**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية الجزائرية**

**وزارة التعليم العالي و البحث العلمي**

**جامعة محمد بن أحمد وهران 02**

**كلية العلوم الاجتماعية**

**قسم علم النفس و الأرطفونيا**

**مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس المدرسي**

# استخدام برنامج "تيتش" في التكفل بالطفل التوحدي في الجزائر

(مقاربة نقدية تحليلية )

**إعداد الطالبتين :**

ـ بودايب إسمهان

ـ خماس رقية

**إشراف الأستاذ :**

ـ بلعابد عبد القادر

**أعضاء لجنة المناقشة :**

| | | |
|---|---|---|
| أ.بلعابد عبد القادر | مشرف و مقرر | جامعة وهران 02 |
| أ.قادري حليمة | مناقشا | جامعة وهران 02 |
| أ.حمري سارة | مناقشا | جامعة وهران 02 |

**السنة الجامعية :2021/2020**

**ملخص ا لدراسة :**

استهدفت الدراسة الحالية التعرف على برنامج "تيتش" و استخدامه في الجزائر ، حيث قمنا بعقد مقاربة نقدية تحليلية لتطبيق برنامج" تيتش" في الجزائر، و ذلك انطلاقا من الفرضية التالية :

يمكن لبرنامج" تيتش" التكفل بالطفل المتوحد و تطوير قدراته الذاتية .

وللإجابة على الفرضية قمنا بمقاربة نقدية للتعرف على فاعلية برنامج" تيتش " و تطبيقه في الجزائر اعتمادا على الدراسات السابقة .

و توصلنا من خلال نتائج الدراسات السابقة إلى أن البرنامج العلاجي " تيتش" له فاعلية في التكفل بالطفل المتوحد و تطوير قدراته الذاتية .

## الشكر و التقدير :

الحمد و الشكر لله الذي أعاننا على إنجاز بحثنا .....

لا يسعنا إلا أن نتقدم بالشكر و العرفان لكل من ساهم في توجيهنا بكلمة أو رأي و خاصة أستاذنا العزيز الذي أشرف علينا "بلعابد عبد القادر "على توجيهاته و نصائحه و إرشاداته القيمة و دعمه المتواصل لنا .

و نتقدم بالشكر لأهلنا على دعمهم للنجاح في المشوار الدراسي أدامهم الله لنا ..... كما لا ننسى أن نشكر أحبائنا و أصدقائنا و خاصة " تسورية بلعيد خولة " و "حطاب شيماء " و الأخ الفاضل "خماس مخطار" على مساعدتنا في إتمام العمل .

و أيضا نقدم بالشكر لأعضاء لجنة المناقشة على قبولهم تقييم العمل .

## قائمة المحتويات :


ملخص البحث.....أ

شكر و تقدير .....ب

قائمة المحتويات .....ت

قائمة الجداول و الأشكال .....ج

مقدمة .....1

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

1- إشكالية البحث .....4

2- فرضية البحث .....4

3- أهمية البحث .....5

4- أهداف البحث.....5

الجانب النظري

الفصل الثاني: التوحد

تمهيد.....9

1- تعريف التوحد .....10

2- تعريف الطفل المتوحد.....11-10

3- أسباب التوحد .....24-11

4- أنواع التوحد .....28-24

5-خصائص الطفل المتوحد.....37-28

6-مشكلات الطفل المتوحد .....38-37

7- تشخيص التوحد.....46-39

8- التشخيص الفارقي .....48-46

9- أساليب التدخل العلاجي الطبية و التربوية في علاج التوحد.....48-55
خلاصة .....56

الفصل الثالث: برنامج تيتش

تمهيد .....58
1- نبذة تاريخية عن برنامج تيتش (T.E.A.C.C.H).....59
2- تعريف برنامج تيتش (TEACCH).....59
3- فعالية البرنامج .....59
4- أهداف البرنامج .....60
5- مبادئ البرنامج .....61
6- الأدوات المطلوبة لتطبيق البرنامج .....61
7- الخطوات المعتمدة في تطبيق البرنامج .....62
خلاصة .....66

الفصل الرابع : المقاربة النقدية التحليلية

تمهيد.....68
1- مميزات و عيوب برنامج تيتش .....68
2- تحليل نجاعة البرنامج على ضوء المميزات و العيوب .....68
3- تطبيق برنامج تيتش في الجزائر .....69-70
خلاصة عامة .....70
أهم التوصيات والاقتراحات .....72
قائمة المصادر و المراجع .....74-81

**قائمة الجداول و الأشكال :**


| الرقم | عنوان الجدول | الصفحة |
|---|---|---|
| **01** | يمثل الفروق بين بعض الاضطراب النمائية الشاملة | |


**قائمة الأشكال**


| الرقم | عنوان الشكل | الصفحة |
|---|---|---|
| **01** | يمثل نشاط رسم الفأر | |
| **02** | يمثل نشاط أجزاء القطار | |
| **03** | يمثل نشاط أجزاء الجسم | |

## الـــــمـــقـــــدمـــــــــة:

يعد التوحد من الاضطرابات النمائية الأكثر غموضا و تعقيدا ، سواءا من حيث مسبباته و عوامله أو من حيث مظاهره السيكومترية و الإكلينيكية أو شدة غرابة أنماط سلوكه غير التكيفي ، حيث تعددت النظريات المفسرة لأصله وماهيته، كما يعد التوحد من أصعب الاضطرابات تأثيرا على الطفل بصفة خاصة والأسرة بصفة عامة .(محمد عبد الله ، 167:2001)

و يعرف أيضا اضطراب نمائي شامل يظهر قبل الثلاث السنوات و يؤثر سلبا على العديد من المجالات وعلى جوانب النمو لدى الأطفال و أول ما يلاحظ على الطفل التوحدي صعوبة التواصل اللفظي و غير اللفظي مع الآخرين ، كذلك يفتقد إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح و الانطواء و عدم الاهتمام بالآخرين . (فتيحة باحشوان ،18:2003)

ويعرفه أيضا الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات النفسية و العقلية بأنه حالة من القصور في النمو الارتقائي للطفل و يتميز بالتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية و اللغوية و التي تشمل الإدراك الحسي ، الانتباه ..... (ريتا جوردان ،55:2008)

كما الأطفال المصابين بالتوحد يعانون بشكل واضح من الضعف في المهارات الحسية والإدراكية والتي هي سمة من سماتهم مما يؤدي إلى تراجعهم في فهم العالم الخارجي المحيط بهم والاستفادة منه ومن الخدمات النفسية والاجتماعية والتربوية المقدمة لهم من قبل الأسرة والمعلم والأقران. (أحمد سهى ،145:2002)

ونتيجة لاعتبار التوحد فئة تصنيفية لها خصائصها التي تميزها عن غيرها من الاضطرابات ظهر العديد من الاختصاصيين و الذين عملوا على إعداد البرامج التي تساعد الاطفال التوحديين على تنمية جوانب القصور و الضعف في أدائهم و تلبية احتياجاتهم و تطوير قدراتهم .(سعد رياض ،79:2008)

ومن أشهر البرامج العلاجية برنامج" تيتش" الذي أعده" إيريك شوبلر" ، حيث ينظر للطفل التوحدي كل على انفراد ، ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل على حدة حسب قدرته الاجتماعية ، العقلية ، اللغوية ، فهذا البرنامج يدخل عالم الطفل التوحدي و يستغل نقاط القوة فيه كحبه للروتين و اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة . (توفيق شناني ،14:2018)

و قد أصبح الاهتمام بالتوحديين في الجزائر أحد أولويات الدولة من خلال وجود مراكز العناية (بيداغوجية ونفسية ) ، والتكفل بهذه الفئة لتنمية قدراتهم و الوصول إلى الاستقرار الذاتي و استخدام البرنامج العلاجي تيتش في مراكز التربية الخاصة ، وعمل بعض الدراسات الميدانية حول هذا الموضوع عن طريق البرامج العلمية المعتمدة عالميا في هذا المجال، لأن الطفل التوحدي بحاجة إلى المساندة النفسية و البيداغوجية للتخفيف من حدة هذا الاضطراب . (عبد اللطيف زمام ،78:2012)

و في هذه الدراسة نحاول القيام ببحث حول استخدام برنامج تيتش للتكفل بالطفل المتوحد و تطبيقه في الجزائر، و لهذا الغرض تم تقسيم الدراسة إلى أربعه فصول : جانب نظري تضمن ثلاث فصول و جانب تطبيقي تضمن فصل واحد .

وقد تضمن الفصل الأول إشكالية الدراسة و فرضيتها و أهميتها و أهدافها .

أما افصل الثاني فتم الحديث فيه عن اضطراب التوحد تعريفه و تعريف الطفل المتوحد ، أسبابه ، خصائصه ، و أنواعه و مشكلات الطفل المتوحد و تشخيصه ، والتشخيص الفارقي و الأساليب العلاجية.

و الفصل الثالث فتم عرض البرنامج العلاجي تيتش : نبذة تاريخية عنه و تعريفه ، فعاليته ، أهدافه ، مبادئه ، الأدوات المعتمدة في تطبيقه ، و الخطوات المعتمدة في تطبيقه .

أما بالنسبة للجانب التطبيقي فلتعذر الاتصال بالميدان قمنا بتحوير البحث و جعله تطبيقي من خلال القيام بمقاربة نقدية تحليلية لتطبيق برنامج تيتش في الجزائر .

و في الأخير قمنا بعرض خلاصة عامة عن الدراسة و أهم الاقتراحات و التوصيات ، وقائمة المراجع .

# الفصل الأول:
# الإطار العام للدراسة

الإشكالية

فرضيات البحث

أهمية البحث

أهداف البحث

## إشكالية البحث :

إن التوحد اضطراب نمائي يؤثر سلبا على العديد من جوانب النمو الأخرى و ليس الجانب العقلي أو الجانب الاجتماعي فقط ، و تعرفه الجمعية الأمريكي للتوحد أنه نوع من أنواع الاضطرابات التطورية ، تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل .

أما المعهد القومي للصحة العقلية فبشير إلى التوحد بأنه تشويش عقلي يؤثر على قدرة الأفراد في الاتصال ، و إقامة علاقات مع الآخرين ، و الاستجابة بطريقة غير مناسبة مع البيئة المحيطة بهم .

و ترى بأن التوحد هو صعوبة في التكوين ،الاتصال ،و السلوك العدواني الذي هو من أهم الاضطرابات غير المقبولة و التي تعيق تواصله الاجتماعي . (مصطفى القمش ،47:2011)

فالتوحديون يغلب على سلوكهم أيضا التبلد و عدم الاكتراث بمن حولهم ، و الانعزال و الانسحاب في المواقف الاجتماعية .....الخ .

كما أنه يؤدي بهم إلى بعض من الاضطرابات السلوكية الأخرى المضادة للمجتمع ، لذا كشفت العديد من الدراسات عن ضرورة وجود برامج علاجية من شأنها أن تعدل من سلوكيات الأطفال التوحديون و تحسن من القدرة على التكيف لديهم ، إذا تمكنوا من خلال هذه البرامج اكتساب مهارات جديدة تساعدهم على الأداء المقبول في العديد من المواقف التي يتعرضون لها .(محمد الإمام ،267:2010)

ولقد قام العديد من الباحثين بدراسات عديدة لإيجاد أساليب علاجية للتكفل بهذه الاضطرابات ، وكذلك تصميم برامج من شأنها تحسين قدرات التوحديين على اكتساب مهارات جديدة وعل التكيف و تعديل السلوكيات التي تعيق التواصل . ( هناء شحاتة ،12:2015)

و من بين هذه البرامج العلاجية ، برنامج تيتش الذي يعتبر برنامج علاجي سلوكي معرفي يهدف إلى مساعدة الأطفال التوحديين في جميع الأعمار ، و هو مبني على مبدأ تكييف البيئة للطفل التوحدي من خلال الأنشطة التعليمية و السلوكية و الاجتماعية ، ويحتوي على مجموعة من المحاور التي تضم تمارين مختلفة ، وهو موجه للأولياء بحيث يعتبرهم كمعالجين . (تامر سهيل ،62:2018)

على ضوء ما سبق سنحاول في هذه الدراسة معالجة الإشكالية التالية: هل يمكن لبرنامج "تيتش" أن يساهم في التكفل وتطوير القدرات الذاتية للطفل المتوحد؟.

## فرضية البحث :

يمكن لبرنامج "تيتش " المساهمة في التكفل وتطوير القدرات الذاتية للطفل المتوحد .

## أهمية البحث :

يعتبر التوحد أحد أهم المواضيع التي عكف على دراستها أغلب الباحثين ويرجع السبب في الانتشار الواسع لهذا الاضطراب وضرورة التكفل بهده الفئة من المجتمع انطلاقا من الأساليب العلاجية الحديثة والتي يمثل برنامج "تيتش" أحدها.

## أهداف البحث :

- إبراز أهمية برنامج "تيتش" في التكفل والمساهمة في تنمية القدرات الذاتية لطفل المتوحد.
- المشاركة في إثراء البحث الأكاديمي والدراسات الميدانية في هذا الموضوع.
- تقديم المساعدة النظرية والعملية للأولياء وكذا مراكز التكفل ورعاية الطفل المتوحد.

# الفصل الثاني :

# التوحد

تمهيد

تعريف التوحد

تعريف الطفل المتوحد

أسباب التوحد

أنواع التوحد

خصائص الطفل المتوحد

مشكلات الطفل المتوحد

تشخيص التوحد

التشخيص الفارقي

أساليب التدخل العلاجي الطبية و التربوية لعلاج التوحد

خلاصة

## تمهيد:

يعد اضطراب التوحد من أكثر الإعاقات غموضا لعدم الوصول إلى أسبابه الحقيقية، وكذلك غرابة سلوكه غير التوافقي، وهو حالة تتميز بمجموعة من الأعراض يغلب فيها انشغال الطفل بذاته، وعجز في المهارات الاجتماعية وكذلك قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي مما يصبح عائقا بينه وبين تفاعله الاجتماعي، ولهذا أصبح اضطراب التوحد يشغل العديد من الباحثين من عدة مجالات كالطب وعلم النفس والتربية الخاصة، للقيام بأبحاث ودراسات لإيجاد برامج علاجية تساهم في الحد من هذا الاضطراب.

## 1) تعريف التوحد:

لقد تعددت تعريفات التوحد، حيث أشارت معظمها إلى المظاهر السلوكية لدى أطفال التوحد حتى تم وصفه بالانعزال والانسحاب والنمو غير السوي وعدم النجاح في إقامة علاقات مع الآخرين. ومن بين هذه التعريفات ما يلي:

تشتق كلمة التوحد **"Autism"** من كلمة إغريقية **"Aut"** تعني النفس أو الذات وكلمة **"ism"** نعني انغلاق بمعنى ذلك الانغلاق على الذات، وتعني هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالبا ما يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم ويبدون قليلا من الاهتمام بالعالم الخارجي (باحشوان وآخرون،387:2003).

ويعتبر**"ليو كانر Leo Kanner"** أول من عرف هذه الإعاقة عام **(1943)** وأطلق عليها لفظ **"Autism"**.

### ✓ لغة:

التوحد من توحد، أحاد، موحد، توحد بمعنى توحد برأيه أس انفرد به والمتوحد هو المنعزل (غالم يمينة،12:2016).

✓ **اصطلاحا:**

عرفه **"كانر Kanner " (1943)** بأنه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم، ويوصف أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة (رائد العبادي،13:2011).

يرى **"الأشول" (1987)** أن التوحد هو اضطراب اتصالي خطير يبدأ أثناء الطفولة المبكرة وعادة ما يبدأ قبل **(30)** شهرا وحتى **(42)** شهرا من عمر الطفل، ويتصف الطفل التوحدي بكلام عديم المعنى والانسحاب داخل الذات وعدم الاهتمام بالآخرين (سوسن الجلبي،18:2015).

يعرفه **"عبد العزيز الشخص وآخرون" (1992)** التوحد بأنه من اضطرابات النمو والتطور الشامل، بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة وعادة ما يصيب الأطفال في الثلاث السنوات الأولى، ومع بداية ظهور اللغة حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، وكذا الانطواء على أنفسهم وتبلد المشاعر (أسامة فاروق،23:2011).

وعرفه **"إسماعيل البدر" (1997)** بأنه اضطراب انفعالي في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية وخاصة في التعبير عنها بالوجه أو اللغة مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية (محمد خطاب،17:2009).

وحسب **"الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي الرابع المراجع"** الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية **(DSM-IV-TR :2000)** التوحد هو اضطراب نمائي شامل يؤدي إلى انحراف في النمو العادي لدى الطفل، ويعتبر فئة فرعية من المجموعة الكلية المتمثلة بالاضطرابات النمائية الشاملة التي تتضمن اضطراب التوحد ومتلازمة أسبرجر ومتلازمة ريت واضطراب التفكك الطفولي واضطراب النمائي الشامل غير المحدد (نايف الزارع،29:2010).

وعرفه **"غيرلاش Gerlach" (2003)** بأنه أحد الاضطرابات النمائية الأساسية يصيب الأطفال منذ لحظة الميلاد، وتظهر عليهم السلوكيات النمطية والتكرارية وفي العادة يبدأ تشخيصهم في عمر العامين ونصف إلى أربعة أعوام لوضوح الأعراض عليهم في تلك الفترة إلا أن حالتهم تكون واضحة نوعا ما منذ لحظة الميلاد (إلهام حسن،12:2012).

ويعرفه **"عبد الرحمن وخليفة" (2004)** هو اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة مابين **(30-42)** شهرا من العمر، ويؤثر في سلوكهم حيث نجد أن معظم هؤلاء الأطفال يفتقدون الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح (عادل شبيب،18:2008).

يرى **"ماجد عمارة" (2005)** أن التوحد هو حالة من حالات الاضطرابات الارتقائية الشاملة يغلب فيها على الطفل الانسحاب والانطواء وعدم الاهتمام بوجود الآخرين أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم ويتجنب الطفل أي تواصل معهم وخاصة التواصل البصري، وتتميز لغته بالاضطراب الشديد ويكرر ما، يقوله الآخرون، ولديه سلوك نمطي والانشغال بالأجزاء وليس الأشياء نفسها (لمياء بيومي،13:2008).

عرفته **"منظمة الصحة العالمية" (WHO :2006)** بأنه إعاقة شديدة تشمل نواحي نمائية متعددة وتتضمن مجموعة من ثلاث أعراض أساسية هي: القصور في التفاعل الاجتماعي المتبادل، والتواصل اللفظي والسلوكيات النمطية ومحدودية النشاط والاهتمامات، وتظهر هذه الأعراض قبل بلوغ سن الثالثة (فوزية الجلامدة،272:2016).

ويعرفه **"هالاهان وكوفمان Hallahan&Kauffman" (2006):** هوالانعزال والضعف أو القصور في التواصل وغالبا ما يشمل حركات نمطية ومقاومة للتغيير،واستجابات غير عادية للخبرات الحسية وعادة ما يظهر على الطفل قبل بلوغ العام الثالث من عمره (هناء عبد الحافظ ،22:2015).

كما عرفه **(طارق عامر،22:2008)** بأنه **"** اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي وظيفي في الدماغ غير معروف الأسباب يظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر، ويتميز به الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين وضعف واضح في التفاعل، وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب وظهور أنماط من السلوك الشاذة وضعف اللعب التخيلي**".**

وترى **"فيكتوريا.Victoria M.Z" (2008)** التوحد هو اضطراب نمائي منتشر بمجموعة من أوجه القصور في التواصل والعلاقات الاجتماعية بالإضافة إلى السلوكيات غير المعتادة مثل التكرار والحركات النمطية للجسم والانخفاض في معدل الهرمونات (هالة الجرواني وآخرون،14:2013)

و تعرفه **"جمعية التوحد الأمريكية ASA" (2009)** هو نوع من الاضطرابات النمائية المركبة، ويظهر في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل وينتج عن اضطرابات عصبية تؤثر في وظائف الدماغ، وتظهر على شكل مشكلات في عدة جوانب مثل التفاعل الاجتماعي، و التواصل الفظي و غير

اللفظي، ونشاطات اللعب مع مقاومة لأي تغيير يحدث في بيئتهم، و تكرار آلي للحركات أو الكلمات (عبد العزيزسليم،30:2001)

ويعرفه **"القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين(IDEA)"** هو إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي،وتظهر الأعراض بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر (دلشاد علي ،35:2013).

كما عرفه **"جيلبرج فيري Gillberg ferry"** بأنه زملة أعراض سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالبا مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة، وشذوذ في التواصل اللفظي وغير اللفظي (مصطفى القمش،23:2011).

ويرى **"قحطان الظاهر"** أن التوحد هو حالة اضطراب عقلي يصيب الأطفال، قد تظهر الأعراض في مرحلة الطفولة المبكرة ويتميز المصابون بهذه الحالة بقصور في الانتماء أو التفاعل مع الآخرين حسيا أو لغويا، فلا يُكون الطفل علاقات اجتماعية، وتظهر عليه علامات الحزن والنمطية والجمود وكذلك يتصف باضطراب الكلام (يطو يمينة، 26:2012).

