمعلمين والأهل، الإقتناع بقدراتهم المخفية والظاهرة

والتعامل معه وفق خطط واضحة ومدروسة مع تقديم الحب والتقدير والقبول لهذا الطفل التوحدي،بالإضافة تقديم برامج وخطط علاجية وسلوكية وتربوية ،لأن تعرض الطفل التوحدي لأي مشكل من مشكلات الشخصية أو السلوكية أو النمائية يعوق عملية نموهم .
ومن هنا يتطلب إتخاذ مجموعة من الإجراءات وبعض التقنيات لمواجهة التكفل وتوفير المختصين المؤهلين، الذين يمكن أن يساعدوا في علاج مشكلاتهم السلوكية وتزويدهم بالمهارات الضرورية للحياة .

الخاتمة الدراسة :

فمن من خلال الدراسات التي تقام في البحث عن قوة الطفل المتوحد وإكتشاف ما يميزه عن غيره يستطيع التغلب على هذا الإضطراب ،مرتكزين في ذلك على كل الوسائل والتقنيات الجديدة للتكفل وكذا البرامج الفعالة في تدريب هذه الفئة التي تمكننا من الحصول على أفضل النتائج،لننفع بها أطفالنا التوحيديون ونرقى بهم إلى أقرانهم العاديون، لأن الأطفال هم نصف الحاضر وكل المستقبل وهم أداة نموالمجتمع وتقدمه.

إقتراحات وتوصيات:

من خلال هذه الدراسة التي قمنا بها بمحتوها النظري وتحويل التطبيق إلى الدراسة النقدية، حول الموضوع، واقع التكفل النفسي لطفل المتوحد، حيث يمكننا في النهاية ومن خلال الدراسات السابقة نقدم بعض الإقتراحات والتوصيات:

بما أن هناك نقص في التكفل تدعيم مراكز التكفل بهم بأدوات وتقنيات خاصة، وأقسام مبرمجة للتكفل بهم، كذلك توظيف أدوات وإختبارات تعني بقياس وتشخيص إضطراب التوحد، وتكييف الأيام الدراسية التحسيسية حول إعاقة التوحد، ونشر التوعية عنه في المجتمع وضرورة التكوين في مجال التكفل النفسي بإجراء دورات تكوينية للأخصائين القائمين بالتكفل حول أساليب وطرق التكفل، وفتح مراكز ومؤسسات متخصصة للأطفال التوحديين مع ضرورة التخطيط لهذه المراكز ولتخفيف العبء على الوالدين.

وكذلك إيجاد برامج تأهيلية متخصصة بتأهيل وعلاج أطفال التوحد من برامج اللعب، برامج تدريب المهارات الإجتماعية والتواصل.

قائمة المراجع :

1. آية عز الدين أحمد جاد الله، (2018)، الشكل والملمس واللون كعناصر تفاعلية في التصميم الحرافيكي لتحسين منهاج تعليم أطفال التوحد في رياض الأطفال في الأردن، رسالة ماجستير ،منشورة، الأردن جامعة الشرق الأوسط.
2. أمل علي محمد علي، (2017) ،تنمية مهارات الأمان الشخصي للأطفال ذوي اضطراب التوحد، مجلة أوراق علمية العدد 7 جامعة الإسكندرية مصر .
3. أدا فير لامية،(2012) ،دراسة الفهم اللغة الشفهية لدى الطفل المصاب بالتوحد بعد إخضاعه لإعادة التربية الصوتية ،رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة الجزائر 2 الجزائر .
4. أحمد سيد سليمان،(2012) ،تعديل سلوك الأطفال التوحدين النظرية والتطبيق، دار الكتاب الجامعي للنشر والتوزيع دولة الإمارات العربية طبعة الأولى.
5. أسامة فاروق مصطفى السيد كامل الشربيني، (2011) ، سمات التوحد، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة عمان الأردن طبعة الأولى.
6. أسامة فاروق مصطفى سالم، (2014) ، اضطرابات التواصل بين النظرية والتطبيق طبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة عمان الأردن .
7. أشرف سعد نخلة،(2013) ،سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر الجامعي الإسكندرية مصر .
8. أشواق صبر ناصر، (2017) ، التوحد الشاد لدى أطفال التوحد الكتاب السنوي بمركز أبحاث الطفولة والأمومة ،جامعة بغداد المجلد 11 عدد 13 58.
9. أسامة محمد بطانية ، (2011) ، فاعلية خدمات التدخل المبكر للأطفال التوحديين

- ،مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية ،المجلد 8 عدد 2 جامعة الشارقة الإمارات .
10. أحمد أمين نصر سهى، (2002) ، الإتصال اللغوية للطفل التوحدي ،دار الفكر عمان الأردن .
11. أسامة فاروق مصطفى سالم، (2013)، علاج التوحد، دار المسيرة للنشر والتوزيع طبعة الأولى عمان الأردن .
12. أسامة فاروق مصطفى،(2011)، مدخل إلى الإضطرابات السلوكية والإنفعالية، طبعة الأولى دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة عمان الأردن .
13. أيمن أحمد السيد محمد،(2013)، الإساءة الوالدية تجاه أطفال التوحد ،المكتبة الجامعية الحديث للنشر والتوزيع طبعة الأولى مصر.
14. إيمان جمال سالم المصدر، (2015) ،فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تعديل السلوك الأطفال التوحد، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإسلامية من كلية التربية غزة فلسطين.
15. إحسان براجل، (2016)، علاقة مصدر الضبط بالإضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد ،رسالة دكتوراه منشورة، جامعة محمد خيضر بسكرة الجزائر.
16. إيمان عباس الجفاف،(2016) ، الملف التدريبي الشامل للطفل غير العادي، طبعة الأولى، دار المناهج لنشر والتوزيع عمان الأردن .

17. إبراهيم عبد الله الزريقات، (2017)، التكنولوجيا المساعدة في التربية الخاصة، طبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع عمان الأردن.
18. إبراهيم محمود بدر، (2004)، الطفل التوحدي، مكتبة الإنجلو المصرية الطبعة الأولى مصر الإسكندرية .
19. إلهام محمد حسن، (2016)، الذاكرة البصرية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في مراكز التربية الخاصة والأطفال العاديين، رسالة ماجستير منشورة، سوريا جامعة دمشق.
20. بدار الفاروق، (2015)، صحة الطفل والأسرة العلاج الأمثل لمرض التوحد الأوتيزم المشكلة والحل، طبعة الثانية 2008، طبعة الأولى 2005 دار الفاروق للنشر والتوزيع القاهرة مصر.
21. تامر فرح سهيل، (2015)، التوحد، دار الأعصار للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان الأردن.
22. توفيق شناني، (2018)، المعاش النفسي لأم الطفل المصاب التوحد دراسة عيادية لثلاث حالات، رسالة ماستر في علم النفس منشورة، المركز الجامعي بلحاج معهد بوشعيب عين تمونشت، الجزائر.
23. جيهان مصطفى، (2015)، التوحد، دار أخبار اليوم القاهرة مصر.
24. جمال خلف المقابلة، (2016)، اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية، طبعة الأولى، دار ياف العلمية للنشر والتوزيع الأردن عمان.
25. جودت عزت عبد الهادي، (2006)، مبادئ توجيه والإرشاد النفسي، طبعة الأولى، مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع الأردن.
26. حمادية علي، (2006)، التكفل النفسي بالأمراض المستعصبة

- بالوساطة العلاجية والعلاج الفني، أطروحة دكتوراة في علم نفس عيادي منشورة
،جامعة الدكتور محمد دباغين سطيف2 ، الجزائر.
27. حسام الدين جابر السيد أحمد،(2017)، تحسين التفاعل الإجتماعي
لدى الأطفال التوحديين بإستخدام برنامج تدريبي للتواصل غير اللفظي ، جامعة
عين شمس ،تخصص علم النفس التعليمي، مجلة البحت العلمي في التربية .
28. حسام أبو زيد ،(2011)، التوحد لغز نبحت عن إجابته ،دار الحقوق
الملكية الأدبية والفنية لدار المعرفة،الطبعة الأولى ،قناة السويس ،الإسكندرية، مصر .
29. حسين فايد ،(2005)،علم النفس العام،مؤسسة طيبة لنشر
والتوزيع،طبعة 2، القاهرة ،مصر.
30. حامد عبد السلام زهران ،(1997)، الصحة النفسية ،طبعة الأولى،
عالم الكتب للنشر وتوزيع ،مصر.
31. حكيم ،إبراهيم ،رابية ،(2003)، دليلك للتعامل مع التوحد، طبعة
الأولى،مكتبة جريرالرياض ، السعودية.
32. حسنية محمدي،(2016)، التكفل النفسي للأطفال المصابين بالتوحد
من وجهة نظر الأخصائي النفسي العيادي ،دراسة ميدانية بمركز النفسي
البيداغوجي أقسام التحضري التوحد ،المسيلة ،جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
،الجزائر.
33. حازم رضوان آل إسماعيل، (2012) ، التوحد واضطرابات التواصل ،طبعة
الأولى دار مجدلاوي للنشر والتوزيع عمان الأردن.
34. الخطيب جمال ،(2005) ،مقدمة في الإعاقة العقلية، طبعة الثانية
عمان الأردن دار الفكر للنشر والتوزيع.
35. دلشاد علي ،(2013)،فاعلية برنامج تدريبي لتنمية السلوكيات غير