## 2) تعريف الطفل المتوحد:

يرى **"كانرKanner" (1943)** هو الطفل أو الشخص الذي يهتم بنفسه فقط، وتتميز ردود فعله بالذاتية والمحدودية ، ويعجز على الاتصال بالآخرين مع تأخر واضح في تطور مفهوم الذات لديه (أبو الفتوح،14:2010).

عرفه **"ربيع سلامة" (2005)** بأنه الطفل غير القادر على تكوين علاقات اجتماعية طبيعية وغير قادر على تطوير مهارات التواصل ويصبح الفرد منعزلا عن محيطه الاجتماعي ويتقوقع في عالم يتصف بتكرار الحركات والنشاطات (لمياء بيومي،13:2008).

ويرى **"هشام الخولي" (2008)** بأنه الطفل الذي يعاني من صعوبة أو قصور في المهارات الاجتماعية المعرفية، والتي تتمثل في مهارات الانتباه، التفاعل الاجتماعي والتواصل والقصور اللغوي، كما يعاني من سلوكيات نمطية غير مرغوبة، وتظهر الأعراض خلال مرحلة الطفولة المبكرة وقبل أن يتجاوز الطفل العام الثالث (هناء عبد الحافظ، 23:2015).

كما يعرفه أيضا **"عبد العزيز إبراهيم سليم" (2011)** بأنه **"**الطفل الذي يعاني من اضطرابات في النمو قبل سن الثالثة من العمر، بحيث يظهر أشكال انشغال دائم و زائد بذاته أكثر من الانشغال بمن حوله، واستغراق في التفكير، مع ضعف في الانتباه وضعف القدرة على التواصل بمن حوله، ونمو لغوي بطيء، مع مقومة التغيير في بيئته**"** (عبد العزيز سليم،221:2011).

ويعرفه **"عبد الرحمن سليمان" (2012)** بأنه الطفل الذي فقد التواصل مع الآخرين أو لم يحقق هذا التواصل قط، وهو منسحب تماما ومنشغل انشغالا كاملا بخيالاته وأفكار هو بالأنماط السلوكية النمطية (حسام الدين أحمد،405:2017).

يرى كل من **"الزيودي والسرطاوي والمهيري" (2015)** أن الطفل المتوحد هو الطفل الذي يظهر أنماط سلوكية شاذة كعدم النضج الاجتماعي واضطرابات التواصل التي تؤثر على سلبا على مظاهر نموه الطبيعي وتفاعله الاجتماعي (جمال سالم،13:2015).

كما عرف **"فيصل النواصرة" (2017)** بأن الأطفال التوحديين هم أولئك الأطفال الذين لديهم إعاقة نمائية تؤثر بدرجة ملحوظة عل التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي قبل سن الثالثة من العمر (فيصل النواصرة،375:2017).

وعرفه **"عاقل"** بأنه طفل منكب على ذاته ومنسحب من العالم، والأطفال المتوحدون قد يجلسون ويلعبون ساعات بأصابعهم مثلا، ويبدون ضائعين في عالم من الخيالات الداخلية (حسين فايد، 20:2005).

ويرى أيضا **"الحنفي"** بأن الطفل المتوحد هو **"**الطفل المنسحب بشكل متطرف، يلعب لساعات طويلة بأصابعه أو بقصاصات الورق، يبدو عليه الانصراف عن هذا العالم إلى عالمه الخاص من صنع خياله**"** (مصطفى القمش،46:2011).

## 3) أسباب التوحد:

تعد معرفة الأسباب الحقيقية لمشكلة التوحد من أهم الخطوات العملية للوقاية والتشخيص والعلاج، وهناك العديد من الأسباب والافتراضات التي يفترض أنها سبب وراء حدوث الإصابة باضطراب التوحد منها:

### أولا: الأسباب النفسية والأسرية:

تعتبر النظرية السيكو دينامية من أقدم النظريات في تفسير الأسباب المتوقعة للتوحد، حيث كان يعتقد أن شذوذات معينة في شخصية الأم وطريقة تربية الطفل تهيئ لحدوث هذا الاضطراب، ونظرا لأهمية العلاقة بين الطفل وأمه في الشهور الأولى من حياة الطفل ودورها في الإصابة بالاضطراب فقد تم تصنيف مكونات هذه العلاقة فيما يلي: (مجدي غزال،37:2007).

**أ- ميكانيزمات العلاقة النفسية بين الأم والطفل:** فيرى **"ليو كانر" (1943) "Leo kanner"** إلى أن أعراض الإصابة بالتوحد تعود إلى عدم نضج وتطور الأنا وهذا يحدث نتيجة نمو الأنا بطريقة خاطئة خلال الثلاث السنوات الأولى من حياة الطفل ونتيجة المناخ النفسي السيئ الذي يعيش فيه الطفل (وليد خليفة وآخرون، 2010: 43).

فعدم تمتع الطفل بالاستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة يفشل **"أنا"** الطفل في تكوين إدراكه للأم التي تعد بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي، وبالتالي لم تسمح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه (لمياء بيومين،32:2008).

فكانر يعتبر أول من تحدث عن أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة وشخصية الوالدين غير السوية، ورأى أن الوالدين يتسمون بالبرود الانفعالي، فصفات الوالدين الشخصية والبيئة الاجتماعية تلعب دورا رئيسيا في حدوث التوحد لدى الطفل (سناء سليمان،65:2014).

ويشير **"أوجرمان"** أن فشل العلاقة العاطفية بين الأم والطفل قد يكون مرتبطا ببعض أنواع الانفصال عن الأم سواء كانت طبيعيا أو عاطفيا فمن بعد الأسباب التي ينشأ عنها الفشل هذه العلاقة (هيفاء الفقرة، 35:2014).

وإن اضطراب العلاقة بين الوالدين يؤدي إلى فقدان الهدوء اللازم لتربية الطفل تربية سوية، عدم الاستجابة للطفل باستمرار يجعله يفضل الأشياء عن الناس ويشك في استجابات الإنسان بصفة عامة، غيرة الأب من ارتباط الأم بطفلها تجعل الأم لا تحافظ على هذا الارتباط، وجود صعوبات الطفل منذ الميلاد سبب بعض العيوب الخلقية في فك الطفل أو مرض الأم او ولادة قبل الميعاد

كما وجد أن آباء الأطفال التوحديين يتصفون بالبرودة وهم سلبيون من الناحية الانفعالية مع أطفالهم ولا يزودونهم بالحنان والدفء الكافي (إلهام حسن،2016 :16).

وهذا ما فسره بعض الأطباء النفسيين حيث يرون أن التوحد ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو الأولى من عمر الطفل، وهذا يؤدي به إلى اضطرابات ذهنية كثيرة (عبد القادر شريف،304:2014).

**ب- الانسحاب الجزئي:**

- إن بسبب عدم تدعيم الآخرين لأي سلوك تواصلي يصدر من الطفل يجعل الطفل يبتعد عن أي إكمال العلاقة أو يحاول تكوين علاقة سطحية ليحمي نفسه من فشل هذا الاتصال.
- خوف الطفل وانسحابه من الجو الأسري (مصطفى القمش،33:2011).

**ج- الانسحاب الاختياري:**

- تحدث الطفل بهدوء داخل في الليل داخل البطانيات عندما يعتقد أن لا أحد يسمعه أو يراه.
- يظهر اجتنابا بصريا للمثيرات المحيطة به، وينسحب من كل مجال تعلم (محمد التميمي،32:2014).
- وتساهم العوامل النفسية أهمية التكوين الأول لشخصية الطفل حيث يحتاج إلى بيئة آمنة ومريحة يستطيع فيها خوض تجربة إيجابية من خلال لقائه مع الأشخاص الذين يحمونه ويشبعون حاجاته (محمد خطاب،2009 :41).

ولقد أجريت دراسة **"Burdkerbesha" (1998)** التي هدفت إلى التعرف على التفاعل بين العوامل النفسية والعصبية ولقد أجريت على طفلة تعاني من التوحد عمرها سنه وعشرة أشهر و يشير تاريخ الحالة إلى قيام الوالدين برحلة تركت فيها الابنة مع الجدة فأخذت تبكي من **8 - 9** ساعات وتردد كلمات ماما ذهبت حتى نامت، وعند استيقاظها صباحا ذهبت إلى النافذة وكررت أمي ذهبت، وبعدها بساعة أصبحت هادئة و تتجنب التفاعل مع أعضاء الأسرة، وفي اليوم التالي توقفت عن الكلام وبدأت أعراض

التوحد تظهر كالحملقة واللعب بشكل غير مميز....إلخ، ورغم عودة الوالدين استمرت الحالة وعند وصولها لسن **03** سنوات لم تتغير وأصبحت مدمر وغير قابلة للتعديل في سن 04 سنوات، مما استوجب دخولها المستشفى ورغم تحسنها من خلال العلاج إلا أن التوقف عن الكلام وفرط الحركة ظل متواصلا حتى سن 06 سنوات، وهذه الحالة تؤكد دور العوامل النفسية في حدوث التوحد(فهد الحمادة،2015 :29).

## ثانيا: الأسباب العصبية والبيولوجية والكيميائية:

### 1: الأسباب العصبية:

إن اضطراب التوحد حالة لها أصول عصبية نمائية، حيث قد أوضحت الدراسات وفحوصات الرنين المغناطيسي أن حجم المخ لدى الأطفال التوحديين أكبر من الأطفال الأسوياء، على الرغم من أن التوحديين المصابين بتخلف عقلي شديد تكون رؤوسهم أصغر حجما، كما أن لديهم تخطيط كهربائي دماغي غير عادي في (**50% -80%**) لدى الأطفال التوحديين (إبراهيم الزريقات،2010: 94).

وقد ترجع إعاقة التوحد إلى خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي، وقد يكون هناك قصور معين في الوظائف الفيزيولوجية والكهربائية، وهذا ما يفسر المشكلات اللغوية والعقلية والمعرفية والحسية التي يعاني منها الطفل التوحدي، ويفترض أن هناك أسباب عديدة لحدوث هذا الخلل منها:

- تعاطي الأم الحامل للعقاقير والأدوية والمهدئات.
- الالتهابات التي تصيب الأم الحامل الناتجة عن الأمراض المعدية.
- نقص الأكسجين اثناء عملية الولادة (فاروق الروسان،2010: 260).

ولقد أجريت دراسة **"لموترون واخرون"** عام **1997** على طفل عمره عامين يعاني من التوحد ولقد كشفت أشعة الرنين المغناطيسي إلى وجود إصابة شديدة في الفص الصدغي الأيمن لدى هذا الطفل. (وليد خليفة وآخرون،38:2010).

كذلك أثبتت دراسة **"إيمان العلى" 1995** تصويرالمخ المغناطيسي يشير إلى احتمال وجود دور لجذع المخ حالات التوحد ووجود اضطرابات في أسفل المخ (لمياء بيومي،2008 :35).

كما أشارت دراسات **"ريملاند Rimland" 1966** إلى دور الحوادث والصدمات البيئية المختلفة التي تصيب الرأس وما ينتج عن ذلك من خلل في الجهاز العصبي المركزي، وبالتالي حدوث حالة التوحد (أدافر لمياء،50:2012).

كما قد قدم أدلة اعتبر فيها أن التوحد اضطراب عضوي وليس نفسي وربما يرتبط بخلل وظيفي غير طبيعي في الدماغ، فهذا الخلل قد يحدث في مرحلة مبكرة من نمو الطفل في رحم أمه من خلال التلف الدماغي، وهذا يفسر المشكلات العصبية التي تصاحب التوحد، كما أن هذه الأعصاب تبدو أصغر حجما منها مقارنة بالأشخاص العاديين (طارق عامر،102:2008).

ومن الأسباب العصبية المسؤولة عن هذه السلوكيات، نذكر ما يلي:

***أ - المخ:***

## 1- نصفي كرة المخ:

ينقسم المخ إلى نصفين أيمن وأيسر، حيث يرتبط الجانب الأيمن بالاستجابات الانفعالية والعواطف والإدراك البصري المكاني ويتعامل مع الكليات، أما الجانب الأيسر فيتخصص في تحليل اللغة والرياضيات ويتعامل مع الجزيئات، بحيث يعملان سويا ولكن المصابين بالتوحد يعانون من انعكاس في وظائف نصفي المخ، حيث يتم تحليل المعلومات اللغوية لدى التوحديين في النصف الأيمن وهي من اختصاص النصف الأيسر لدى الأسوياء (لعوالي فاطمة،59:2015).

## 2- الفصان الأماميان:

يقع هذان الفصان في الجهة الأمامية في مقدمة المخ حول الجبهة، وتسيطر على الحركات اللاإرادية وتتعامل مع حل المشكلات، واتضحت الدراسات أن الفصان الأماميان للأفراد التوحديين يبدوان طبيعيين من حيث الوزن والحجم لكن وجود خلل واضح في الطريقة التي يعملان بها حيث الخلل يبدو في الطريقة التي ترتبط بها الخلايا العصبية بأجزاء أخرى للمخ بالإضافة إلى وجود نشاط كهربائي أقل من المستوى الطبيعي في الفصين الأماميين بسبب خلل في ارتباط الفصين مع باقي أجزاء الجسم (رائد العبادي،172:2011)

### 3 - الفصان الجداريان:

يقعان خلف الفصان الأماميان من المنطقة العليا للدماغ والتي تحتوي على القشرة الحسية التي تعمل على معالجة المعلومات الحسية التي تتعامل مع الإحساسات الجلدية ومعالجة اللغة كما يعملان هذان الفصان على دمج جميع المعلومات الحسية والمكانية والذاكرة اللفظية قصيرة المدى والرياضيات، وإن الاطفال التوحديين يعانون من خلل في استقبال المعلومات الحسية ودمجها (مصطفى القمش،35:2011).

### 4 - الفصان الصدغيان:

للفصين الصدغيين وظائف مهمة و مساحة كل منهما صغيرة من كل فص منهما (القشرة الصوتية)، تقوم بتفسير المعلومات الصوتية وبعض الفصوص الأخرى تقوم بوظائف أخرى منها الذاكرة، الإدراك، الأحلام، ويحوي كل منهما العديد من مكونات الدماغ اللوزية وقرن أمون وهما جزءا من الجهاز الطرفي حيث يعد قرن أمون المسؤول عن التعلم والذاكرة وبعض الجوانب الاجتماعية، أما اللوزية تسيطر على العواطف والعدوانية، وما قد لوحظ أن الخلايا العصبية أصغر حجما وأكثر كثافة لدى الأطفال التوحديين وحتى إن بدت اللوزية وقرن أمون بالشكل الطبيعي إلا أنهما لا يعملان بالشكل الصحيح، حيث تظهر لدى التوحديين سلوكيات عدوانية وانسحاب اجتماعي وقصور في التعلم من المواقف الخطيرة وهذا كله مرتبط باللوزية وقرن أمون (محمد خطاب،45:2009).

### 5- خلل في المخيخ:

حيث لا يؤدي دوره من حيث استقباله للمعلومات وإرسالها لأجزاء أخرى من الدماغ بشكل فعال فيعوق الطفل عن تحويل انتباهه من شيء لآخر دون أن تفوته أي معلومة (حسام أبو زيد،2011: 49).

### ب- الخلايا العصبية:

ظهر لدى العديد من المصابين بالتوحد وجود خلل في النشاط العصبي، حيث هناك من لديه زيادة في النشاط العصبي ومنهم من لديه نقص في النشاط العصبي عن المستوى الطبيعي، وخلل في التنظيم العصبي وخلل في حركة خلايا المخ (نايف الزارع،42:2010).

## 2: الأسباب البيولوجية:

تعتبر العوامل البيولوجية المسؤولة عن وظائف الدماغ وعن سلوكيات الإنسان وتعليمه، حيث تؤثر على النمو الطبيعي للجهاز العصبي المركزي وبالتالي تؤدي إلى السلوكيات التوحدية.

وتعد ظروف الحمل والولادة من الأسباب المشتركة بين غالبية الإعاقات بشكل عام بما فيها اضطراب التوحد (كوثرعسلية،24:2006).

- إصابة الدماغ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها.
- إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء فترة الحمل.
- كبر سن الأم فوق **35** سنة قد يؤدي إلى احتمال الخلل الوظيفي لدى الجنين (نايف الزارع، 49:2010).
- إتباع الأم لنظام غذائي صارم (الحمية) بقصد إنقاص الوزن أثناء فترة الحمل، وهذا يعتبر مضرا وخطيرا على صحة الأم والجنين حتى ولو كان لفترة زمنية قصيرة.
- تعرض الأم الحامل للضغوط النفسية كفقدان شخص عزيز أو ضغوطات العمل (نادية اللهيبي، 38:2009).
- نقص الأكسجين أثناء الولادة.
- اختناق الجنين بالحبل السري والولادة العسرة.
- التهابات الدماغ والحصبة الألمانية وتصلب الأنسجة الدرني.
- تضخم الخلايا الفيروسي الذي يصيب الجنين داخل الرحم.
- تناول الأم الأدوية في فترة الحمل دون استشارة الطبيب يؤدي إلى اضطرابات في الدماغ(حسام أبو زيد،34:2011).
- تعرض الأم لحالات نزيف أثناء الحمل وذلك بعد الشهور الثلاثة الأولى.
- زيادة فترة الحمل عن **42** أسبوعا (طلال التقفي،43:2015).

كما قد أشارت العديد من الدراسات أنه يوجد مضاعفات سلبية لاضطراب التوحد ففي فترة الحمل قد يؤثر نزيف الأم على الجنين، كذلك قد تؤثر العقاقير التي تتعاطاها الأم اثناء فترة الحمل على الجنين،

كما وجد أن السائل الداخلي المحيط بالجنين في تاريخ الأطفال التوحديين موجود بنسبة أكبر مقارنة بالفئة العادية، حيث قد يصاب الطفل بعد الولادة بمتاعب التنفس والأنيميا (لعوالي فاطمة،61:2015).

ولقد ذكر **"محمود حمودة" (1991)** أن هناك مضاعفات عديدة تحدث أثناء، وتكثر في ولادة الأطفال التوحديين عن غيرهم كالولادة المبكرة أو الولادة المتأخرة (أحمد سليمان،31:2010).

كما قد ذكر **"لورنا وينج" (1994)** في دراسته أنه من الصعوبات الشديدة التي تحدث خلال الولادة هي نقص الأكسجين والذي يؤدي إلى إصابة المولود بصعوبة بصرية حادة وبتلف دماغي وباضطرابات توحدية (لمياء بيومي،34:2008).

ولقد أشار **"دايكنوماكملان" (1993)** إلى أن تعرض الأم لمشاكل قبل الولادة مثل الحصبة الألمانية أو الولادة المبكرة أو إدمان الأم للكحوليات، أو تعرضها لمشاكل أثناء الولادة نفسها كنقص الأكسجين كلها أسباب لإصابة الطفل باضطراب التوحد (وليد خليفة وآخرون،38:2010).

## 3: الأسباب الكيميائية:

تلعب الكيمياء دورا مهما في عمل الجسم البشري، حيث أن المخ يتكون من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارات العصبية من الأعضاء والحواس إلى الدماغ، أو الأوامر الصادرة من الدماغ إلى الأعضاء المختلفة في الجسم عن طريق الناقلات العصبية التي تعتبر مواد كيميائية بتركيزات مختلفة كما أن لها دور كبيرا في حدوث اضطراب التوحد (فهد الحمادة،49:2015). ومن بين هذه الناقلات العصبية:

### *1- السيروتونين:*

لديه العديد من الوظائف العمليات السلوكية التي يتحكم بها وحيث يرتبط بالسيطرة ومعالجة المعلومات الحسية وإفراز الهرمونات، السلوك الجنسي، الشهية الإحساس بالألم التفكير بالانتحار،الذاكرة، السلوك النمطي والنوم، وينشئ في الدم من جدران الأمعاء خلال عملية الأيض وفي حالة شذوذ عملية الأيض يترسب بكميات أعلى في الدم أو البول لدى التوحديين (أشواق ناصر،38:2017).

كما تتفق معظم الدراسات على أن مستوى السيرتونين في الدم المحيطي أعلى لدى الأطفال التوحديين مقارنة بالأطفال الأسوياء، وقد ينخفض تدريجيا ما بين السن الثانية وسن الخامسة عشر دون أن يصل إلى المستوى الطبيعي (حسام علي،25:2014).

وقد أجرى كل من **"Kan, Patricia &Kandwar" (1998)** دراسة هدفت إلى التعرف على شذوذ الأيض على عينة قدرت ب (50) طفل توحدي، حيث أخذت عينات من دم وبول هؤلاء الأطفال، وقد كشفت النتائج أن هناك ارتفاع في الأحماض الذهنية، وهو ما تم تفسيره بأن تراكم الأحماض الذهنية لديه تأثيرات ضارة على المخ والغدد الصماء وأنظمة المناعة وكلها مميزة في الاضطراب التوحدي (مجدي أحمد،58:2013).