لفظية لدى عينة من الأطفال التوحديين،مجلة جامعة دمشق ،المجلد29، العدد الأول ،سوريا.

36. روان عيدروس عبد الله البار، (2016)، فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر قائم على السلوك اللفظي في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الإمارات العربية المتحدة .
37. رائد خليل العبادي، (2011)، التوحد ،طبعة الأولى مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع الأردن عمان .
38. ريما مالك فاضل،(2015)، فاعلية برنامج تدريبي باستخدام اللعب في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى أطفال التوحد، رسالة ماجستير غير منشورة،دمشق جامعة دمشق كلية التربية سوريا.
39. ريتا جوردان،(2008)، الأطفال التوحديون جوانب النمو وطرق التدريس، القاهرة عالم الكتب طبعة الأولى مصر.
40. ربيع شكري سلامة،(2005)، التوحد لغز حير العلماء والأطباء، الطبعة الأولى، دار النهار لنشر والتوزيع القاهرة مصر .
41. رفعت محمود، (2007)، الأطفال التوحديين، الطبعة الأولى عالم الكتب القاهرة مصر.
42. زياد كامل اللالا،(2012)، أساسيات التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع ،طبعة الأولى ،عمان ،الأردن.
43. سوسن شاكر الجلي،(2015)،التوحد الطفولي أسبابه ،خصائصه، تشخيصه، علاجه ، دار مؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع ،دمشق، سوريا.
44. سناء محمد سليمان، (2014)،الطفل الذاتي (التوحد) بين

- الغموض والشفقة والفهم والرعاية ،عالم الكتب ،جامعة عين الشمس .
45. سعد رياض ،(2008)، الطفل التوحدي أسرار الطفل الذاتي وكيف تتعامل معه، دار النشر للجامعات ،مصر القاهرة.
46. سامي محمد محمود عليا السعداوي ،(2018)،فعالية برنامج تدريبي بإستخدام برنامج ماكانون لتنمية مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي إضطراب التوحد،رسالة دكتوراه غير منشورة في التربية الخاصة ،جامعة الزقازيق.
47. سقراط رلى عيسى،(2014)، أثر برنامج علاجي مستند إلى التغذية الراجعة العصبية في تنمية القدرات اللغوية لدى أطفال التوحد، أطروحة ماجيستر في علم النفس التربوي منشورة ،جامعة عمان العربية ،الأردن.
48. سهام درويش أبو عطية،(1997)،مبادئ الإرشاد النفسي ،مركز الفكر للطباعة والنشر ،طبعة الأولى ،عمان الأردن.
49. سمير أبيش ،(2010)،أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي أثناء الممارسة الميدانية ،دراسة ميدانية لمدينة بسكرة ،مجلة الأداب والعلوم الإجتماعية ،المجلد 7،العدد 11، جامعة سطيف ،الجزائر.
50. سلوى عبد الله الحاج،(2016)،دور مراكز التربية الخاصة في تأهيل أطفال التوحد إجتماعياً وإنفعالياً ،أطروحة ماجيستر في علم النفس العام، غير منشورة جامعة الأردن.
51. سهى أحمد أمين ،(2002)،الإتصال اللغوي للطفل التوحدي ،دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ،طبعة الأولى، الرياض،السعودية .
52. سوسن شاكر ،(2010)، التوحد، منتدى سور الأزيكية لنشر والتوزيع ،الطبعة العربية مصر .
53. سلوى بارشيد،(2018)،المشكلات والإحتياجات التي تواجه أسر

أطفال التوحد ودور المؤسسات في مواجهتها، دراسة عينة من الأسر في

مدينة مكلا، مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد

15، المجلد 16، جامعة للعلوم والتقنية، اليمن.