### *2- الدوبامين:*

يطلق عليه **"سيبستانيا نيقرا"** وهو يؤثر في مختلف الأنشطة الهامة كالحركة والانتباه الاختياري والتعلم والأكل والشرب، كما أنه ينظم الحركة المفرطة والسلوكيات النمطية (هناء عبد الحافظ،37:2015). وقد أشارت العديد من الدراسات أن هناك ارتفاعا في نسب الهوموفانليك في بول الأطفال التوحديين وفي سائل الدماغ الشوكي لأن تمثيله في جسم الإنسان يحوله إلى حمض الهوموفانليك (ريما فاضل،40:2010).

### 3- الأحماض الأمينية النيروببتيد:

تعمل بمثابة مخدر حيث يلاحظ عملها لدى الأفراد ذوي التوحد في عدم الشعور بالألم والتعمد نحو إيذاء الذات والنشاط الحركي الزائد والسلوك النمطي وضعف الترابط الاجتماع، حيث تم فحص بول مجموعة من الأطفال التوحديين وقد وجد لدى **05%** منهم مقادير كبيرة من الأحماض الأمينية (عصام النمر، 231:2015).

### 4- النيوربينفرين:

يعمل هذا الناقل على المحافظة على اليقظة والأحلام وتنظيم المزاج، وقد تبين ان نسب هذا الناقل تكون متفاوتة عند الأطفال التوحديين (أشرف نخلة،172:2013).

### رابعا: الأسباب المناعية:

لقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي لدى الأفراد التوحديين، حيث وجد أن هناك عوامل مناعية غير ملائمة بين الأم والجنين تساهم في حدوث اضطراب التوحد (آية جاد الله، 2018: 40).

حيث أن الكريات اللمفاوية لبعض الأطفال التوحديين تتأثر وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات، وهي حقيقة تشير إلى احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل (سناء سليمان،2014: 69).

يشير كمال مرسي إلى أن أخطر الفيروسات التي يمكن أن تصيب الجنين عن طريق المشيمة، والتي يرتب عليها إما وفاته أو إعاقة نموه داخل الرحم الجدري، النكاف، التهاب الكبد الوبائي والحصبة الألمانية (طلال الثقفي،45:2015).

إن الجهاز المناعي يحمي الطفل عن طريق تكوين أجساد مضادة للقضاء على الفيروسات والتخلص منها، فإذا حدث له أي إصابة أو ضعف يكون الطفل عرض للإصابة بالعدوى الفيروسية التي تنتج عنها اضطرابات في نمو الطفل وقد يصاحبها الإصابة بالتوحد ( رابية حكيم ،35:2003).

## 3- الأسباب الأيضية:

يعاني الأطفال التوحديين من صعوبة في عملية التمثيل الغذائي و حساسية عالية لبروتيني الجلوتين الموجود في القمح ومشتقاته و الكازين الموجود في الحليب و مشتقاته، بسبب عدم امتلاك الطفل التوحدي للإنزيمات المسؤولة عن هضم تلك البروتينات فيؤدي إلى تراكمها على شكل سلاسل ببتيدية طويلة تسبب انتفاخا في الأمعاء، مما يؤدي إلى زيادة نفاذيتها، و بذلك ترتفع نسبتها في بول الطفل التوحدي (أحمد سليمان،31:2010).

وهكذا يمكن أن تتسرب كميات غير طبيعية فتنتقل إلى الدماغ عبر الدم، مما يؤدي إلى ظهور سلوكيات توحدية عند الطفل نتيجة تراكم تلك الأحماض في المخ على شكل مواد أفيونيه (زياد اللالا وآخرون، 2012: 403).

أي إن عدم هضم الكازين والبروتين بطريقة فعالة ينتج عنه بروتينات وهي عبارة عن مواد مخدرة شبيهة للأفيون مثل **"كازومورفين"**، وبالتالي يصبح لها تأثير أفيوني مخدر تتسرب إلى الدماغ وتتعامل مع مستقبلات المخ (حسام أبو زيد،2011: 38).

كما أن عدم هضم الأطعمة التي تحتوي على الحليب أو القمح إما بسبب نقص في الإنزيم الهضم أو نقص بعض المواد المعينة المساعدة في الهضم، وأن نفاذية جدار الأمعاء لدى الأطفال التوحديين بسبب النسب العالية للخمائر، حيث يتعرض الطفل التوحدي لالتهابات في الأذن، وفي ضوئه يتناولون المضادات الحيوية لعلاج هذه الالتهابات بدورها تؤدي إلى زيادة في نمو الخمائر في الأمعاء وتنخفض المناعة لديهم (سلوى الحاج،51:2016).

ولقد لوحظ لدى بعض الأطفال التوحديين ارتفاع نسبة الببتيدات التي تؤثر على عمل المخيخ فتزيد من حالة فرط الحركة وهي مادة موجودة في الحليب البقري، حيث أن الأطفال التوحديين لا يهضمون بشكل جيد الجيلاتين الموجود في الحبوب وخاصة القمح، مما يرفع نسبه العصبية المركزية في الدماغ يمنع الهضم التام ويقلل من استفادة الجسم من الطعام (الصبي عبد الله،35:2003).

## 4- الفرضية الصينية:

لقد وضع الباحثون الصينيون في مجال التوحد نظرية الكلى حيث تنص على أن الكلى هي عضو خلقي موجود منذ الولادة بينما الطحال هو عضو وظيفي رئيسي بعد الولادة (كوثرعسلية،2006 :24). كما افترضوا أن سبب التوحد بعد الولادة غالبا يكون تلف في الجهاز الهضمي، وهو عبارة عن مشكلة في الطحال أو المعدة سويا تمنع الجسم من امتصاص فيتامين **ب 6** من العناصر الغذائية التي تساعد على نمو وتطور المخ، كذلك الكليتان والطحال التالفان يسببان تلف الجهاز المناعي، كما أن هذه الفرضية الصينية تشير إلى أن المخ هو محيط النخاع، والكليتين تهيمن وتنتج النخاع بالنسبة للأطفال التوحديين (يطو يمينة،2014: 36).

وإن التوحد الذي يحدث أثناء الحمل يعزى إلى مشكلة وظيفة الكلى لدى الوالدين والتي ربما تكون عند الأم وأحيانا الأب كلية ضعيفة فإن الجسم لا يمتص فيتامين **ب 6** بطريقة فعالة، فنقصه يعوق بناء المخ ونتيجة لذلك يولد الطفل ذو اضطراب وظيفي في المخ (روان البار،2016: 21).

## 5- الفرضية البيئية والفيروسات واللقاحات:

### أولا: الفرضية البيئية:

تعتبر البيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي ينشأ فيها الطفل ذات دور كبير في حدوث أو منع أو تطور اضطراب التوحد، فقد تؤثر العوامل البيئية في تطور اضطراب التوحد من خلال ما يلي: (أحمد سليمان،30:2010).

- يفترض بعض الباحثين أن تعرض الطفل في مراحل نموه الحرجة إلى التلوث البيئي له علاقة بالإصابة بالتوحد، حيث يحدث تلف دماغي أو تسمم في الدم (فاروق الروسان،260:2010).

- التسمم بالتوكسينات وبالزئبق والرصاص وهيدرو كوربون البولي كلورينتد والتسمم الزئبقي لمادة الثيميروسال وهي المادة الموجودة في حافظات التطعيمات حيث أن الزئبق له آثار سامة على الأعصاب (هناء عبد الحافظ،31:2015).
- التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة السينية أو التسرب الإشعاعي للأم الحامل.
- التلوث الغذائي عن طريق استخدام الكيماويات يؤدي إلى حدوث تسمم عضوي عصبي إذا ما تعرضت له الأم الحامل أو الطفل بعد ولادته (هالة وآخرون،31:2013).

وقد وجدت في دراسة **"فيلستي" 1981 (Felicetti)** التي هدفت إلى دراسة العلاقة بين الأمهات التي يتعرضن في عملهن إلى مواد كيمياوية سامة وبين اضطراب التوحد أن هناك احتمال أكبر لإنجاب الأمهات لأطفال يعانون من توحد أو أسبيرجر وهذا للأمهات اللاتي يتعرضن إلى مواد كيميائية سامة (رحمة محمد،37:2018).

## ثانيا:فرضية اللقاحات:

تعتبر المطاعيم واللقاحات التي تعطى للأطفال ذات علاقة باضطراب التوحد، وخاصة اللقاح الثلاثي الفيروسي **(MMR)**، ويعتبر السبب الرئيسي هو توقيت إعطاء اللقاح الذي يكون مع بلوغ العام الأول من العمر وهو يوافق بداية التقدم والتطور في القدرات الكلامية (محمد الكيكي،83:2011). فإن لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية تزيد من الخلل، حيث قد أثبتت بعض الدراسات في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية أن هناك علاقة بين حدوث التوحد وهذه اللقاحات فقد وجد أنها أعلى بكثير من النسبة المسموح لها وقد تكون من الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة باضطراب التوحد (وليد حسن،19:2014).

وهذا ما أكدته الدراسة التي قام بها **"أندروويكفيلد وزملائه"** عام **(1989)** في بريطانيا، حيث قاموا بفحص **12** طفلا كانوا يعانون من اضطرابات معوية، وقد أثبتت لاحقا أنهم عانوا من أعراض التوحد بعد فترة أسبوع إلى أسبوعين من أخذ اللقاح الثلاثي الفيروسي **(MMR)** وهذا ما جعل الكثير من الاباء يسحبون أطفالهم من برامج التلقيح خوفا من إصابتهم بالتوحد. لكن تعرضت هذه الفرضية إلى عدة انتقادات لافتقارها إلى الأدلة العملية، ولذلك لم تؤكد هذه الدراسة تأثير اللقاح الثلاثي الفيروسي على ظهور

## ثالثا: الفيروسات والأمراض المعدية:

لقد أوجد العلماء علاقة بين إصابة الأم ببعض الالتهابات الفيروسية واضطراب التوحد، ومن بين هذه الالتهابات الحصبة الألمانية والتهاب الخلايا الفيروسي، وتضخم الخلايا الفيروسي، وفيروس هربسالبسيط، حيث أن أحد هذه الفيروسات ينتقل عن طريق العدوى إلى الجنين وهو لا يزال في الرحم، فيكون هذا الفيروس عند الحد الأدنى له من إحداث الإصابة فيولد الطفل ويبدو وكأنه طبيعي سوي ثم ينشط هذا الفيروس عن طريق ضغوط الحياة اليومية (حازم إسماعيل،26:2012).

ولقد تبينت في إحدى الدراسات أن إصابة الطفل داخل الرحم بأي فيروس يحدث خلل بسيطا للطفل ويظل كامنا حتى يبدأ نشاطه عندما يتعرض الطفل لتجربة نفسية مؤلمة (محمد التميمي،35:2014).

## رابعا: فرضية المخدرات والتدخين:

لقد اهتمت عدة مقالات حديثة بوصف متلازمة الكحول الجيني والتوحد، حيث أن الأثينول معروف بأنه سبب للإصابة قبل الولادة للجهاز العصبي المركزي، ويبدو من المعقول مع ذلك توقع زيادة مخاطر الإصابة بالتوحد (أسامة مصطفى،285:2014).

تعاطي الأم الحامل للكحوليات وهي ما تؤدي إلى ما يعرف بجملة تعرض الجنين للكحوليات وهو الأمر الذي يؤدي إلى التخلف العقلي أو اضطراب التوحد (محمود الشرقاوي،32:2016).

ولقد أجرى **"هيلتمين وآخرون" (Haltman et all ,2002)** دراسة لمعرفة العلاقة بين تدخين الأم الحامل واضطراب التوحد، وقد أثبتت النتائج ارتباط تدخين الأم أثناء فترة الحمل بإصابة الطفل باضطراب التوحد (زياد اللالا،405:2012).

## 7 - نظرية العقل:

يرى أصحاب هذه النظرية أن اضطراب التوحد سببه اضطراب إدراكي نمائي، فالطفل التوحدي يعاني من انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة والتي ترجع بدورها إلى انخفاض قدرتهم على الإدراك (علي زعارير،19:2009).

حيث أن مشكلتهم الرئيسية هي عدم القدرة على فهم الآخرين وفهم أنفسهم، كما أن الطفل التوحدي لا يفهم كيف يؤثر سلوكه بأفكار ومعتقدات الآخرين (إبراهيم الزريقات،103:2010).

كما تشير هذه النظرية إلى الكيفية التي يتعامل بها الفرد مع أفكار ومعتقدات ومشاعر الآخرين من فهم وإدراك وتنبؤ، حيث أن الأطفال التوحديين لديهم صعوبة على استنتاج وتقدير الحالات العقلية ومثال ذلك أنهم يجدون صعوبة في تصور الإحساس والشعور لدى الآخرين، و يعتقدون أنك تعرف تماما ما يعرفونه، ولا يفهمون أن أفكارهم تختلف عن أفكار الآخرين وهذا ما يجعلهم غير قادرين على القيام بأخذ دور الآخرين، و لا يستطيعون فهم أن أفكار ومشاعر الآخرين يمكن قراءتها من خلال الإشارات (رلى سنقرط،37:2014).

بمعنى آخر أن الطفل التوحدي غير قادر على التنبؤ بسلوك الآخرين وتفسيره من خلال حالتهم العقلية، أي لا يرى الأشياء من وجهه نظر الشخص الآخر، وهذا يشتمل على صعوبات في إدراك الانفعالات والانتباه المشترك والتقليد والقدرة على التظاهر والانتماء للآخرين و هذا ما يؤدي إلى العجز الاجتماعي لديهم (عصام النمر،232:2015).

## 8 - نظرية التماسك أو الترابط المركزي:

يشير **"هالانوكوفمان" (2006) "Kauffman&Hallahan"** إلى أن الباحثين يرون أن الأفراد ذوي التوحد عادة ما يكون لديهم تماسك مركزي ضعيف، والترابط المركزي هو الميل الطبيعي لإضفاء النظام والمعنى على تلك المعلومات التي توجد في بيئتهم وذلك عن طريق إدراكها ككل ذي معنى بدلا من إدراكها كأجزاء متباينة، إلا أن ذوي التوحد يدخلون في التفاصيل بطريقة كلاسيكية (مجدي غزال، 18:2007).

تقل القدرة على الترابط بين نطاق واسع من المثيرات وتعميمه على السياقات لدى الأطفال التوحديين كما أنه لا يبدو أنهم يدركون أن طريقتهم في معالجة المعلومات غير مترابطة (طارق عامر،105:2008). أي ترى هذه النظرية بأن الأطفال التوحديين يعانون من ضعف ملحوظ في الوصول إلى النتيجة المطلقة أو الاستنتاج والحصول على المعنى الوظيفي من المثيرات البيئية،وهذا الضعف يحدث في المستوى الإدراكي الدلالي ويؤثر على فهم المعلومات اللفظية لدى هذه الفئة من الأطفال (أشرف نخلة، 172:2013).

أي عيوب في دمج المعلومات ومعالجتها في المستوى الأعلى من المعلومات الكلية، فيكون التوجيه الإدراكي على أجزاء العناصر أكثر من الشكل الكلي، وهذا ما يفسر غياب التداخل الكلي لديهم (يطو يمينة،37:2014).

## 4) أنواع التوحد :

ينتمي اضطراب التوحد إلى مجموعة من الاضطرابات النمائية التي تصيب الأطفال قبل بلوغهم سن الثالثة من العمر، حيث تؤدي إلى قصور في عدة مجالات من النمو النفسي والاجتماعي، وتعرف هذه الاضطرابات بالاضطرابات النمائية العامة أو التطورية الشاملة (فاروق الروسان،253:2011)، ومن بينها :

### ✓ متلازمة أسبرجر :Asperger's Syndrome

هو نوع من الاضطرابات النمائية الشاملة عرف على يد **"هانز أسبرجر" (1944)** لذلك سمي بمتلازمة أسبرجر، كما أن أغلبية المصابين من الذكور (عبد العزيز سليم،214:2011).

ويميزه خلل كيفي في تكوين وتبادل العلاقات الاجتماعية، وقصور حركي في التواصل اللفظي و غير اللفظي كتعبيرات الوجه، و اضطرابات في الكلام رغم النمو الشبه طبيعي في تكوين حصيلة لغوية (فهد الحماد،15:2015).

وهذا النوع من الاضطراب عادة ما يتم اكتشافه في وقت متأخر عند التوحديين و معظم المصابين به ذكور، و يتميز بصعوبة في التفاعل الاجتماعي خاصة عند تواجد الطفل في بيئات خارج المنزل (لعوالي فاطمة،63:2014).

وسلوكيات شاذة و محدودية الاهتمامات، قصور في مهارات التوازن والتصلب والالتصاق في المقعد الذي يجلس عليه،الكلام التكراري،إخراج الصوت بنفس الوتيرة،حب الروتين مع وجود ذكاء طبيعي أو عالي (سوسن الجلبي،22:2015).

### ✓ متلازمة ريت :Rett's Syndrome

هي أحد اضطرابات النمو الشاملة، وهو اضطراب عصبي تصاعدي، يؤثر على البنات فقط، يظهر عادة مابين الشهر 6-18 من عمر البنت (أسامة مصطفى،284:2012). تمتاز بتطور طبيعي لتبدأ القدرات

العقلية و اللغوية والاجتماعية و الحركية للبنت بالتراجع، و تفقد البنت المهارات التي اكتسبتها كالمشي والكلام واستخدام اليدين (نايف الزارع،106:2010). و يمتاز كذلك بضعف تآزر العضلات و عدم إظهار التعبيرات الوجهية، وعدم استعمال اليد في تأدية الوظائف المختلفة، و فقدان انتظام الحركة، و حركات يد نمطية (حازم آل إسماعيل،13:2011). وكذلك من أعراضه صعوبات في التنفس، اهتزاز الأطراف، خمول الحركة، عدم توازن في المشي، و طحن الأسنان و صعوبة في المضغ (عبد القادر شريف،310:2014).

**ومن معايير تشخيص متلازمة ريت:**

- تطور طبيعي لمرحلتي ما قبل الولادة.
- تطور نفس حركي طبيعي في الأشهر الخمسة الأولى.
- قياس محيط الرأس لدى الطفل في حدود الطبيعي.(رائد العبادي،121:2011).
- تراجع في قياس محيط رأس الطفل مابين الشهر الخامس والثامن.
- فقدان المهارات المكتسبة ما بين الشهر الخامس و الثلاثين وظهور حركات نمطية كالتصفيق باليدين،وظهور حركات غير متناسقة على مستوى الجذع مما يسبب عدم الاتزان في الوقوف .
- فقدان التآلف الاجتماعي و قصور في الاتصال (محسن الكيكي،84:2011).

### ✓ اضطراب الطفولة التراجعي: childhood disintegrative disorder

يعرف أيضا **بمتلازمةهيلرHeller's syndrome** وهو حالة نادرة،ونوع آخر من اضطرابات النمائية الشاملة و التي تتشابه أعراضها مع التوحد (وفاء الشامي،40:2004). و يتصف بسلامة النمو الإدراكي و التواصلي و الاجتماعي حتى بلوغ سن العامين (يطو يمينة،28:2011). ليفقد الطفل المهارات المكتسبة قبل سن العاشرة من العمر و يتراجع في الكثير من الوظائف كالقدرة على الحركة المشي، التحكم في التبول و التبرز، المهارات اللغوية و الاجتماعية (عادل شبيب،35:2008). و يظهر هذا الاضطراب لدى الذكور أكثر من الإناث (فهد الحماد،16:2015).

### ✓ متلازمة السافانت أو الموهوب :Savant Syndrome

هو توحد شديد يمتاز بتأخر نمائي شديد في القدرات العقلية والمهارات اللغوية والاجتماعية، ويتميزون أطفال هذه المجموعة أيضا بقدرات ومواهب غير عادية في مجالات محددة كالرسم والموسيقى والحساب والفن (إبراهيم الزريقات،56:2010).

### ✓ متلازمة الكروموسوم Xالهش : Fragile X Syndrome

هو اضطراب جيني في الكروموسوم الأنثوي x ويظهر لدى 10% من أطفال التوحد و خاصة الذكور، و يظهرون سلوكيات مشابهة للتوحد من حيث ضعف التواصل البصري ورفرفة اليدين و تأخر النطق و إيذاء الذات (عادل محمد،40:2010). ولديهم تخلف ذهني بسيط أو متوسط، ولكنهم يتميزون بصفات جسمية: بروز الأذن، جبهة الوجه عالية ووجه طويل،مرونة شديدة في المفاصل،استجابات حركي تكرارية، حساسية مفرطة للصوت ،عدم تناسق العضلات و،واضطرابات معرفية (ظافر ديوب،61:2014).

### ✓ اضطراب النمو الشامل غير المحدد: NOS(PDD)

هو تأخر عام في النمو ويتميز بوجود ضعف عام أو شديد في تطور التفاعل الاجتماعي المتبادل أو التواصل اللفظي (ريما فاضل،19:2014).

ويستخدم كمعيار تشخيص لوصف الأطفال الذين يظهرون سلوكيات مضطربة شبيهة بالاضطرابات النمائية الأخرى (أدافر لمياء،2012: 72). ومن أعراضها : السلوك النمطي، ضعف التواصل اللفظي، وتتسم بأنها أقل درجة من حيث الشدة من أعراض التوحد المعروفة (حسام أبو زيد،85:2011).

وفيما يلي نستعرض لكم أهم الفروق بين بعض هذه الاضطرابات النمائية الشاملة:

| | الاضطراب | | | |
|---|---|---|---|---|
| | أسبرجر | ريت | هيلر(الطفولة التراجعي) | السافانت |
| **معدل الانتشار** | عند الذكور أكثر من الإناث. | الإناث فقط. | أغلبيتهم ذكور | |
| **العمر عند الظهور** | بعد سن الثالثة | بعد 5 أشهر من النمو الطبيعي. | ما بين 3-4 سنوات. | قبل 3 سنوات |
| **الخصائص الجوهرية** | قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي والسلوك – اهتمامات في مواضيع محددة جدا. | عجز في التفاعل الاجتماعي. | قصور كيفي في التفاعل الاجتماعي وسلوك نمطي متكرر ومحدد. | قصور في التفاعل الاجتماعي مع سلوك نمطي محدد. |
| **الذكاء العملي** | درجة ذكاء متوسط أو ما فوق المتوسط. | / | فقدان القدرات المعرفية بعد ظهور الاضطراب. | قدرات معرفية عالية عند البعض أو منخفضة عند البعض الآخر. |
| **اللغة** | لا يوجد تأخر لغوي إكلينيكي. | ضعف شديد في اللغة الاستقبالية والتعبيرية. | فقدان القدرات اللغوية بعد اكتسابها عند ظهور الاضطراب. | ضعف في التواصل اللفظي وغيراللفظي. |
| **معدل الانتشار** | عند الذكور أكثر من الإناث. | الإناث فقط. | أغلبيتهم ذكور | / |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **العمر عند الظهور** | بعد سن الثالثة | بعد 5 أشهر من النمو الطبيعي. | ما بين 3-4 سنوات. | قبل 3 سنوات |

**جدول رقم (01):**يمثل الفروق بين بعض الاضطراب النمائية الشاملة .

(ظافرديوب،59:2014).

## 5) خصائص الطفل المتوحد:

تتعدد خصائص الأطفال ذوي التوحد لتشمل معظم جوانب النمو، وهذه الخصائص تتفاوت من حيث شدتها واستمراريتها ومن بين هذه الخصائص نذكر ما يلي:

### 1- الخصائص الاجتماعية:

- الانسحاب من المواقف الاجتماعية لعدم إدراك وجود الآخرين أو الوعي بهم، والتعامل معهم كأشياء وليس كبشر.
- قصور في تحقيق التفاعل الاجتماعي أو الاتصال الاجتماعي المتبادل (عادل شبيب،2008: 24).
- قصور في التواصل البصري وعدم الاستجابة لانفعالات الآخرين.
- العجز عن محاكاة سلوك الآخرين وتقليدهم، فلا يبتسم للشخص الذي يبتسم له.
- صعوبة في فهم المشاعر والعواطف والتعبير عنها (فاروق الروسان،2010: 263).
- صعوبة في التعبير عن المشاعر الذاتية وفهم مشاعر الآخرين، حيث قد يفهم المشاعر البسيطة كالسعادة والغضب، لكن يجد صعوبة في فهم المشاعر المعقدة التي تتطلب التحليل الإدراكي كالندم.
- صعوبة في تكوين علاقات اجتماعية والمحافظة عليها (وليد خليفة وآخرون،2010: 91).
- قصور في القدرة على فهم المثيرات الاجتماعية وكيفية الاستجابة لها.
- عدم معرفة العادات والتقاليد حيث لا يستطيعون تكوين علاقات اجتماعية مناسبة(إبراهيم الزريقات، 2010: 38).
- لا يبتسم في المواقف الاجتماعية المختلفة وإذا ابتسم تكون الابتسامة للأشياء وليس للأشخاص.
- عدم الاهتمام بوجود الآخرين والانشغال بأشياء تافهة (فوزية الجلامدة،2006: 275)
- عدم الاستجابة عند مناداتهم بأسمائهم.

- الفشل في إظهار علاقة عادية مع والديهم ومع الآخرين، حيث لا يميلون إلى معانقة الأم أو الابتسام أو الابتهاج عند حضور أمهاتهم (نور البطاينة،2006: 124).
- تجنب التواصل البصري مع الآخرين.
- عدم القدرة على القيام بالمهارات الاجتماعية البسيطة لضعف القدرة على التقليد (مجدي غزال، 2007: 18).
- الرفض لمظاهر القبول الاجتماعي كالتقبيل أو الحضن.
- اللعب الفردي وعدم مشاركة الآخرين في اللعب الاجتماعي (رحمة محمد،2018: 20)

## 2- الخصائص اللغوية:

- توقف النمو اللغوي.
- عدم القدرة على المناغاة في الشهور الأولى من النمو.
- مشكلات في اللغة الاستقبالية بشكل عام (كوثر عسلية،20:2006).
- مشكلات في اللغة التعبيرية بشكل عام.
- مشكلات في سماع اللغة حيث يبدو الطفل المتوحد وكأنه لا يسمع (عبد العزيز سليم،236:2011).
- قصور في فهم الكلمات التي يتلقونها من الآخرين.
- قصور في تعميم المفاهيم التي يتلقونها من الآخرين (مجدي غزال،25:2007).
- قصور واضح في القدرات التعبيرية لدرجة أن ما يقولونه يبدو غريبا.
- الفشل في الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة إليهم (حسام علي،14:2014).
- عدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة.
- عدم القدرة على الربط بين المعنى والشكل والمضمون والاستخدام الصحيح للكلمة (هيفاء الفقرة،28:2014).
- عدم القدرة على استخدام القواعد.
- الاستخدام العكسي للضمائر حيث يستبدل الضمير **"أنا"** بالضمير **"أنت"** (هالة وآخرون،41:2013).
- اضطرابات صوتية متمثلة في طبقات صوتية شاذة.
- المصاداة حيث يرددون ما سمعوه في نفس اللحظة وكأنه صدى لهم (لمياء بيومي،15:2008).
- شذوذ في طريقة الكلام ويتمثل ذلك في ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع.

- عدم القدرة على استخدام التواصل غير اللفظي كلغة الإشارة وتعبيرات الوجه وحركات الرأس والإيماءات (هناء عبد الحافظ،25:2015).
- عدم القدرة على تسمية الأشياء وعلى استعمال المصطلحات المجردة.
- يتميز الطفل التوحدي بنطق خاص به حيث قد أسماه **"كانر"** باللغة المجازية على وتيرة واحدة (أسامة مصطفى،2012: 257).

### 3- الخصائص المعرفية العقلية:

إن حوالي **40%** من أطفال التوحد لديهم معامل ذكاء أقل من **55** درجة وحوالي **30** ٪ يتراوح معامل ذكاءهم ما بين **55 - 70** درجة (عادل شبيب،2008: 26).

ومن بين الخصائص المعرفية، نذكر ما يلي:

### 1- الانتباه:

- تشتت في استيعاب المعلومة الحسية يؤدي إلى مشكلات في التعلم والسلوك.
- قصور الانتباه والتركيز وعدم إكمال المهام وأحيانا الميل إلى الحركة باستمرار وتشتت في الانتباه.
- يمكن للطفل التوحد إدامة انتباهه لفترات طويلة للأشياء التي تهمه (وليد خليفة وآخرون،2010: 88)

### 2- الإدراك:

- صعوبة في الإدراك الكلي والتركيز على الجزء من الشكل الكلي.
- صعوبة في إدراك العلاقات واستخدام الرموز.
- الفشل في إدراك كل ما هو واضح.(نايف الزارع،2010: 69)
- عدم القدرة على إدراك الضوضاء أو المناظر المحيطة به.
- عدم القدرة على التعرف على الشخص الذي يعرفه جيدا (هالة وآخرون،2013: 42)
- اختلال في الأنشطة الإدراكية مما يؤدي إلى قصور في القدرة الاتصالية والتفاعلات الاجتماعية.
- عيوب في دمج المعلومات ومعالجتها في المستوى الأعلى من المعلومات الكلية (حازم إسماعيل، 2012: 44).

## 3- الذكاء:

يعاني معظم الأطفال التوحديين من التخلف الذهني حسب مقاييس الذكاء حيث أن **75%** من الأطفال التوحديين تقع درجاتهم في مقاييس الذكاء في مدى التخلف الذهني (هالة وآخرون،2013: 42). وقد نشرالاتحاد القومي للدراسات والبحوث الخاصة باضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية **(2003)** أن حوالي **90%** تقريبا على الأقل من الأطفال التوحديين يقع مستوى ذكائهم في حدود التخلف العقلي البسيط أو المتوسط فقط (ريما فاضل،2014: 43).

## 4- الذاكرة:

يشير**"Margot R.& Chen,C.S" (1967)** إلى أن البيانات التجريبية لقدرات الذاكرة عند الأطفال التوحديين قليلة ومتناقضة، حيث توضح النتائج أن قدرات الذاكرة ومستوى الاستجابة المكتسبة متساوية عند الأطفال العاديين والأطفال المتخلفين عقليا في مهام الذاكرة، وأن الأطفال التوحديين لم يبينوا أي نوع من العجز في الذاكرة (نسرين هياجنة،2014: 39).

- صعوبة في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عالي كتسلسل النشاطات التي وقعت معهم (طاس فتيحة،2015: 21).
- صعوبة في تذكر تسلسل المعلومات اللفظية الطويلة التي تتعلق بما وكيف يفعلون.
- يمكنهم ملاحظة حدوث تغيرات طفيفة في الحجرة (سامي السعداوي، 2018: 41).

## 4- الخصائص الجسمية والحركية:

- يوصف الأطفال التوحديين ببعض جوانب النمو الحركي غير الطبيعية.
- يقفون بطريقة خاصة بهم، حيث يقفون ورؤوسهم محنية إلى الأسفل وينظرون تحت أقدامهم.
- عدم التناسق الحركي للأطراف. (فوزية الجلامدة،2006: 285).
- يغلب على طريقته في الجري والقفز فقدان التآزر والنمطية.
- يمشي ويتحرك بطريقة بدائية كطفل لم يتجاوز عامه الأول.
- أذرعتهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع (كوثر عسلية،19:2007).
- عدم الثبات على استخدام يد معينة، حيث يتبادلون استعمال اليد اليمنى مع اليسرى ما يدل على اضطراب وظيفي لنصفي الأيمن والأيسر (أسامة مصطفى، 2012: 258).
- يواجه صعوبة كبيرة في استخدام أدوات الأكل والشرب وفي ارتداء وخلع الملابس والحذاء.

- يواجه صعوبة كبيرة في التدرب على عمليات التبول والإخراج.
- ارتخاء في عضلات الجسم.(زياد اللالا و آخرون،2012: 416).
- أكثر عرضة لأمراض الجزء العلوي من الجهاز التنفسي وحالات الربو والحساسية والسعال.
- نوبات صرع لاسيما في مرحلة المراهقة والبلوغ.
- حركات تكرارية بقسط الإثارة الذاتية ونشاط حركي زائد (هناء عبد الحافظ،2015: 25).

وقد أجرى **"رابين" (Rapin)** دراسة عام **1996** على **176** طفلا توحديا وجدت أن حوالي **25%** من عينة الدراسة أظهرت ضعف وارتخاء د في عضلات الجسم أي ضعف التوتر العضلي، وأن **30%** من التوحديين ذي الأداء الوظيفي العالي يعانون من عدم تناسق الأطراف مقابل **75%** من ذوي الأداء الوظيفي المنخفض (محمد خطاب،2009: 30).

ولقد أجريت دراسة **"ليمينغ و بريماكومبر و واجنر" (Ming ,Brimacombre , Wagner)** عام **2007** والتي هدفت إلى تقصي نسبة انتشار المشكلات الحركية على عينة متكونة من **(154)** من الأفراد التوحديين حيث أظهرت النتائج أن **51%** من عينة الدراسة يعانون من ارتخاء في عضلات الجسم وأن **34%** منهم لديهم ضعف في التناسق الحركي، وأن **19%** منهم يمارسون المشي على أصابع القدمين، وأن **09%** منهم لديهم تأخر في الأنشطة الحركية الكبيرة، وهذا يظهر مدى شيوع وانتشار المشكلات الحركية لدى الأفراد التوحديين، وقد كشفت النتائج أن تلك المشكلات الحركية تنحسر وتنخفض بتقدم العمر، و ربما بسبب التعاقب النمائي الطبيعي أو بسبب برامج التدخل العلاجي (مصطفى القمش،2011: 61).

## 5- الخصائص التواصلية:

تعد الاضطرابات التواصلية من الخصائص الأساسية التي يعاني منها الأفراد التوحديين، حيث يضم مجموعة متنوعة من الاضطرابات التواصلية اللفظية وغير اللفظية المتفاوتة من حيث الشدة والشكل (حسام أحمد وأخرون2018: 406،).

- عدم تطور الكلام بشكل كلي وهذه الصفة غالبة لدى أكثر من نصف الأفراد.
- تطور اللغة بشكل غير طبيعي واقتصارها على بعض الكلمات النمطية كإصدار كلام غير مفهوم أو تكرار الكلمات التي يسمعونها مباشرة. (نادية اللهيبي،2009: 14).

- تطور اللغة بشكل طبيعي مع حدوث مشكلات تتعلق بعدم الاستخدام المناسب للغة كالانتقال من موضوع لآخر.
- تطور اللغة بشكل طبيعي مع حدوث مشكلات في استخدام الأساليب اللغوية في التواصل اليومي مع الآخرين كلغة الجسم والإيماءات والتعبيرات الوجهية (روان البار،2016: 30)
- تأخر في فهم اللغة غير قادرين على فهم الأسئلة والتعليمات البسيطة.
- صعوبة الانتباه إلى الصوت الإنساني رغم سلامة حاسة السمع (مجدي غزال،2007: 20)
- صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام وفي تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به.
- عدم القدرة على التعبير عن العواطف وعلى الحوار المتبادل (سامي السعداوي،2018: 35)

لقد وجد **"سامرزوهولدينغ ورايتزل" (2004) (Summers ,Houlding, Reitzel , 2004)** في دراسة على عينة متكونة من **(53)** طفلا توحديا وأوضحت النتائج بأن **73%** منهم كانوا ناطقين أو لديهم بعض المهارات الكلامية، وأن **25%** منهم كانوا غير ناطقين واستخدموا أشكال متنوعة من التواصل غير اللفظي كالإشارات ونظام التواصل بالصور، أما **02%** المتبقية فلم يطوروا شيئا من المهارات التواصلية (رحمة محمد،2018: 26)

## 6- الخصائص السلوكية:

- الإصرار على الجلوس في نفس الأماكن عند تناول الطعام.
- غلق الأبواب والنوافذ بإحداث أصوات معينة ومزعجة والإصرار على إعادة غلقها.
- الإصرار على ارتداء نفس الزي ونفس اللون في كل مرة يخرج فيها(مجدي غزال،2007: 24).
- الإصرار على تناول نفس الأطعمة ورفض تغييرها.
- الإصرار على عدم تغيير مكان أي قطعة أثاث في المنزل (محمد خطاب،2009: 27).
- التعلق لحد الهوس بأشياء معينة مثل التعلق بكوب أو قطعة أثاث أو لعبة.
- الإصرار على ممارسة طقوس معينة تعود عليها قبل النوم مثلا كعدم النوم قبل الإمساك بلعبة في يده أو سماع موسيقى معينة أودقات الساعة (فؤاد عيد الجوالد هوآخرون،2012: 352).
- إيذاء الذات حيث ينشغل بالقيام بسلوكيات مؤذية لنفسه والتي تشمل ضرب الرأس والعض وحك الجلد وغيرها، مع عدم إظهار حساسية للألم أثناء الانشغال بهذه السلوكيات .

- إظهار نوبات غضب وهيجان حيث يصرخ ويبكي أو يقوم بحركات معينة كالهز إلى الأمام والوراء، أو القفز والركض كاستجابة للانزعاج أو الإحباط، وأحيانا تتحول نوبات الغضب إلى سلوك عدواني نحو ذاته ونحو الآخرين. (نور البطاينة وآخرون،2006: 124).
- يسكب الطعام على الأرض، يمزق الملابس والكتب ويلقي ويكسر الأثاث واللعب.
- يجرح أصابعه نتيجة لتعامله مع المواد الصلبة ويجلس فوق الأسطح الساخنة جدا أو الباردة جدا. (فاروق الروسان،2010: 264).
- القيام بأنماط السلوك تزعج الوالدين كالصراخ وعمل ضجة مستمرة، عدم النوم ليلا لفترات طويلة.
- نشاط زائد بدرجة كبيرة لدى البعض وخمول لدى البعض الآخر (طارق عامر،2008: 65).

ولقد أجريت دراسة **"لأربل وبنزاين" (2001) (Arbelle& Benzion,2001)** المشار إليها في دراسة **"وايتمان" (Whitman ,2004)** إلى أن بعض الأطفال التوحديين يظهرون مشكلات متنوعة في النوم والتي تتضمن صعوبات في بدء النوم والاستيقاظ ليلا، المشي أثناء النوم والاستيقاظ مبكرا، حيث قدرت بعض الدراسات نسبة انتشار صعوبات النوم بين الأفراد التوحديين ما بين **36%- 83%** (حازم إسماعيل،2012: 42).

## 7 - الخصائص في مجال الاهتمامات والنشاطات المقيدة:

يبدي الأطفال التوحديين العديد من السلوكيات النمطية والتكرارية حيث يلتزمون بسلوك روتيني وبطقوس كترتيب السيارات الصغيرة على الأرض بشكل متتالي، مع الإصرار عليه في مجال الحياة اليومية ومقاومة أي تغيير في الروتين مع إظهار انزعاج عند محاولة إبعادهم عن النشاط الذي يمارسونه (عادل شبيب،2008: 26)

- الانشغال والانهماك بأشياء محدودة وضيقة المدى.
- السلوك النمطي المتصف بالتكرار وخاصة في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة أو تحريك الجسم بشكل معين وبدون توقف دون شعور بالملل أو التعب.(إبراهيم الزريقات،2010: 40)
- الحملقة نحو الأعلى أو نحو مصابيح الإضاءة أو صوت قريب أو بعيد واللوحات الإعلانية الملونة أو نحو الساعة لمدة طويلة دون تعب أو ملل.
- استخدام الحواس بشكل غير عادي كالتقريب الأشياء نحو الفم وتذوقها أو شمها بشكل نمطي (نايف الزارع،2010: 65).
- المشي على أطراف الأصابع والأوضاع الغريبة لليد والجسم وضعف التحكم الحركية.

- الدوران حول نفسه أو حول طاولة أو تدوير يديه ورفرفة الذراعين (زياد اللالا و أخرون،2012: 409).
- عدم القدرة على اللعب التخيلي أي لا يبتكر أو يجدد في طريقة اللعب.
- التعلق بأشياء محددة والارتباط بها بشكل غير طبيعي ولفترة طويلة (هناء عبد الحافظ،2015: 30)

## 8 - الخصائص الانفعالية:

- تقلبات مزاجية مفاجئة وغير ملائمة تتراوح بين نوبات الضحك والبكاء.
- عدم الخوف من الأشياء يخافها الآخرون ولكن يصاب بالهلع من الأشياء تبدو طبيعية (أسامة مصطفى،258:2012).
- عدم الاكتراث والبرود العاطفي الشديد.
- مشاعر انفعالية كالفرح أو الحزن.
- اللامبالاة والنفور من العاطفة والمودة (طاس فتيحة،35:2015).

## 9- الخصائص في المجال الحسي:

يبدو على الطفل التوحد كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي، فقد يظهر وكأنه لا يرى أو يسمع(لمياء بيومي،21:2008).

- استخدام قناة واحدة من قنوات الإحساس في وقت واحد كالسمع فقط أو البصر فقط.
- زيادة أو نقص في الاستجابة للمثيرات الحسية (السمعية، البصرية، الشمية) أي حساسية زائدة أو منخفضة لهذه المثيرات الحسية (نادية اللهيبي،16:2009).
- صعوبة نقل الإدراك الحسي من حاسة إلى حاسة أخرى، فمثلا قد يجد بعضهم صعوبة في الانتقال من حالة النظر إلى حالة السمع (محمد خطاب،37:2009).

## 1- في مجال المثيرات الصوتية:

- انزعاج من بعض الأصوات التي لا تعتبر عالية أو تكون ضمن المدى السمعي الطبيعي مما يؤدي بالطفل إلى وضع يديه على أذنيه تجنب لسماع هذه الأصوات.
- فرط الاستجابة حيث يسمع أصوات لا يسمعها الآخرون مما قد يسبب له إزعاجا.
- انخفاض الاستجابة حيث لا يستجيب للأصوات العالية ويبدو وكأنه أصم.