54. شهرزاد نور (2018) تقييم واقع التكفل النفسي بالأمراض المزمنة

دراسة إستكشافية من وجهة نظر عينة من الأخصائيين النفسانيين بمدينة ورقلة

مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية العدد 35 جامعة قاصدي مرباح ورقلة
الجزائر.

55. الصبي عبد الله، (2003)، التوحد وطيف التوحد، طبعة

الأولى، الرياض، مملكة عربية السعودية، مكتبة الملك الفهد الوطنية.

56. طراد نفيسة، (2013)، فاعلية برنامج تدريبي في تحسين مهارات الاجتماعية
لدى عينة من الأطفال التوحديين، مذكرة ماستر منشورة، جامعة قاصدي مرباح
ورقلة الجزائر.

57. طلال عبد الرحمن الثقفي، (1436)، فاعلية برنامج قائم على الإنتباه

المشترك لتنمية التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد بمحافظة الطائف، رسالة ماجستير
منشورة جامعة أم القرى السعودية .

58. طارق عامر، (2008)، الطفل التوحدي، دار اليازوري العلمية

للنشر والتوزيع الأردن عمان.

59. عادل جاسب شبيب، (2008)، الخصائص النفسية والاجتماعية

والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء، رسالة ماجستير
منشورة، بريطانيا، جامعة الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح.

60. عبد الناصر القرالة، وصهيب، أنس الضلاعين، (2018)، فعالية

برنامج إرشاد أسري في تنمية إدارة الذات وتقديرها لدى أمهات الأطفال
التوحديين في محافظة الكرك، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، المجلد 32.

61. عبد الحميد سليمان ،محمد قاسم عبد الله،(2003)،الدليل التشخيصي للتوحيدين (العيادي)،دار الفكر العربي لطبع والنشر القاهرة ،الطبعة الأولى.
62. عبد القادر شريف،(2014)،مدخل إلى التربية الخاصة،دار الجوهرة للنشر والتوزيع،طبعة الأولى ،مصر.
63. علي أحمد زعارير ،(2009)،مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحيدين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات ،رسالة ماجستير ، منشورة ،جامعة عمان العربية للدراسات العليا،الأردن.
64. عبد الرحمن سيد سليمان،الذاتوتية،(2000)،الطبعة الأولى دار النشر مكتبة زهراء الشرق القاهرة ،مصر العربية.
65. عصام النمر،(2015)،الأسرة وأطفالها ذوي الإحتياجات الخاصة ،دار اليازوري لنشر والتوزيع ،طبعة العربية ،عمان.
66. عبد العزيز إبراهيم سليم،(2011)،الإضطرابات النفسية لدى الأطفال ،دار المسيرة لنشر والتوزيع ،طبعة الأولى الأردن.
67. عبد اللطيف مهدي زمام،(2012)، التوحد الذاتي عند الأطفال ،طبعة الأولى ،دار الزهران لنشر والتوزيع،الأردن عمان.
68. عادل عبد الله محمد،(2010)، جداول النشاط المصور للأطفال التوحيدين وإمكانية إستخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً ،الطبعة الثالثة ،دار الرشاد للطبع والنشر والتوزيع.
69. عزة خليل عبد الفاتح ،(2004) ،التوحد، الطبعة الثانية دار الهناء لنشر والتوزيع بيروت .
70. عصام محمد زيدان، (2005) ،طيف التوحد الطبعة العربية دار أسامة لنشر والتوزيع لبنان.
71. عثماني حفصة ،(2010)،فاعلية برنامج تدريبي موجه للوالدين قائم