- الانجذاب نحو الموسيقى الخاصة الهادئة (إبراهيم الزريقات،42:2010).

## 2- في مجال المثيرات اللمسية:

- حساسية لمسية عالية حيث يكون مبالغا في الاستجابة نحو لمس الآخرين له مما يؤدي به إلى الابتعاد عن الآخرون عندما يحاولون الاقتراب منه (فاروق الروسان،264:2010)
- انخفاض الاستجابة حيث لا يشعرون بأي إحساس لمسي وعدم الشعور بالألم عند تعرضهم للأذى الجسدي.
- كراهية مبالغ فيها للمس سطوح معينة أو لبس ملابس معينة أو عناق أحد ما (نايف الزارع، 64:2010).

## 3- في مجال المثيرات البصرية:

- الخوف من رؤية ألوان معينة.
- رؤية أشياء لا يراها الآخرون (مصطفى القمش،53:2011)
- تجنب التواصل البصري مع كل ما حولهم من مثيرات سواء كانت أشخاص أو أشياء.
- استجابات بصرية غريبة كالتحديق لوقت طويل في الفراغ.
- حساسية تجاه بعض أنواع الإضاءة. (زياد اللالا وأخرون،417:2012).

## 4- في مجال المثيرات الشمية:

- الميل إلى الروائح الغريبة.
- اكتشاف الأشياء عن طريق وضعها في الفم أو تقريبها إلى الأنف والعين، كما يميل الطفل التوحدي إلى شم الناس أوشم أياديهم أو شعرهم.
- كراهية مفرطة لبعض الأطعمة أو تركيبات بعض المواد الغذائية (هناء عبد الحافظ،28:2015).

وقد وجد **"هاريسون وهير" (2004) (Harrison & Hare ,2004)** في دراستهما المشار إليها في دراسة **"باكسونوإستاي" (2007) (Paxton &Estay ,2007)** أن الحساسية الصوتية عند التوحديين بلغت **70%** وأن نحو**50%** منهم أبدوا حساسية لمسية ،ونحو **40%** أبدوا حساسية في الشم، ونحو **40%** أبدوا حساسية في التذوق، كما أشار الباحثان إلى أن نحو**25%** من عينة الدراسة أظهروا حساسية شديدة للألم، وأن نحو**45%** منهم أظهروا ضعف الحساسية للألم (سوسن الجلبي،33:2015).

## 10 –الخصائص في مجال المهارات الاستقلالية والحياتية:

يبدو على الطفل التوحدي العجز والقصور في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداءها الأطفال العاديون من هم في نفس سنه.

- التأخر في نمو السلوك حيث لا يتصف بالاستقلالية وإنما يحتاج لمن يساعده في القيام بأعمال الحياة اليومية (إبراهيم الزريقات،2010: 48).
- لا يستطيع القيام بأعمال وهو في السن عشر سنوات حيث يستطيع إنجازها طفل عمره الزمني سنتين.
- العجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يرعاه (مصطفى القمش،2012: 64)
- العجز عن تقدير الأخطار التي يتعرض لها نتيجة وضعه أي شيء في فمه.
- التبول اللاإرادي الليلي، ومشكلات الأكل والأرق (فؤاد عيد الجوالده وآخرون،2012: 353).

## 11 - الخصائص في مجال التخيل واللعب والتقليد:

- قصور في اللعب الرمزي التخيلي، فمثلا لا يلعب الطفل التوحدي بالدمى ولا يقود كرسي على أنه سيارة (نادية اللهيبي،14:2009).
- الافتقار إلى اللعب الاستكشافي في السنوات الأولى من العمر.
- عدم الاستمتاع بالألعاب فهو يلعب باللعب، ولكن ليس بالطريقة التي تعبر عنها (روان البار،2016: 26).
- عدم القدرة على الابتكار فهو يلعب بالطريقة نفسها التي تعلم بها دون أن يسعى إلى تطويرها.
- غياب المشاركة مع الأقران في اللعب والأنشطة وغياب التقليد (رحمة محمد،2018: 29).

## 6) مشكلات الطفل المتوحد :

يعاني أطفال التوحد من بعض المشكلات السلوكية التي تعتبر من الأكثر شيوعا عندهم منها نذكر مايلي :

### 1- المشكلات السلوكية :

#### ✓ السلوك الاستحواذي :

- يستحوذ الطفل المتوحد على بعض الأشياء و يرتبط بها ارتباطا قويا لدرجة عدم الاستغناء عنها.
- يستمر السلوك الاستحواذي لعدة أشهر ثم يقوم الطفل المتوحد بالبحث عن شيء آخر يستحوذ عليه .

- يتعلق الطفل المتوحد بالأشياء أكثر من تعلقه بالأشخاص (فوزية الجلامدة،289:2016).

✓ **السلوكيات النمطية المتكررة :**

- الاستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة و بصورة غير عادية .
- التقيد الجامد بالعادات و الطقوس غير العملية .
- هز الأرجل أو الرأس أو الجسم أو الطرق بإحدى يديه و رفرفتهما (فوزية الجلامدة،290:2016).

✓ **صعوبات في الإخراج :**

- التبول اللاإرادي و خاصة أثناء النوم.
- عدم القدرة التحكم في الإخراج كالتبرز وقد يعود السبب مثلا لعدم اكتساب القدرة على التحكم في الإخراج (وليد خليفة وآخرون،116:2011).

✓ **السلوكيات العدوانية :**

- يضرب أو يلطم وجهه بيديه و بشكل متكرر .
- يتلف الأشياء أو يكسرها و يسبب ضجة مستمرة .
- عدم النوم ليلا لفترات طويلة (فوزية الجلامدة،294:2016).

## 2- المشكلات النفسية و الانفعالية :

✓ **مشكلة القلق :**

- الخوف من أشياء تكون عادية لا يستدعي الخوف منها.
- المخاوف الاجتماعية و القلق من الانفصال.

✓ **مشكلة البرود العاطفي :**

- عدم استجابة الطفل المتوحد لمحاولة تدليله أو تقبيله من قبل والديه.
- عدم الاهتمام بحضور والديه أو غيابهما.
- عدم الاستجابة لمحاولة التودد و إظهار مشاعر العطف (فوزية الجلامدة،312:2016).

✓ **مشكلة نوبات الغضب أو الهيجان :**

- تحدث نوبات الغضب عندما يطرأ تغيير على بيئة الطفل المتوحد لاسيما إذا كان التغيير يمس جوانب السلوكيات الاستحواذية التي اعتادها.
- الصراخ والبكاء أو إيذاء الذات.

▪سلوك عدواني تجاه الآخرين (وليد خليفة وآخرون،122:2010)

## 7) تشخيص التوحد:

يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة أخصائي معتمد وعادة ما يكون أخصائي في نمو الطفل أو طبيب وذلك قبل عمر ثلاث سنوات، كما يتم دراسة تاريخ نمو الطفل عن طريق جمع المعلومات الدقيقة من الوالدين ومن الأشخاص المقربين الذين لديهم علاقة مباشرة بحياة الطفل.

ويشير **"رائد خليل العبادي"** الى أن تشخيص التوحد يحتاج إلى فريق كامل من تخصصات مختلفة ويضم هذا الفريق:

- **طبيب أطفال:** هو طبيب مختص في مجال أمراض الأطفال يقوم بإجراء كشف طبي عام وفحص وجود اضطرابات طبية، وتقوم حاجة الطفل إلى علاج طبي من خلال العقاقير.
- **طبيب نفسي:** مهمته تتمثل في طرح أسئلة للآباء عما يلي:

**1 -** هل يتفوه بأية أصوات كلامية حتى ولو غير مفهومة في سن 12 شهرا.

**2 -** هل تنم عنه مهارات حركية في سن 12 شهرا.

**3 -** لم ينطق كلمات فردية في السن 16 شهرا.

**4 -** لم ينطق جملة مكونة من كلمتين في سن العامين.

**5 -** عدم اكتمال المهارات اللغوية والاجتماعية في مراحلها الطبيعية.

- **أخصائي نفسي:** له دور أساسي في تقويم مجالات التطور والسلوك ويتم ذلك من خلال إجراء اختبارات نفسية والملاحظة وإجراء مقابلات مع الآباء من أجل التوصل إلى التشخيص المناسب.
- **أخصائي اجتماعي:** يقابل الوالدين ويجمع تقارير الفحوصات الطبية والنفسية ويتحصل على معلومات حول التاريخ الصحي للطفل.
- **أخصائي النطق والتخاطب:** هو الشخص المختص في التعامل مع صعوبات النطق ومشكلات الحبال الصوتية وعلاج التأخر اللغوي بشكل عام.

- **طبيب أعصاب:** يقدم معلومات عامة لازمة عن وجود أية اضطرابات في الجهاز العصبي، بالإضافة إلى ذلك هناك عدة محكات ومعايير لتشخيص التوحد .

- ومن أقدم وأول هذه المعايير هي التي وضعها :

**1 - "ليو كانرLeo Kanner" (1949):**

- سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين.
- التمسك الشديد بمقاومة أي تغيير في البيئة الفيزيائية المحيطة به من حيث المأكل، الملبس، ترتيب الأثاث وروتين الحياة اليومية.
- يفضل التعلق والارتباط بالأشياء والتعاطف معها أكثر من الارتباط بالناس جميعا ومنهم والديه وإخوته.
- عدم القدرة على الكلام ويظهر كأنه أصم أو أبكم أو يتكلم بلغة مجازية أو همهمة غير مفهومة لا جدوى منها في تحقيق الاتصال بالآخرين.
- عدم ظهور هلوسات وهدايات في سلوكه، كما أنه يتمتع بصحة جيدة.

رغم كل جوانب القصور التي تميز الطفل المتوحد فإنه أحيانا يأتي ببعض الأعمال التي تدل على قدرات غير عادية كأن يقوم بعملية حسابية معقدة أو يبدي مهارة في الرسم أو الموسيقى بشكل طفرات فجائية، أو يتذكر خبرة قديمة حتى ولو كانت بلغة أجنبية (علي خولة،2015 :35.36).

## 2- قائمة " كريك" (1961) لتشخيص التوحد:

حيث تشمل **(9)** نقاط وهي:

1 - القصور الشديد في العلاقات الاجتماعية.

2 - فقدان الإحساس بالهوية الشخصية.

3 - الانشغال المرضي بموضوعات معينة.

4 - مقاومه التغيير في البيئة.

5 - الخبرات الإدراكية غير السوية.

6 -الشعور بنوبات قلق حاد مفرط يبدو غير منطقي.

7 - التأخر في الكلام واللغة.

8 -الحركات الشاذة غير العادية.

9 - انخفاض في مستوى التوظيف العقلي. (لمياء بيومي، 2008: 23)

## 3- قائمة " كلانس" (1969) لتشخيص التوحد:

1 - صعوبة فائقة في الاختلاط مع الأطفال خلال اللعب.

2 - التصرف كالأصم.

3 - مقاومة شديدة للتعلم.

4 - فقدان الشعور بالخوف من الأخطار المحدقة.

5 - مقاومة طلب إعادة ترتيب الأشياء أو تغييرها.

6 - يفضل كل احتياجاته بالإشارة.

7 - الضحك والقهقهة بغير سبب.

8 - فقدان المرح المعتاد مثل الأطفال الأسوياء.

9 - يتميز بالاندفاع الدائم وفرط النشاط.

10 - لا يستجيب بالنظر إذا ما تم التحديق إليه.

11 - يتعلق بأشياء غير اعتيادية معينة.

12 - يرمي الأشياء.

13 - تكرار القيام بأعمال معينة دون تعب لفترة طويلة.

14 - لا يعير انتباه لأحد. (طارق عامر، 2008: 110).

## 4- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM -V:

أ- ***قصور مستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي:***

تتجلى في **03** من النقاط:

1- قصور في التبادل الاجتماعي العاطفي يبدأ من شذوذ في التقارب الاجتماعي وفشل في تبادل الحوار وعدم مشاركتهم الرغبات والعواطف.

2- قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي أي قصور في فهم واستخدام التواصل غير اللفظي في عدم فهم الإيماءات وتعبيرات الوجه ولغة الجسم وتلاقي الأعين.

3- قصور في تنمية العلاقات الاجتماعية بما يتناسب مع العمر في اللعب التخيلي وتكوين الصدقات وغياب المظهر الخارجي في الاهتمام بالآخرين.

***ب- أنماط السلوكية ونشاطات نمطية متكررة:***

تتجلى في **02** على الأقل:

1- كلام نمطي وحركات مندفعة أو الاستخدام المتكرر للأشياء.

2- الإفراط في التمسك بالروتين أو الإفراط في مقاومة التغيير.

3- مقيد للغاية، الاندماج في اهتمامات شاذة من حيث طبيعتها وشدتها.

4- فرط أو نقص تفاعل المداخلات الحسية أو الاهتمام غير العادي للمجالات الحسية في البيئة.

***ج- يجب أن تكون هذه الأعراض موجودة في مرحلة الطفولة المبكرة.***

***د- تتحد الأعراض معا وتعوق سير الحياة اليومية.***(هناء عبد الحافظ،2015: 43.42).

**-الأدوات المستخدمة في تشخيص التوحد:**

إن عملية تشخيص الطفل المتوحد تحتاج إلى متخصصين مدربين واعين بحالة الطفل، وتوجد العديد من الأدوات التي كثر استعمالها في الدراسات التشخيصية ومنها:

## 1- قائمة سلوك التوحد (A. B .C) Autistic Behavior Checklist:

طور هذه القائمة كل من **كريغ** و **إريك** و **ألموند Krug ,Arick, Almond1980** ، تهدف إلى تمييز الأطفال التوحديين عن الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة ،الصم و البكم و الأفراد ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة . (إبراهيم الزريقات ،200:2010)

اتسمت هذه القائمة بالبساطة والدقة في التشخيص مع إمكانية استخدامها في تصنيف الأطفال ذوي الإعاقات الخاصة، كما أنها تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات وقد استخدمها **مورجان Morgan (1988)** في مجال التعليم تحت اسم استمارة فرز حالات التوحد في مجال التخطيط التعليمي للتعرف على خصائص بروفيل المجموعات العمرية المختلفة. (مصطفى القمش،125:2011).

تتألف هذه القائمة من **57** سلوكا موزعة على **05** أبعاد سلوكية رئيسة يتم الإجابة عليها من خلال مقابلة منظمة مع الوالدين أو المربين وتتمثل في:

1. البعد الحسي وعدد فقراته **09** فقرات.
2. البعد الاجتماعي وعدد فقراته **12** فقرة.
3. البعد الجسمي واستعمال الأشياء وعدد فقراته **12** فقرة.
4. البعد الاجتماعي والمساعدة الذاتية وعدد فقراته **11** فقرة.
5. البعد اللغوي وعدد فقراته **13** فقرة. (فاروق الروسان،266:2010)

ويشير **"الشيخ الذيب" (2004)** إلى أن الطفل الذي يحصل على درجة تزيد عن **(57)** على هذا المقياس يعتبر طفلا متوحد، أما الطفل الذي يحصل على درجة تتراوح ما بين **(53-66)** فيعتبر ضمن فئة ذوي السمات التوحيدية (نايف الزارع،99:2010)

## 2- مقياس تقدير توحد الطفولة Children Autism Rating Scale: (CARS)

ينسب إلى **" إيريك شوبلر Ericschopler"** في أوائل التسعينات، يعتمد على ملاحظة الطفل بمؤشر **15**درجة، وتم تبني مقاييسه الخمسة عشرة من قائمة التسعة نقاط الذى أسسه **"مارغريت كريك" "Margaret Creek " (1964)** وتحتك لمقياس يمكن إيجاد تقدير سلوك الطفل ضمن الحدود الطبيعية أو غير الطبيعية لعمره، وتشتق الدرجات من مراقبة سلوكيات الطفل ونشاطاته (ابراهيم الزريقات،2010: 207).

وقد أستخدم هذا المقياس في تحديد الأطفال المعوقين والمتوحدين الذين هم في حاجة إلى البرنامج التعليمي **(TEACCH)**، يستغرق تطبيق القائمة **(20 - 30)** دقيقة (سوسن الجلبي،2015: 62).

ويتم تقويم حالة الطفل في الجوانب السلوكية التالية:

- التعامل مع الناس.

- التقيد.
- التفاعل العاطفي.
- حركات الجسم.
- التعامل مع الأشياء.
- التأقلم مع التغيير.
- التفاعل النظري.
- التفاعل السمعي.
- تفاعل واستعمال حاسة الشم واللمس والتذوق.
- الخوف أو العصبية.
- التواصل اللغوي.
- التواصل غير اللغوي.
- مستوى النشاط.
- مستوى تفاعل القدرات الذهنية.
- الانطباع العام عن الطفل (حسام ابوزيد،2011 :107).

وتحتاج هذه القائمة في تطبيقه التدريب عملي فكل فقرة أعلاه لها درجات تتراوح من **(1-4)**، حيث أن النتيجة النهائية تقسم الأطفال إلى توحد شديد، توحد خفيف، توحد متوسط، أو لا يوجد توحد، وحيث يمنح الطفل الدرجة المناسبة لكل جانب من الجوانب الخمسة عشر والتي توضح مدى انحراف سلوك الطفل عن سلوك منهم في مثل عمره الزمني (طارق عامر،2008: 118). ويمنح الأخصائي كل بند درجة تتراوح بين **(1-4)**، حيث تشير الدرجة **(1)** إلى أن سلوك الطفل يطابق الحدود الطبيعية لمستوى عمره الزمني، والدرجة **(2)** تشير إلى وجود انحراف ضئيل عن الحدود السوية، والدرجة **(3)** تشير إلى وجود انحراف متوسط، و الدرجة **(4)** تشير إلى وجود انحراف شديد عن المستوى طبيعي، ثم يقوم الأخصائي بجمع حاصل درجات جميع البنود و منها يتحدد إن كان الطفل يعاني من التوحد أم لا مع تحديد درجة شدة الإصابة (نايف الزارع،2010: 97)

**3- قائمة التوحد للأطفال عند 18 شهرا (CHAT): Checklist for Autism in Toddlers**

تنسب للعالم **"سيمون بارون كوهن Simon Baron-Cohen"** في أوائل التسعينات من أجل ملاحظة السلوكيات التحذيرية المبكرة للإصابة بالتوحد ابتداء من عمر **18** شهرا، وهي سهلة الاستعمال من طرف الوالدين والمختصين (وليد خليفة وآخرون، 2010: 169).

تساعد هذه القائمة على مسح (وليس تشخيص) حالات التوحد قبل أشهر من ظهور معظم الأعراض الأخرى، والإجابة عن هذا المقياس تكون بنعم أو لا ويتكون من **14** سؤالا، تسعة أسئلة تطرح على الوالدين أما الخمسة المتبقية يجيب عليها المختص وذلك من خلال ملاحظته المباشرة لحضور وغياب السلوكيات الحاسمة (علي خولة،2015: 41).

ولقد استخدمت هذه القائمة على أساس دراسات كشفت عن وجود بعض السلوكيات المنذرة لوجود التوحد في سن **18** شهرا، ومن أهم هذه السلوكيات:

- الافتقار إلى اللعب.
- الافتقار إلى الانتباه.
- الافتقار إلى اللعب الاجتماعي.
- الافتقار إلى الاهتمامات الاجتماعية
- الافتقار إلى تطبيق الأوامر والتعليمات.
- الضعف في النمو الحركي (أسامة فاروق مصطفى، 2012: 262).

ولقد أجريت دراسة عام 1996 أثبتت أن فشل الطفل في ثلاث فقرات من القائمة بعمر 18 شهرا فإنه يعد لديه مخاطر التوحد وأنه بحاجة إلى التربية الخاصة مقارنة مع نماذج التأخر في النمو (سوسن الجلبي،2015: 64).

## 4- أداة مسح التوحد للأطفال في عمر السنتين (STAT): Screening Test for Autism in Two year old

طور هذا المقياس **"ويندي ستون Windy Stone"** في جامعة فاندربيلت تينيسي من أجل تمييز التوحد عن غيره من إعاقات النمو، وتعتبر أداة مسح التوحد للأطفال في عمر السنتين دقيقة في التمييز بين التوحد واضطرابات تطورية أخرى كالإعاقة العقلية لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين **24 و35** شهرا.

ويقوم المختص من خلال فترة اللعب التي مدتها **20** دقيقة بتقويم الجوانب التالية:

اللعب التمثيلي والاجتماعي، المحاكاة الحركية، تطور التواصل الغير اللفظي.

## 5- مقياس الطب لتقييم الأطفال (C.P.R.S): Children's Psychiatri Rating Scale

استخدم هذا المقياس لقياس السلوك غير الفردي، ويتكون من **(63)** عبارة على أساس ملاحظة سلوك الطفل، حيث **(14)** عبارة الأولى مصممة لتلائم أطفال ما قبل المدرسة، وتشتمل هذه العبارات على السمات التالية:

قلة المحصول اللغوي، العصبية، فرط النشاط، الانسحاب، السلبية، الغضب، علاقات طبيعية بالآخرين، عدم الثبات الانفعالي، انخفاض الصوت بدرجة غير مناسبة، ارتفاع الصوت في صورة صياح أو ضحك بدون سبب، شذوذ واضح في النطق، ممارسة السلوكيات النمطية الشاذة.

## 8) التشخيص الفارقي :

يقصد به العملية التي من خلالها يتم العمل على استثناء الاضطرابات الأخرى و التي قد يتم التشابه بينها و بين أعراض التوحد، ومن أهمها :

### ✓ التوحد و الإعاقة العقلية :

يعاني ( 75 %-80%) من أطفال التوحد من التخلف العقلي، و(15%-20%) يعانون من تخلف عقلي شديد، وبنسبة أقل من 35 درجة، وأكثر من 10% من المتوحدين لديهم ذكاء أعلى من المتوسط .

- يتميز طفل الإعاقة العقلية بنزعته إلى التقرب بوالديه والتواصل معهما و مع الآخرين ،بينما تكون هذه السمة الاجتماعية غائبة تماما لدى طفل التوحد .
- طفل الإعاقة العقلية لا يعاني من مشكلة المصاداة التي يعاني منها طفل التوحد الذي يعيد آخر كلمة من ما سمعه (لمياء بيومي،28:2008).
- طفل التوحد يتجنب التواصل البصري و هي سمة نادرا ما تحدث مع طفل الإعاقة العقلية .

طفل الإعاقة العقلية لا يستثيره التغيير في عاداته اليومية كالأكل و الملبس و اللعب، ولا يندفع في ثورات الغضب كما يحدث مع طفل التوحد (محمد خطاب،69:2009).

- يعاني طفل التوحد من قصور في استعمال الضمائر حيث يخلط بين الضميرين "أنا" و "أنت" عكس طفل الإعاقة العقلية .

- طفل التوحد لا يفهم المظاهر الانفعالية كما لديه قصور في التعبير عنها عكس الطفل المعاق ذهنيا ( نايف الزارع ،114:2010).
- تقل العيوب الجسمية لدى طفل التوحد مقارنة بالطفل المعاق عقليا .
- طفل التوحد قد تبدو لديهم بعض المهارات الخاصة مثل التذكر و عزف الموسيقى و ممارسة بعض الفنون ...الخ، في حين أن المعاق ذهنيا لا يتمتعون بأية من المهارات المذكورة .
- الوعي الاجتماعي لدى طفل الإعاقة العقلية حيث يتعلق بالآخرين و يشاركهم اللعب و يستمتع باللعب معهم ،عكس طفل التوحد الذي يختفي هذا السلوك لديهم ( سوسن الجلبي،51:2015).

### ✓ التوحد و فصام الطفولة :

هناك من يرى أن اضطراب التوحد ومرض الفصام هما الاضطراب نفسه ،لكن أكدت غالبية الدراسات على الاختلاف الشديد بين هذين الاضطرابين، إذ أن التوحد اضطراب نمائي ومرض الفصام اضطراب ذهني (نايف الزارع،112:2010) ومن أهم ما يميز التوحد عن مرض الفصام فيما يلي :

- تبدأ ظهور أعراض التوحد قبل سن شهر الثلاثين أما أعراض الفصام تبدأ في الظهور في عمر متأخر من الطفولة أو مع بداية المراهقة .
- طفل التوحد غير قادر على استخدام الرموز مقارنة بالطفل الفصامي (وليد خليفة و آخرون، 183:20109).
- طفل التوحد لا يستطيع إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين و يرفضون الاستجابة للبيئة و الأشخاص، بينما الطفل الفصامي بإمكانه إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وعلاقته مع البيئة قلقة و مشوشة .
- ضعف النمو اللغوي عامة لدى طفل التوحد أكثر من الطفل الفصامي(مصطفى القمش، 219:2015).
- ضعف النمو الانفعالي و الاجتماعي عامة لدى طفل التوحد أكثر من الطفل الفصامي يعاني طفل الفصامي من الهلاوس و الأوهام وفقدان الترابط للكلام و هذه الأعراض لا يعاني منها الطفل التوحدي (محمد خطاب،73:2009).

### ✓ التوحد و اضطرابات التواصل :

- العجز عن استخدام اللغة كأداة تواصل لدى الطفل التوحدي ،بينما يتعلم الطفل المضطرب تواصليا معاني و مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين .

- لا يظهر الطفل التوحدي تعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة، بينما الطفل المضطرب تواصليا يمكن أن يحقق التواصل بالإيماءات و تعبيرات الوجه تعويضا لمشكلة الكلام (لمياء بيومي،30:2008).
- يمكن لكليهما إعادة الكلام إلا أن الطفل التوحدي يظهر إعادة الكلام المتأخر من الجمل بعكس الطفل المضطرب تواصليا .
- الطفل المضطرب تواصليا بإمكانه اكتساب مفاهيم اللغة الأساسية و الرموز و يحاولون التواصل مع الآخرين، في حين أن طفل التوحد يخفق في استخدام اللغة كوسيلة اتصال (سوسن الجلبي،53:2015).

## 9) أساليب التدخل العلاجي الطبية والتربوية لأطفال التوحد:

### أولا: العلاج الطبي:

يهدف هذا النوع من العلاج إلى التخفيف من الأعراض السلوكيات غير المناسبة للطفل، حيث يقوم على فرضية أن التغيرات الفيزيولوجية التي يمكن أن يحدثها العلاج قد تؤدي إلى التخفيف من أعراض التوحد، ومن أهم أنواع العلاج الطبي المقدم لأطفال التوحد:

### 1- العلاج بالأدوية والعقاقير:

تستخدم الأدوية النفسية في التخفيف من الأعراض المرافقة للتوحد كتصحيح السلوكيات غير السوية قد تكون ناتجة عن خلل كيمياوي في الدماغ، لكن لا توجد أدوية مصممة لاضطراب التوحد فقط، بل هي مصممة للاستخدام العام فقد يناسب هذا الدواء طفل بينما لا يناسب طفلا آخر (هالة وآخرون ،119:2013)

ومن بين العقاقير التي استخدمت في علاج أعراض التوحد:

**1- عقار الهاليبريدول Haliperidol:** يعمل على خفض حدة النشاط الزائد وسلوكيات إيذاء الذات ولقد أثبت بعض الدراسات ظهور آثار إيجابية في سلوكيات الانتماء الاجتماعي إلا أن له آثار سلبية تظهر في مرحلة المراهقة متمثلة في انعدام الإحساس وتبلد الذهن.

**2- عقار الفينفلورامين Fenfluramin:** يعمل هذا العقار على خفض مستوى السيروتونين في الدم مما قد يحسن من القلق الزائد وتقلب المزاج والاضطرابات الحركية (هناء عبد الحافظ،2015: 45).

**3- عقار كربونات الليثيوم Lithium:** يستخدم بدءا في مرحلة المراهقة له فائدة في ضبط المزاج والسلوكيات الشديدة الاضطراب.

**4- عقارالريتالين Ritaline:** يستخدم في حفظ النشاط الزائد وصعوبات التركيز وزيادة اكتساب المهارات المختلفة (حسام أبو زيد،2011: 182).

**5- عقار النالتريكسون Naltrexone:** يعمل هذا العقار على خفض من حدة السلوك العدواني أو إيذاء الذات ويستخدم مع الأشخاص ذوي التوحد الذي لديهم مستوى عال من الأندروفين الداخلي في الدم.

**6- عقار أمفيتامين Amphetamines:** هو دواء منبه لتخفيض من النشاط الزائد وله تأثيرات على عدم التركيز والانتباه (محمد خطاب،2009: 93).

**7- عقار كلوميبرامين Clomipramine:** أظهر فاعلية في تحسين العلاقات الاجتماعية وخفض حدة السلوكيات المتكررة والعدوانية والسلوك الاندفاعي.

**8- عقار السكرتين Secretin:** هو هرمون طبيعي في الجسم يقوم في هضم وامتصاص الطعام والمواد التي تدخل الجسم، تقوم وظيفته في تنظيم وظائف المعدة والأمعاء وتحفيزها على إنتاج إنزيم الببسين المحفز لإنتاج مادة السيروتونين وتحفيز البنكرياس على إفراز البيكربونات والإنزيمات الهاضمة وتحفيز الكبد على إفراز العصارة الصفراء، وتناول هذا الهرمون أحدث تحسين في الكلام والتواصل البصري. (نايف الزارع،2010: 123)

على الرغم من اعتماد الكثير من الأطباء على استخدام العقاقير الطبية مع حالات التوحد إلا أنه لم تظهر تلك العقاقير فعالية كاملة في علاج التوحد.

## 2- العلاج باستخدام الفيتامينات المتعددة:

لقد رأى بعض الباحثين أن أمعاء أفراد ذوي اضطراب التوحد فيها خاصية النفاذية وهي بذلك تقلل من استفادة أجسامهم من الفيتامينات والمواد المعدنية الموجودة في الأغذية، وبذلك فإن أجسامهم بحاجة إلى كميات كبيرة من الفيتامينات (نايف الزارع، 2010: 124).

وتهدف هذه الطريقة في العلاج إلى تقليص بعض أعراض التوحد، وذلك بإعطاء كميات إضافية من الفيتامينات تعمل على تصحيح بعض الاختلالات البيوكيماوية. ومن أمثلة عن هذه الفيتامينات:

**فيتامين ب 6:**

يعطى مع المغنيسيوم لأن الجسم لا يستفيد من هذا النوع دون المغنيسيوم حيث يستعملان معا لتقليل الآثار الجانبية كتخدير اليدين والقدمين، فيقلل من النشاط الزائد والسلوك العدواني (وليد خليفة وآخرون، 2010: 196).

حيث قد أجرى **لوراد وآخرون 1982** دراسة في فرنسا على عينة متكونة من **44** طفل توحدي وقد أوضحت النتائج إلى أن العلاج بفيتامين **ب 6** نتج عنه تحسن سلوكي لدى 15 طفل توحدي (حسام أبو زيد،2011: 192).

**الكالسيوم:**

عنصر رئيسي لوظيفة الدماغ والجهاز العصبي، يحتاجه الطفل بعد حرمانه من الألبان ومشتقاتها.

**فيتامين سي:**

يساعد ويقوي الجهاز المناعي.

**فيتامين A زيت كبد الحوت:**

يعمل على تحسين التواصل والذاكرة والانتباه (هناء عبد الحافظ، 2015: 49).

**فيتامين ج:**

يساعد على زيادة التركيز ومعالجة الإحباط.

**فيتامين E:**

يحسن الدورة الدموية ووظيفة المخ (إبراهيم الزريقات،2010: 342).

## ثانيا: البرامج التربوية:

تعد البرامج التربوية ذات أهمية في علاج وتدريب أطفال التوحد وتشتمل هذه البرامج على مجموعة من الأنشطة والتدريبات التي يتم اختيارها لتلبية احتياجات الطفل المتوحد وفي ضوء قدراته، ومن أهم هذه البرامج ما يلي:

## 1- تحليل السلوك التطبيقي Applied Behavior Analysis :(ABA)

هو برنامج تربوي طوره **"إيفار لوفاس Ivar Lovaas" عام 1978**، يستند على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية، ويقوم هذا البرنامج على التدريب في التعليم المنظم والتعليم الفردي بناء على نقاط القوة والضعف للطفل وإشراك الأسرة في عملية التعليم (عبد العزيز سليم،2011: 252).

ويعتبر العمر المثالي لابتداء البرنامج من سنتين ونصف إلى خمس سنوات وتكون درجات الذكاء أعلى من **40** درجة ولا يقبل من هم اقل من ذلك، وقد يقبل من هم في عمر ست سنوات إذا كانت لديهم المقدرة على الكلام (عادل شبيب،2008: 41).

يعتمد على الملاحظة المباشرة للسلوك في البيئة الطبيعية فيتم تسجيل: ظروف حدوث المشكلة، الوقت، السلوك والأحداث التي تسبق أو تتبع السلوك مباشرة.

ويتم استخدام التعليم المنظم والإعادة لتعليم التقليد والمهارات الأولية واللعب وكما يتم التدريب في خطوات صغيرة متزايدة وبأسلوب فردي (حسام أبو زيد،2011: 206).

ويتم مكافأة الطفل على الجهود الإيجابية والاستجابة الصحيحة والسلوك المناسب، حيث يصف نموذج **ABC**الأحداث السابقة **Antecedents (A)**، **والسلوك Behavior (B)**، والنواتج **(C) Consequences**، فإن كل محاول تدريبية تتألف من مثير تمييزي لفظي لاستجابة الطفل، والمعزز يكون إيجابيا كألعاب مفضلة مقرونة بابتسامة إذا كانت الاستجابة صحيحة، والتعزيز السلبي يظهر بحدة "لا" مع نغمة صوتية غير مشجعة والعزل المؤقت في حالة الاستجابة الخاطئة، بعدها يعاد المثير عدة مرات حتى يستجيب الطفل على معظم المحاولات (إبراهيم الزريقات، 2010: 350).

ومن أهم الركائز الأساسية هي القياس المستمر لمدى تقدم الطفل في كل مهارة وذلك من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة والفاشلة.

ويتم تدريب الطفل بشكل فردي لتعزيز المهارات المتعددة لديه، والهدف هو جعل الطفل قريب من المستوى الأداء الطبيعي وكان ذلك في حدود **40** ساعة أسبوعيا، حيث يبدأ الطفل في البداية لمدة **20** ساعة وتزداد تدريجيا خلال الشهور لتصل إلى **40** ساعة، وتتراوح الجلسة الواحدة ما بين **60 -90** دقيقة للأطفال المبتدئين، تتخلل الجلسة استراحة لمدة دقيقة أو دقيقتين كل **10 - 15** دقيقة من التدريب، وحين انتهاء الجلسة أي بعد **60- 90** دقيقة يتمتع الطفل باستراحة أو لعب لمدة تتراوح ما بين **10- 15** دقيقة ويعود بعدها إلى جلسة أخرى. (زياد اللالا وآخرون، 2012: 421).

ومن بين الأهداف التي أراد **"لوفاس"** تحقيقها مع الطفل المتوحد هي:

في السنة الأولى: تقليل الإثارة الذاتية والعدوان والاستجابة للأوامر اللفظية والتقليد وتوسيع مدى العلاج ليتضمن مشاركة الأسرة.

في السنة الثانية: التركيز على اللغة التعبيرية والمجردة واللعب الفعال مع الأقران وتوسيع مدى المعالجة ليشمل وضع الطفل في المدرسة.

في السنة الثالثة: التركيز على التعبير عن العواطف والمهارات قبل الأكاديمية والتعلم من خلال الملاحظة (سوسن الجلبي، 2015: 111).

## 2-علاج الحياة اليومية (طريقةهيجاشي):Daily Life Therapy The HigashiApproach

أبتكر هذا الأسلوب من العلاج عن طريق **"كيوهيجاشي KioHigashi"** في مدرسة موساشينوهيجاشي في طوكيو للأطفال التوحيديين، يفترض أن الطفل التوحدي لديه معدل من القلق ولذلك يتم التركيز في هذا البرنامج على التدريبات البدنية للسيطرة على السلوكيات غير المناسبة والاهتمام بتنمية المهارات التواصلية (عادل شبيب، 2008: 45).

كما تفترض هذه الطريقة أن الأطفال يمكن أن يساعدوا لتحقيق إمكانياتهم بالقرب من أسرهم ومجموعة الأطفال ذات الخبرات الثقافية المشابهة، حيث يتم تطوير علاقات قريبة مع الأسر والمعلمين ومع الأطفال في المجموعة (إبراهيم الزريقات، 2010: 356).

كما تركز هذه الطريقة على طرق رئيسية قليلة ومبسطة لما هو متوقع من الطفل ليفعله، فالأنشطة موجهة بشكل جماعي ومنظمة بشكل عالي للتأكيد على التعلم المنقول من طفل إلى طفل آخر من خلال التقليد والتزامن، وكذلك تركز على الأنشطة الجسمية في المجموعات والركض **03** مرات يوميا بواقع **20** دقيقة في كل مرة مع أنشطة رياضية خارجية يومية مثل كرة القدم لمدة ساعة يوميا (هالة وآخرون، 2013: 116).

كما يعتمد هذا البرنامج مجموعة من المبادئ أساسية وهي:

1-التعليم الموجه للمجموعة حيث يتم فيه تعليم الأطفال ذوي التوحد في فصل دراسي مع الأطفال العاديين دون أن يمثل ضغطا عليهم.

2- تعليم الأنشطة الروتينية من خلال جداول الأنشطة المصورة.

3- تدريب الأطفال على الاعتماد على أنفسهم في جميع شؤون حياتهم.

4- تقليل مستويات النشاط غير الهادف، حيث أن التربية الرياضية هي دعامة أساسية للبرنامج فتؤدي إلى تقليل من مشاعر القلق وتعديل السلوك (هناء عبد الحافظ،2015: 55).

## 3- برنامج علاج وتعليم الأطفال التوحديين وذوي الإعاقة التواصلية المصاحبة (تيتش): Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH):

أسس هذا البرنامج **"إيريك شوبلر Eric Schopler"** عام **1972** في جامعة نورث كارولينا وهو برنامج تربوي للأطفال التوحديين الذين يعانون من مشكلات التواصل، وهو برنامج يعتمد على نظام تنظيم البيئة سواء في المنزل أو المدرسة (نور البطاينة وآخرون،2006: 128).

ومن مزاياه أنه ينظر للطفل بصورة فردية تناسب كل قدراته وإمكاناته العقلية واللغوية فيقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حده، أي أنه مصمم بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد **5-7** أطفال مقابل معلمة واحدة و مساعدة المعلمة (عبد العزيز سليم،2011: 251)

كما أن برنامج تيتش يدخل عالم الطفل التوحدي ويستعمل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين أيضا، وهذا البرنامج متكامل من عمر **3- 18** سنة والبيئة التعليمية لهذا البرنامج هي بيئة منظمة تقوم على المعينات البصرية كي يتمكن الطفل من التكيف مع البيئة لأنه يعاني من بعض السلوكيات كالتعلق بالروتين، التوتر في البيئات التعليمية العادية، صعوبة الانتقال من نشاط لآخر، صعوبة فهم الكلام والأماكن (زياد اللالا وآخرون، 2012: 420).

كما يرتكب على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات التكيف مع المجتمع والمهارات الحركية والمهارات الأكاديمية (أسامة مصطفى،2012: 271).

ويهتم بضرورة ترتيب الغرف الصفية بحيث تتسم بالأمان والراحة والجاذبية والاركان التعليمية المنظمة التي يستخدمها الطفل المتوحد في برنامجه الدراسي اليومي، حيث يرتب بناء على استخدام جدول غني

بالمثيرات البصرة تمكنه من التعرف على جدوله الدراسي بشكل استقلالي وسهل ليتمكن الانتقال من نشاط لآخر بعملية منظمة (هالة وآخرون،2013: 117).

ويقوم التعليم المنظم على خمسة عناصر أساسية وهي:

- تكوين روتين محدد: من خلال تسلسل الأحداث خلال اليوم وتسلسلها خلال الأسبوع.
- التنظيم المادي (تنظيم البيئة الفيزيائية): ينبغي تنظيمها لكي يفهمها الطفل من خلال تحديد مساحات اللعب الحر ومساحة الانتظار، ومساحة اللعب المستقل.
- الجداول البصرية: التي تساعد على عملية التواصل بين الطفل ومعلميه وتهيئته لفهم البيئة وتسلسل الأحداث اليومية وتنظيم أوقاته.
- تنظيم العمل: ويشير إلى عرض وتنظيم بطريقة تزود الطفل بمعلومات عما سوف يقوم به في مناطق العمل بالاستقلالية، وكيفية انتهاء النشاط وما النشاط الذي سيليه.
- التعليم البصري (سوسن الجلبي،2015: 113).

## 4- برنامج سن رايز في مؤسسة أبشن: Son-Rise program: option Institute:

هو إحدى البرامج المنزلية الخاصة بتأهيل الأطفال المصابين بالتوحد انطلاقا من المنزل، أسسه **"باريكوفمان"** وزوجته **"ساماهريا"** عام **1970** لابنهم المصاب بالتوحد **"رون"**، يعمل هذا البرنامج على تدريب الأسرة بشكل فردي على كيفية إعداد برنامج منزلي لتدريب طفلهم، كما أن هذا البرنامج يتبع المنهج الإنمائي أي أنه يعتمد على الطفل وقدراته الذاتية بدلا من فرض الأهداف السلوكية وتدريبات الطفل، فالفكرة الأساسية هي تحفيز الطفل لإيجاد طرق يستطيع من خلالها التقرب من والديه والمدربين العاملين معه من خلال إظهار اتجاهات القبول والتعاطف المستمر باستخدام مدخل علاجي مكثف يقوم على العمل الفردي مع الطفل والاستثارة المركزة للطفل اعتمادا على الحب والقبول غير المشروط للطفل (حسام أبو زيد،2011: 247).