- على برنامج أبلز في تنمية التنوعات الصوتية عند الطفل التوحدي بين 4 إلى 5 سنوات دراسة شبه تجريبية لخمس حالات عيادة خاصة)
- (MOTA MOT)، جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم، كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية، الجزائر.
72. غالم يمينة، (2016)، الإتصال اللغوي وغير اللغوي لدى الطفل التوحدي إقتراح برنامج إتصالي علاجي تكلفي، دراسة حالة لحالتين تعانين من التوحد، مجلة الجزائرية للطفولة والمراهقة، جامعة مستغانم العدد 12، الجزائر.
73. فاطمة عوالي، (2015)، تناول النسقي للإرجاعية لدى إخوة الطفل التوحدي، رسالة ماجستير منشورة، جامعة وهران 02، الجزائر .
74. فيصل النواصر، (2017)، الشعور بالوحدة النفسية لدى أسر أطفال التوحد وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية ودرجة إعاقة الطفل، المجلة الدولية التربوية المتخصصة المجلد (06)، العدد 6، جامعة عجلون الوطنية .
75. فهد بن محمد حماد الحماد، (2015)، الخصائص النفسية والإجتماعية للأطفال التوحديين من وجهة نظر الوالدين، أطروحة ماجستير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية
76. فوزية عبد الله الجلامه، (2016)، المشكلات السلوكية النفسية والتربوية لدى ذوي الإحتياجات الخاصة (المفهوم، الأسباب، أساليب التغلب عليها)، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة عمان الأردن .
77. فاروق الروسان، (2010)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة، طبعة التامنة، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان الأردن.
78. فتيحة محمد محفوظ باحشون، (2003)، المشكلات والإحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد ودور المؤسسات في مواجهتها، أطروحة ماجستير، جامعة حضرموت كلية البنات في علوم الإجتماعية، اليمن.

79. فيصل عيسى النواصر، (2017)، مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى أسر الأطفال التوحد وعلاقته ببعض المتغيرات ودرجة الإعاقة، أطروحة ماجستير غير منشورة، قسم التربية الخاصة، الأردن .
80. فؤاد عيد الجوالده، (2012)، البرامج التربوية والأساليب العلاجي لذوي الحاجات الخاصة، طبعة الأولى، دار الثقافة لنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
81. فكري لطيف المنولي، (2015)، إستراتيجيات التدريس لذوي إضطرابات التوحد، الطبعة الأولى، دار مكتبة الرشد لنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
82. القدافي محمد رمضان، (1988)، سيكولوجية الإعاقة، طبعة الأولى، دار العربية للكتاب طرابلس
83. كوثر حسن عسليية، (2006)، التوحد، طبعة الأولى، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.
84. لمياء عبد الحميد بيومي، (2008)، فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحدين، أطروحة دكتوراه، منشورة، جامعة قناة السويس، اليمن .
85. لينا عمر بن صديق، (2009)، فاعلية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الإجتماعي، مجلة الطفولة العربية، العدد 33، كلية دار الحكمة، السعودية.
86. لطفي الشرييني، (2015)، الأوتيزم، دار النشر لفكر والتوزيع، طبعة الأولى، عمان الأردن.
87. لويس كامل مليكة، (1999)، العلاج النفسي، طبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
88. لبنى محجوب، (2014)، دور مراكز التربية الخاصة في تأهيل أطفال التوحد إجتماعي وإنفعالياً كما تدركه الأمهات بولاية خرطوم، أطروحة

- ماجستير في التربية الخاصة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، منشورة، السودان.
89. محمد بن خلف الحسني الشمري، (2007)، تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية، أطروحة ماجستير، جامعة الأردنية، الأردن.
90. محسن محمود أحمد الكيكي، (2011)، المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية المجلد 11، العدد 1.
91. مجدي فتحي غزال، (2007)، فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الإجتماعية لدى عينة من الأطفال المتوحدين في مدينة عمان، رسالة ماجستير، جامعة الأردنية، الأردن.
92. محمد التميمي، (2014)، التوحد وقاية أو علاج، طبعة الأولى، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع عمان الأردن.
93. محمود عبد، (2018)، تفسير المظاهر السلوكية للأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد في ضوء معايير التشخيص الحديثة (DSM TV)، مجلة العلوم التربوية المجلد 45 عدد 3، جامعة القدس المفتوحة، الأردن.
94. مشيرة فتحي محمد سلامة، (2014)، الإنتباه والمهارات الإجتماعية لدى الأطفال الذاتويين، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع القاهرة، مصر .
95. محمود عبد الله الشرقاوي، (2016)، الإعاقة العقلية والتوحد، طبعة الأولى، دار العلم والإيمان، مصر.
96. المشرفي إنشراح، (2006)، الإكتشاف المبكر للإعاقات الطفولية مكتبة الإسكندرية للنشر، مصر.
97. ماجد السيد عبيد، جمال متقال القاسم، (2000)، الإضطرابات السلوكية، دار الصفاء لنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