ويمضي أفراد الأسرة أو المتطوعين أو المختصون عددا كبيرا من الساعات في تقليد حركات الطفل والدخول إلى عالمه الخاص، فإذا قام ببرم لعبة كما يفعل العديد من الأطفال التوحديين يقوم الراشدون بتقليد نفس حركاته ومشاركته اللعب حتى ينمى لديه الشعور بالحب والرضا يشعر بأن الآخرين

يشاركونه اهتماماته، وبعد أن يشعر الطفل بثقة الأسرة له تقوم الأسرة بتدريبه على مهارات ينبغي أن يتعلمها مثل اللغة والتواصل والإدراك والحركة وما إلى ذلك (حازم إسماعيل،2012: 27).

ومن مبادئه الأساسية:

- تقليد الآباء والمعالجين لتصرفات الطفل المختلفة دون تشجيع السلوك.
- النزول لمستوى الطفل.
- تهيئه مكان مخصص لإعطاء جلسات اللعب بشرط أن تكون مليئة بالطاقة لإلهام الطفل على حب التعلم والتفاعل.
- المشاركة والتعليم من خلال اللعب المشترك استعمالا لعامل الإثارة والمتعة (هالة وآخرون،2013: 116).

## خلاصة:

إن التوحد قد يعرقل المسار السوي في النمو في عدة مجالات، لاسيما النفسية والاجتماعية والذي يجعل الطفل لا يحسن إدراك العالم الخارجي والمحيطين به، حيث أن المصاب بالتوحد يحمل زملة من خصائص وأعراض تميز هو تظهر في التواصل، التفاعل الاجتماعي والسلوك، وقد اختلفت الدراسات حوله فكل دراسة ترى أن سبب التوحد على حسب الخلفية النظرية لها، لذا تبقى أسباب اضطراب التوحد غامضة إلى يومنا هذا، مما يستدعي التدخل المبكر والعلاج كي لا يصبح إعاقة لاحقة لمراحل النمو في الرشد.

# الفصل الثالث :

# برنامج تيتش

تمهيد

نبذة تاريخية عن برنامج تيتش TEACCH

تعريف برنامج تيتش TEACCH

فعالية برنامج TEACCH

أهداف برنامج TEACCH

مبادئ برنامج TEACCH

الأدوات المطلوبة لتطبيق برنامج TEACCH

الخطوات المعتمدة في تطبيق برنامج TEACCH

خلاصة

## تمهيد :

إن الأطفال المصابين بالتوحد ليسوا شريحة متجانسة تماما ، على الرغم من اشتراكهم في الاضطراب و اختلافهم في الأعراض ، و وفقا لهذا يجب وضع أهداف على حسب متطلبات الطفل و خصائصه العقلية و الاجتماعية و السلوكية ، و ضرورة وجود برامج علاجية للتكفل بهم ، و من بين هذه البرامج برنامج "تيتش" الذي أثبت نجاعته في تنمية كافة المهارات من خلال نشاطاته التعليمية و هذا ما سنتطرق اليه في هذا الفصل .

## 1- نبذة تاريخية عن برنامج تيتش : (T.E.A.C.C.H)

أسس البرنامج في عام 1964 على يد **إيرك شوبلر**(**Eric schopler**) في جامعة نورث كارولينا الأمريكية في مدينة تشياهيل (**North Carolin Chapelhille**) بناء على قرار من الهيئة التشريعية في الولاية، حصل البرنامج عام **1972** على جائزة جمعية الطب النفسي الأمريكية باعتباره برنامج فعال لتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية ونظرا لإمكانية تطبيق مبادئه في المدارس العادية. وصف البرنامج عام **1980** من قبل فريق علم النفس الطفولة الإكلينيكي بأنه أكثر البرامج فعالية للأطفال التوحديين وأشار الفريق انه برنامج وطني نموذجي في تقديم الخدمات للأطفال وذويهم . (نايف الزارع ،241:2010).

## 2- تعريف برنامج تيتش : (TEACCH)

هو برنامج تعليمي للأطفال دوي التوحد وهو برنامج له شهرة واسعة حول العالم يعمل به حوالي **(13)** دولة معد هدا البرنامج هو (**Eric Schopler**) من جامعة نورث كارولينا بالولايات المتحدة وهدا البرنامج له مميزات بالإضافة إلى التدخل المبكر فهو يعتمد (**STRUCTURE TEACHING**) أو التنظيم لبيئة الطفل سواء كان في المنزل في البيت حيث أن هذه الطريقة أثبتت أنها تناسب الطفل التوحدي وتناسب عالمه.

وتيتش اختصار لكلمات الدالة على العلاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المتشابهة له لهذا الفرد. (جميلة زيد ، 23:2016)

## 3- فعالية برنامج TEACCH :

تم تقييم هدا البرنامج عن طريق عدة دراسات متواصلة من قبل الباحثان **ozonoff** و**cathract** سنة **1998** حيث تمت مقارنة إحدى عشر طفلا توحديا استفادة من طريقة تيتش في المنزل لمدة أربعة أشهر ومتابعة إحدى عشر طفلا توحديا لم يخضع لعلاج بطريقة تيتش، وأظهرت النتائج تحسن ملحوظ عند الأطفال الخاضعين لعلاج ببرنامج تيتش ،وأظهرت النتائج تحسنا ملحوظ عند الأطفال الخاضعين لعلاج ببرنامج تيتش من طرف تقارير مجموعة من المختصين كانوا مراقبين للمجموعتين حيث ظهر التحسن في مجال التقليد، الحركة الدقيقة، الحركة العامة والمهارات اللفظية.

## 4- أهداف برنامج TEACCH :

يهدف برنامج تيتش إلى :

- مساندة جهود تخطيط البرنامج التعليمي الفردي للطفل.
- اكتساب مهارات التكيف مع البيئة.
- وضع أسس التدخل العلاجي لتعديل السلوك (لورا شيربمان،203:2010).
- تعليم الأطفال التوحديين الاستقلالية وتنمية السلوك الاجتماعي والتواصلي لديهم والإقلال من مشكلاتهم السلوكية.
- تنمية المهارات الحركات العامة والدقيقة وتنمية الجوانب المعرفية والأكاديمية لديهم.
- - ويشير وليد خليفة وآخرون (2013) إلى أن هدف برنامج تيتش كذلك يتمثل في توفير الخدمات المناسبة لهؤلاء الأطفال بشكل مستمر إلى سن الرشد بغض النظر عن قدرة دويهم المالية (وليد خليفة وآخرون،242:2010).

## 5- مبادئ برنامج TEACCH :

يرى شوبلر**(schopler,1994)** بأن ستة مبادئ رئيسية يعتمد عليها برنامج تيتش**TEACCH** وهي على النحو التالي:

1- يمثل التوحد تحديا طويل الأمد لذلك يكون الهدف تحسين تكيف الفرد من خلال تحسين مهاراته بأفضل الطرق المتوفرة وأيضا من خلال توفير بيئة داعمة ومناسبة.

2- تقييم كل طفل بإجراءات التقييم الرسمية باستخدام أفضل الاختبارات المتوفرة وبإجراءات التقييم غير الرسمية ومن خلال الملاحظة التي يقوم بها المعلمون والآباء والآخرون بتفاعلهم الطبيعي مع الطفل.

3- استعمال جوانب القوة للطفل التوحدي في معالجة المعلومات البصرية لتجاوز الصعوبات في معالجة المعلومات السمعية، والتنظيم، والذاكرة وهي تعتبر من أفضل الطرق في تعليم المستقبل وتعديل السلوكيات الغير مرغوبة، ويمكن استخدام هذا الأسلوب في المدرسة والمنزل والعمل.

4- أفضل برنامج تعليمي هو البرنامج الذي ينمي مهارات الأطفال ويدرك جوانب ضعفهم.

5- أفضل البرامج المفيدة هي التي تستند إلي النظرية السلوكية والنظرية المعرفية وهذه تأخذ بعين الاعتبار الفروق في النمو وتسمح بالعمل مع الدافعية والتواصل التلقائي والتفاعل الاجتماعي.

6- تدريب المهنيين يعني القدرة على التعامل مع المشكلات الناتجة عن التوحد ويزيد من تحمل المسؤولية(ADOCATE,1994)، (إبراهيم الزريقات،358.359:2010).

**هناك مبادئ أخرى يقوم عليها البرنامج:**

- -إجراء تقييم رسمي وغير رسمي لقدرات ومهارات الطفل.
- -إن الغرض من التدخل العلاجي هو تحقيق توافق الطفل.
- -يهتم البرنامج على حد القصور وليس جانب واحد.
- -استخدام الوسائل البصرية لدعم الأنشطة التدريس ولاستفادة من أصحاب الخبرات.

## 6- الأدوات المطلوبة لتطبيق برنامج TEACCH :

يستخدم البرنامج أدوات بسيطة متوفرة في البيت والمدرسة (علب أحذية، أكواب، ملعقة، مشط، مساكات ملابس البلاستيكية، أوراق، أقلام...). وعرض شوبلر ورفقاؤه (schopler& autres,1993) في ذلك هو أن هذا النوع من الأدوات يناسب ويسهل عملية التعليم لدى الطفل المتوحد، خصوصا وان المتوحدين لديهم صعوبة في التأقلم والتعلم في وضعيات جديدة بالنسبة لهم وبالتالي كلما كانت أدوات الأنشطة التعليمية مألوفة بالنسبة لهم كلما كان تعليمهم أسهل، كلما أن أكون هذه الأدوات بسيطة، لا يشكل عبئا مكلفا على أهالي ذوي اضطراب التوحد. (جميلة زيد ،25:2016)

## 7- الخطوات المعتمدة في تطبيق برنامج TEACCH :

يعتمد تطبيق الأنشطة في برنامج تيتش على أربعة خطوات وهي :

**1)** تحديد الهدف المراد بلوغه Le but.

**2)** تحديد الغرض من النشاط L'objectif.

**3)** تجهيز الأدوات Les fournitures.

**4)** الإجراء la procédures.

وحتى يتسنى لنا فهم هذه الخطوات سنورد ثلاثة أنشطة كمثال:

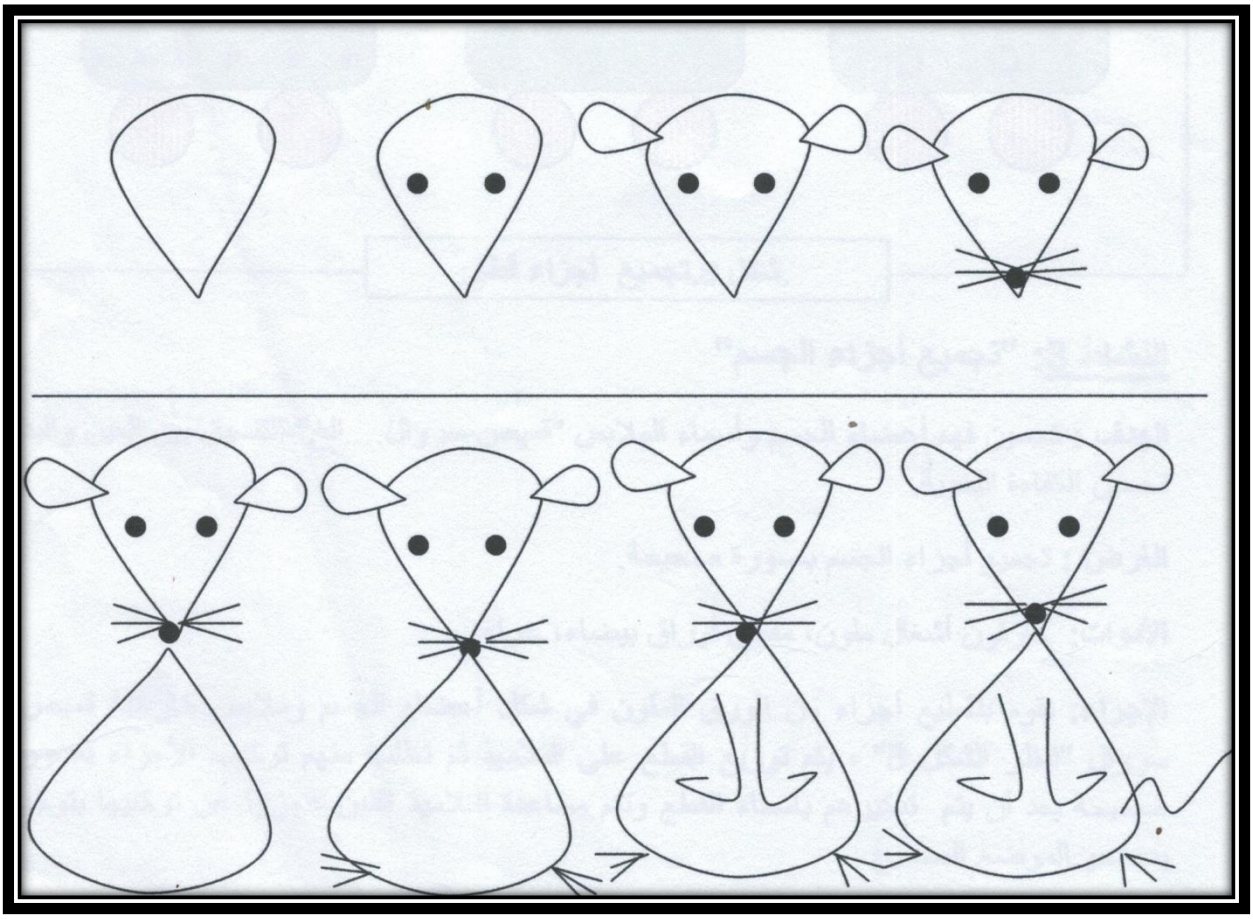
### ❖ نشاط : "رسم الفأر"

**الهدف:** التنسيق بين العين واليد-تحسين الحركة الدقيقة وتنمية القدرة على الرسم وفهم المصطلحات المتعلقة بجسم الفار (الكفاءة اللغوية).

**الغرض:** رسم فأر خطوة بخطوة من خلال إتباع التعليمات وتعلم كيفية تنظيم وحسن استعمال مساحة الورق

**الأدوات:** أوراق بيضاء، أقلام الرصاص.

**الإجراء:** يتم تقسيم الأوراق على الأطفال، يطلب منهم إخراج أقلام الرصاص ومسكها في الهواء، فلا يبدؤون بالرسم حتى يطلب منهم ذلك، نقوم برسم الفأر على السبورة خطوة بخطوة **"**انظر إلى الرسم**"**، ننتظر حتى يقوم جميع الأطفال برسم الخطوة الأولى ثم ننتقل إلى رسم الخطوة الثانية ثم الثالثة وهكذا حتى ننتهي من الرسم كما نقوم بتسمية أجزاء جسم الفأر أثناء الرسم ( العينين، الأنف، الذيل...).



الشكل (01) : يمثل نشاط رسم الفأر.

### ❖ نشاط : "تجميع أجزاء قطار"

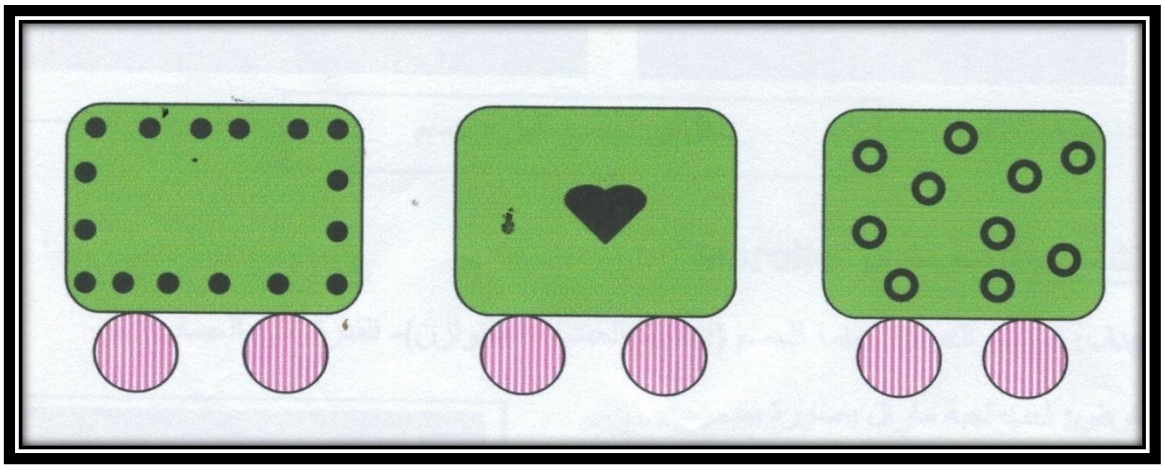
**الهدف:** التميز البصري- التنسيق بين العين و اليد- تحسين الحركة الدقيقة.

**الغرض:** تجميع عربات القطار وترتيبها حسب النموذج.

**الأدوات:** كرتون أشغال ملون، أوراق بيضاء، غراء، ماركور اسود.

**الإجراء:** يتم صنع قطار ب 3 قطع مستطيلة الشكل تمثل عربات كل واحدة تملك شكل مختلف و6 عجلات **"**أنظر الشكل أسفله**"**، يتعلق نموذج القطار المطلوب صنعه على الصبورة، ويتم توزيع قطع مماثلة على التلاميذ ثم نطلب منهم ملاحظة النموذج و تركيب أجزاء القطار بترتيب القطعة الأولى التي التي بها نقاط صغيرة في الإطار ثم القطعة الثانية التي تحتوي قلبا في الوسط ثم قطعة الثالثة و التي

تحتوي دوائر، ثم يقومون بتركيب عجلات، يتم تشجيع تلاميذ الذين يقومون بإلصاق الأجزاء المرتبة على الورقة بشكل صحيح حسب النموذج.



الشكل (02) : يمثل نشاط تجميع أجزاء قطار.

### ❖ نشاط : "تجميع أجزاء الجسم"

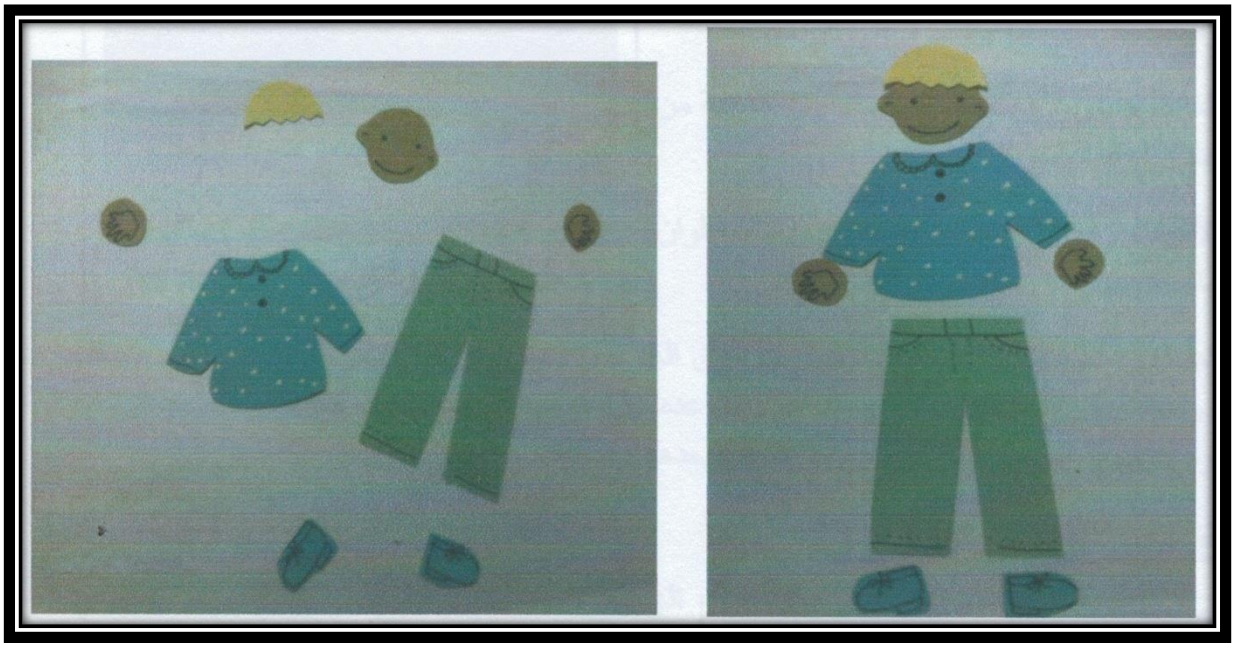
**الهدف:** تحسين فهم أعضاء الجسم وأسماء الملابس **"**قميص – سروال.....الخ**"**- التنسيق بين العين و اليد تحسين الكفاءة اللغوية.