98. مصطفى نوري القمش، (2011)، اضطرابات التوحد النفسية، طبعة الأولى، دار المسيرة لنشر والتوزيع، عمان الأردن.
99. محمد أحمد الخطاب، (2009)، سيكولوجية الطفل التوحدي، طبعة الأولى دار الثقافة لنشر والتوزيع، عمان الأردن.
100. محمد صالح الإمام، (2010)، التوحد ونظرية العقل، طبعة الأولى، دار الثقافة لنشر والتوزيع، عمان الأردن.
101. محمد كمال أبو الفتوح عمر، (2010)، الأطفال الأوتستيك، الطبعة الأولى، دار زهران لنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
102. محمد قاسم عبد الله، (2001)، الطفل التوحدي والإنطواء الذات، الطبعة الأولى، دار الفكر لطباعة والنشر والتوزيع، عمان الأردن.
103. محمد حسن غانم، (2009)، مقدمة في علم النفس الإكلينيكي، تقييم، تشخيص، علاج، المكتبة المصرية القاهرة.
104. محللين أسامة، (2019)، واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد، دراسة ميدانية بالمراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنياً بولاية أم بواقي، أطروحة ماستر، جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي، الجزائر.
105. محمد علي كامل، (2002)، الأوتيزم الإعاقة الغامضة بين المفهوم والعلاج، طبعة الأولى، مصر مركز الإسكندرية.
106. نادية بنت عبد الرحمان بن صويلح اللهيبي، (2009)، فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الوعي الغدائي لأمهات ومشرفات أطفال التوحد، أطروحة ماجستير، جامعة أم القرى، السعودية.
107. نسرين عبد الله علي، (2014)، فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى الذكاء الجسمي الحركي في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى عينة من

- أطفال التوحد ،رسالة ماجيستر في التربية الخاصة ،منشورة ،جامعة عمان العربية .
108. نايف بن عابد الزراع ،(2010)، مدخل إلى اضطرابات التوحد، دار الفكر ناشرون ومفكرون ،طبعة الأولى ،عمان الأردن.
109. نجار خليدة،(2008)، دور الكفالة الأطفونية في تنمية مهارات التواصل اللفظي والغير لفظي للأطفال التوحد،رسالة ذكتوراة منشورة ،جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2 الجزائر.
110. نعيمة محمد المقامي وآخرون،(2015)،إضطراب التوحد،دليل المعلم والأسرة في التشخيص والتدخل ،جامعة العربية السعودية ،أطروحة ماجيستر منشورة، السعودية.
111. نور البطانية،(2002)، صعوبات التعلم لذوي إحتياجات خاصة ،طبعة الأولى جدار للكتاب،علم الكتب الحديث لنشر والتوزيع عمان الأردن.
112. هنا شعبان،(2011)،واقع تطبيق الإختبارات النفسية غير المكيفة في الجزائر مشكلات وإقتراحات المنهجية ،مجلة الدراسات النفسية والتربوية ،قسم علم النفس وعلوم التربية ،جامعة بليدة العدد 7 الجزائر
113. هناء شحاتة أحمد الحافظ ،(2015) ، برنامج تحسين الإنتباه المشترك والتواصل اللفظي للأطفال ذوي إضطراب التوحد ، طبعة الأولى مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع القاهرة مصر .
114. هالة إبراهيم الجرواني وسمية طه جميل ،(2012) ،الطفل التوحدي دار المعرفة الجامعية الطبعة العربية جامعة الإسكندرية مصر.
115. وليد خليفة ،يزيد الغصاونة ،وائل الشрман،(2013)،التوحد بين النظريات والتطبيق،دار الفكر ناشرون وموزعون،عمان الأردن.
116. وليد السيد خليفة ،ربيع شكري،سلامة ،(2010)،الإعاقة الغامضة التوحد،دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر الإسكندرية ،مصر.

117. وليد محمد علي محمد،(2015)،إستخدام الإستراتيجيات البصرية في تنمية المهارات التواصل الإجتماعية لدى الأطفال التوحديين مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع ،مصر .
118. وليد جمعة عثمان حسن،(2014)،فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين ،أطروحة ماجيستر في التربية الخاصة ،منشورة،جامعة قناة السويس ،مصر.
119. وفاء علي الشامي،(2004)،سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر والتوزيع،طبعة الأولى ،الأردن.
120. يطو يمينة،(2011)،تطبيق برنامج تدريبي مستند من طريقة التحليل المطبق للسلوك ABA على الأطفال المتوحدين لتطوير عملية الإتصال الإجتماعي ،رسالة ماجيستر ،جامعة وهران 02، غير منشورة ،الجزائر.