**الغرض:** تجميع أجزاء الجسم بصورة صحيحة.

**الأدوات:** كارتون أشغال ملون، مقص، أوراق بيضاء، غراء.

**الإجراء:** نقوم بتقطيع أجزاء من الورق الملون في شكل أعضاء الجسم و ملابس خارجية قميص، سروال، **"**انظر الشكل**"**، يتم توزيع القطع على التلاميذ ثم نطلب منه تركيب الأجزاء بصورة صحيحة بعد أن يتم تذكيرهم بأسماء القطع وتتم مساعدة التلميذ اللذين عجزوا عن تركيبها بتوجيه يده الموضع الصحيح.

يتم تشجيع التلاميذ بإلصاق الوجه الضاحك على ورقة التلاميذ اللذين يقومون بتجميع أجزاء بصورة صحيح.



الشكل (03) : يمثل نشاط تجميع أجزاء الجسم.

(أبوعبد الرزاق شيباني، ب ت :233)

**خلاصة :**

و في الأخير تم التعرف في هذا الفصل على البرنامج العلاجي "تيتش" و أهم المبادئ العامة التي يرتكز عليها ، و فعالية البرنامج و أهدافه و أدواته و خطوات إجرائه و مختلف أنشطته التعليمية المطبقة على الأطفال التوحديين .

# الفصل الرابع :

# المقاربة النقدية التحليلية

تمهيد

مميزات و عيوب برنامج "تيتش "

تحليل نجاعة برنامج "تيتش" على ضوء المميزات و العيوب

تطبيق برنامج تيتش في الجزائر

خلاصة عامة

## تمهيد :

لتعذر الاتصال بالميدان قمنا بعقد مقاربة نقدية تحليلية ، حيث سنقوم في هذا الفصل بالتعرف على البرنامج العلاجي "تيتش" من خلال تطبيقه في الجزائر على ضوء بعض الدراسات السابقة .

## 1- مميزات وعيوب البرنامج :

لاشك أن برنامج" تيتش" من أهم البرامج والوسائل التربوية في علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد، مما أدى لاعتماده في عدة دول وهو البرنامج المعتمد من قبل الجمعية الأمريكية لتوحد.

وانطلاقا من هذا فإننا في هدا المبحث سنحاول تسليط الضوء على أهم المميزات والعيوب لبرنامج تيتش

### أ- مميزات البرنامج :

لهذا البرنامج عدة مميزات ذات اهمية كبيرة يمكن ذكر بعض منها على النحو التالي :

- يعتبر البرنامج طريقة مثلى لتدخل المبكر لتركيز على بيئة الطفل سواء كان ذلك في المنزل أو المركز.

- يقوم برنامج "تيتش" عبر مقاربته التعليمية على فرضية الحالات الفردية لأطفال المتوحدين مع الأخذ بالاعتبار بقدراتهم العقلية والبدنية واللغوية وظروفهم الاجتماعية.

- يعتبر البرنامج منظومة تربوية متكاملة تسعى لتأهيل الطفل المتوحد بشكل فردي على حسب حاجياته وقدراته الذاتية. كما أنه يشمل عدة فئات عمرية ( من 3 سنوات إلى 13 سنة ).

- من أجل أن يحقق برنامج تيتش الأهداف المرجوة منه تم بناء عدة أدوات ووسائل تركز بالأساس على المعاينات والدلائل البصرية واختبارات التكيف مع البيئة كالجداول والصور والأنشطة (يحي عبد الحميد،2003 :117 )

### ب- عيوب البرنامج :

- بالرغم من كل المميزات المذكورة سابقا إلا أن برنامج "تيتش" لا يخلو من العيوب، يمكن تلخيصها في ما يلي :

- القلق والتوتر في البيئات التعليمية داخل الورشات.

- الصعوبة في فهم بعض الأنشطة من طرف الطفل المتوحد مما يشكل عبئا كبيرا على المربي أو الأخصائي.

- صعوبة فهم الكلام تؤدي إلى الاضطراب في عملية التواصل بين المعالج والمعالج.

- صعوبة تطبيق جميع التفاصيل هذا البرنامج في الدول النامية على اعتبار أنه يتطلب تحضير وإمكانات ووسائل مادية قد يستحيل توفيرها.

- نقص الأخصائيين المتمكنين من البرنامج في هذه الدول و يرجع الأمر لعدم اهتمام الجامعات والمراكز العلمية بكذا برامج مهمة ( يحي عبد الحميد، 2003 :121 ).

## 2- تحليل نجاعة برنامج تيتش على ضوء المميزات والعيوب :

في ضوء مميزات وعيوب برنامج "تيتش" نحاول أن نحلل مدى نجاعة البرنامج نظريا، وقد سبقت في هذا المضمار عدة دراسات حاولت مقاربة الموضوع من زوايا مختلفة بعضها نظري والأخر تطبيقي يأخذ شكل العينات البحثية .

ومن خلال كل هذا نرى بأن البرنامج بكل المميزات الكبيرة التي يتوفر عليها لا يمكن له أن يكون ذو فاعلية ونجاعة من دون دور الجانب البشري وبالتحديد دور الأسري وخاصة الوالدين من خلال اندماجهم مع البرنامج العلاجي المخصص لطفلهم المتوحد، وتشكل مرحلة المتابعة نابلة أساسية في ذلك.

- أما بالنسبة لتجاوز العيوب المذكورة سابقا فان للدولة الدور المحوري عبر تخصيص دورات تكوينية للمربين والمختصين أو ما يعرف ( بتكوين المكون ) والذي من شأنه أن يوفر العنصر البشري المؤهل لضمان تطبيق برنامج العلاجي بنسب عالية كذلك على الدولة أن توفر الجانب المادي لمراكز تكوينية ووسائل بيداغوجية كل هذا من أجل إزالة ما من شأنه الحد من نجاعة برنامج تيتش . (عبد الغني منيب، 2015 :211.219 ).

## 3- تطبيق برنامج تيتش في الجزائر :

طبق برنامج تيتش في الجزائر سنة **1997** حسب ما جاء في **Ould Mahmoud (2015)** هذا الأخير الذي يعد أول من قام بتطبيقه في الجزائر، في **( l'hopital du jour de Taleb Garidi)** وشهد إفتتاح المصلحة الجديد للطب العقلي للأطفال " دريد حسين **" Hocine kouba EHS Drid "** حاليا بالجزائر العاصمة تزويد بوسائل جدد تسمح بتطبيق أفضل للبرنامج يوجد **50** عامل ( **25** أخصائي + **20** طبيب مقيم مسخرين لتكفل ب **120** طفل متوحد تتراوح أعمارهم بين **02** و**06** سنوات )، كما تحتوي المصلحة على **06** ورشات مخصصة لتطبيق البرنامج ، تنقسم كل ورشة إلي أربع جهات مفصولة بحواجز مصنوعة من الألمنيوم وذلك لإنجاح العمل التحفيزي الفردي ، يشغل الورشة الواحدة **04** معالجين .

ويضيف **Ould Taleb (2015)** إن عدد الأطفال الذين استفادوا من هذا البرنامج يقدر ب **800** طفل متوحد وتكوين أكثر من **450** أم **( mamans co-therapeutes)** لهذا البرنامج ، كما تم تكوين العديد من المربين وأطباء أمراض العقل لمدة شهر مجانا كل طفل متوحد على ساعتين من العلاج مؤمنة من طرف **04** معالجين في الأسبوع، وما تبقى من البرنامج يطبقه الأمهات ( مساعدة المعالجين ) في المنزل، وبالتالي تقدر عدد الحصص سنويا ب **1000** ساعة في **03** سنوات من العلاج.( Ould Taleb,2015 :57)

دراسة **"علي زروقي خولة" (2015)** هدفت إلى الكشف عن أثر برنامج "تيتش" في تحسين حالة الطفل المتوحد في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بالشلف ، و تكونت عينة الدراسة من **(04)** أطفال التوحد تتراوح أعمارهم ما بين **(04-05)** سنوات ، و استخدمت الباحثة المنهج العيادي الذي يرتكز على دراسة الحالة ، و توصلت نتائج الدراسة إلى تحقق الفرضية مع حالتين و عدم تحققها مع حالتين و ذلك لعدم المشاركة الوالدية في تطبيق البرنامج .

و في دراسة **"حساني رجاء ناريمان "(2015)** التي هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج "تيتش" في دمج أطفال التوحد في الوسط التعليمي العادي في سيدي الشحمي ، و تكونت عينة الدراسة من **(12)** طفل متوحد تتراوح أعمارهم **(06-08)** سنوات ، و استخدمت الباحثة المنهج العيادي و توصلت النتائج إلى تحقق الفرضية أي فاعلية البرنامج العلاجي تيتش في دمج أطفال التوحد في الوسط التعليمي العادي .

وفي دراسة **"خديجة دعماش ثليجي وآخرون" (2016)** وهدفت إلى التعرف على دور الحركة الجمعوية في التكفل بالطفل التوحدي في مدينة الأغواط وذلك من خلال الكشف عن مدى تحقيق الأهداف من طرف الجمعية باستخدام برنامج "تيتش"، وطبقت هذه الدراسة في جمعية التكفل بالطفل التوحدي بمدينة الأغواط، وقد تم استخدام المنهج الوصفي، حيث توصلت النتائج إلى مستوى جيد من الناحية الاستقلالية وتكوين صداقات ومستوى متوسط في النواحي اللغوية والدراسية.

و كذلك دراسة **" نجماوي فاطمة" (2018)** هدفت إلى التعرف على فعالية برنامج "تيتش" في خفض السلوك العدواني لدى الطفل التوحدي، وقد أجريت الدراسة على طفلة توحدية تبلغ من العمر **(07)** سنوات في مركز أمل الأطفال بأدرار، وقد استخدمت الباحثة المنهج العيادي الذي يرتكز على دراسة الحالة، وتوصلت النتائج إلى التحسن في السلوك العدواني للحالة بعد تطبيق برنامج "تيتش" واكتسابها لعدة مهارات تساعدها في حياتها اليومية وبالتالي فعالية برنامج "تيتش" في خفض السلوك العدواني.

**خلاصة عامة :**

يحتاج الأطفال التوحديين إلى برامج علاجية من أجل تعديل سلوكياتهم و تطوير قدراتهم و مهاراتهم ، ولعل برنامج "تيتش" من أهم البرامج العلاجية التي تحسن من المهارات المختلفة لدى الأطفال التوحديين من خلال الأنشطة التعليمية المطبقة عليهم و التي تناسب نواحي القصور لديهم ومستغلة نواحي الضعف و القوة لديهم .

**أهم التوصيات و الاقتراحات :**

و في الأخير نقدم مجموعة من التوصيات انطلاقا من الدراسة الحالية التي تطرقنا فيها إلى استخدام برنامج تيتش في التكفل بالطفل المتوحد :

- ✓ لابد من المشاركة الوالدية في تطبيق البرنامج حتى يكون البرنامج فعال ، حيث يجب أن يكون هناك تواصل بين المطبقين للبرنامج و الوالدين لمواصلة أنشطة البرنامج في المنزل .
- ✓ يجب تطبيق البرنامج في الأقسام على الأطفال التوحديين بشكل فردي ، كل مربية تطبقه على طفل توحدي لوحده لضمان فاعلية البرنامج .
- ✓ ضرورة تكوين المربين في المراكز الخاصة على كيفية تطبيق برنامج "تيتش" .

# المـــــراجـــــــــع

**قائمة المصادر والمراجع:**

**الكتب:**


1. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات. (2010). **التوحد والسلوك والتشخيص والعلاج،** ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
2. أحمد السيد سليمان. (2010). **تعديل سلوك الأطفال التوحديين النظرية والتطبيق،** ط1، دار الكتاب الجامعي للنشر والتوزيع، العين.
3. أحمد أمين نصر سهى .(2002).**الاتصال اللغوي للطفل التوحدي** ،دار الفكر >للنشر و التوزيع ،عمان .
4. أسامة فاروق مصطفى. (2012). **مدخل إلى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية،** ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
5. أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني. (2011). **سمات التوحد،** ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
6. أشرف سعد نخلة. (2013). **سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة،** ط1، دار الفكر الجامعي للطباعة والنشر، الإسكندرية.
7. السيد عبد القادر شريف. (2014). **مدخل إلى التربية الخاصة،** ط1، دار الجوهرة للنشر والتوزيع، القاهرة.
8. الصبي عبد الله. (2003). **التوحد وطيف التوحد،** ط1، مكتبة الملك الفهد الوطنية للنشر والتوزيع، الرياض.
9. حازم رضوان آل إسماعيل. (2011). **التوحد واضطرابات التواصل،** ط1، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان.
10. حسام أبو زيد. (2011). **التوحد لغز نبحث عن إجابته،** دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
11. رائد خليل العبادي. (2011). **التوحد،** ط1، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان.
12. رابية إبراهيم حكيم. (2003). **دليلك للتعامل مع التوحد،** ط1، مكتبة جرير، الرياض.
13. ريتا جوردان .(2008). **الأطفال التوحديين جوانب النمو و طرق التدريس** ،ط1،القاهرة

14. زياد كامل اللالا وشريفة عبد الله الزبيري وصائب كامل اللالا وفوزية عبد الله الجلامده ومأمون محمد جميل حسونة ووائل محمد الشرمان ووائل أمين العلي ويحي أحمد القبالي ويوسف محمد العايد. (2012). **أساسيات التربية الخاصة،** ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
15. سعد رياض .(2008).**الطفل الذاتوي و كيف نتعامل معه** ،دار النشر للجامعات ،القاهرة .
16. سناء محمد سليمان. (2014). **الطفل التوحدي أسرار الطفل الذاتوي وكيف نتعامل معه،** دار النشر للجامعات، القاهرة.
17. سوسن شاكر الجلبي. (2015). **التوحد الطفولي أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه،** دار مؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق.
18. طارق عامر. (2008). **الطفل التوحدي،** دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان.
19. عبد الرحمن السيد سليمان. (2000). **الذاتوية.** ط1. مكتبة زهراء الشرق للنشر والتوزيع، القاهرة.
20. عبد العزيز إبراهيم سليم. (2014). **الاضطرابات النفسية لدى الأطفال،** ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
21. عبد الغني منيب .(2015).**الطفل المتوحد والتحديات العالمية** ، دار الإبداع للنشر و التوزيع ، بيروت .
22. عبداللطيف مهدي زمام.(2012).**التوحد الذاتي عند الأطفال** ،ط1، دار زهران للنشر و التوزيع ،عمان .
23. عصام النمر. (2015). **الأسرة وأطفالها ذوي الاحتياجات الخاصة،** دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان.
24. فاروق الروسان. (2010). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين،** ط8، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
25. فؤاد عيد الجوالده. (2012). **البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الاحتياجات الخاصة،** ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
26. فوزية عبد الله الجلامده. (2016). **المشكلات السلوكية النفسية والتربوية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة،** ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
27. فوزية عبد الله الجلامده. (2016). **قياس وتشخيص اضطرابات طيف التوحد،** ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.

28. كوثر حسن عسلية. (2006). **التوحد،** ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
29. لورا شيربمان .(2010).**التوحد بين العلم و الخيال** ، ترجمة فاطمة عياد ،عالم المعرفة ، الكويت .
30. محمد أحمد خطاب. (2009). **سيكولوجية الطفل التوحدي،** ط1، دار الثقافة للطباعة، عمان.
31. محمد التميمي. (2014). **التوحد وقاية وعلاج،** ط1 ن مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان.
32. محمد قاسم عبد الله .(2001).**الطفل التوحدي وانطواء الذات** ،ط1، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع ، عمان .
33. محمود عبد الرحمن الشرقاوي. (2016). **الإعاقة العقلية والتوحد،** دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دسوق.
34. مصطفى نوري القمش. (2011). **اضطرابات التوحد الأسباب والتشخيص والعلاج دراسات علمية،** ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
35. نايف بن عابد الزارع. (2010). **المدخل إلى اضطراب التوحد،** ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
36. نور البطاينة وزليخا أمين. (2006). **صعوبات التعلم لذوي الاحتياجات الخاصة،** ط1، عالم الكتب الحديث للنشر والتوزيع، إربد.
37. هالة إبراهيم الجرواني وسمية طه جميل. (2013). **الطفل التوحدي،** دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، عمان.
38. هناء شحاتة أحمد عبد الحافظ. (2015). **الانتباه المشترك والتواصل اللفظي لدى أطفال ذوي اضطراب التوحد،** ط1، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة.
39. وفاء علي الشامي. (2004). **سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها،** ط1، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر والتوزيع، الرياض.
40. وليد السيد خليفة وربيع شكري سلامة. (2010). **الإعاقة الغامضة (التوحد)،** ط1، دار الوفاء لدنيا للطباعة والنشر.
41. يحي عبد الحميد.(2003).**الدليل العملي لبرنامج تيتش** ، دار الأفاق للنشر و التوزيع ، القاهرة .

**42. رسائل الماجستير والدكتوراه:**

43. أدافر لمياء. (2011). **دراسة الفهم للغة الشفهية لدى الطفل المصاب بالتوحد بعد إخضاعه لإعادة التربية الصوتية،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في الأرطوفونيا، منشورة، جامعة الجزائر 2.

44. إلهام محمد حسن. (2016). **الذاكرة البصرية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في مراكز التربية الخاصة والأطفال العاديين**. مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في التربية الخاصة، منشورة، جامعة دمشق.

45. آية عز الدين أحمد جاد الله. (2018). **دور الشكل والملمس واللون كعناصر تفاعلية في التصميم الجرافيكي لتحسين منهاج تعليم أطفال التوحد في رياض الأطفال في الأردن،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في التصميم الجرافيكي، منشورة، جامعة الشرق الأوسط.

46. توفيق شناني .(2018).**المعاش النفسي لأم الطفل المصاب بالتوحد ،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس ، منشورة ،المركز الجامعي بلحاج ، عين تموشنت .

47. جميلة رسلان أحمد زيد. (2016). **فاعلية برنامج تيتش في تنمية المهارات الاستقلالية لدى أطفال التوحد،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في أساليب التدريس، منشورة، جامعة القدس.

48. رحمة عبد الرحمن السيد محمد. (2018). **الأداء الوظيفي الأسري وعلاقتهما باللغة البراغماتية واضطراب طيف التوحد،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في التربية الخاصة، منشورة، جامعة القاهرة.

**49.** رلى عيس سنقرط. (2014). **أثر برنامج علاجي مستند إلى التغذية الراجعة العصبية في تنمية القدرات اللغوية لدى أطفال التوحد،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس التربوي، منشورة، جامعة عمان العربية.

50. روان عيدروس عبد الله البار. (2016). **فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر القائم على السلوك اللفظي في تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال من ذوي التوحد في المملكة العربية السعودية،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في التربية الخاصة، منشورة، جامعة الإمارات العربية المتحدة.

51. ريما مالك فاضل. (2014). **فاعلية برنامج تدريبي باستخدام اللعب في تنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مذكرة** تخرج لنيل شهادة الماجستير في تقويم اللغة والكلام، منشورة، جامعة دمشق.

52. سامي محمد محمود علي السعداوي. (2018). **فعالية برنامج تدريبي باستخدام برنامج ماكاتون لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه في التربية الخاصة، منشورة، جامعة الزقازيق.
53. سلوى عبد الله الحاج. (2016). **دور مراكز التربية الخاصة في تأهيل أطفال التوحد اجتماعيا وانفعاليا،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العام، منشورة، جامعة الأردن.
54. طاس فتيحة. (2015). **فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، منشورة، جامعة أكلي محند أولحاج البويرة.
55. طلال عبد الرحمن الثقفي. (2015). **فاعلية برنامج قائم على الانتباه المشترك لتنمية التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد بمحافظة الطائف، مذكرة** تخرج لنيل شهادة الماجستير في الإرشاد النفسي، منشورة، جامعة أم القرى.
56. ظافر درويش ديوب. (2014). **فعالية برنامج لتطوير مهارات التقليد والفهم غير اللفظي لدى عينة من الأطفال التوحديين دون سن السادسة في اللاذقية سورية،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في التربية الخاصة، منشورة، أكاديمية حمدان للتعليم العالي.
**57.** عادل جاسم شبيب. (2008). **ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العام، منشورة، جامعة الأكاديمية الافتراضية لتعليم المفتوح بريطانيا.
58. علي أحمد زعارير. (2009). **مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في التربية الخاصة، منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
59. علي زروقي خولة. (2015). **أثر برنامج علاجي تيتش في تحسين حالة الطفل المتوحد،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة وهران 2.
60. فتيحة محمد محفوظ باحشوان.(2003).**المشكلات و الاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد و دور المؤسسات في مواجهتها،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، منشورة ، جامعة حضر موت ، اليمن .

61. فهد بن محمد حماد الحماد. (2015). **الخصائص النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين من وجهة نظر الوالدين،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في، منشورة، جامعة الرعاية النفسية والصحة النفسية، نايف العربية للعلوم الأمنية.
62. لعوالي فاطمة. (2014). **التناول النسقي للإرجاعية لدى إخوة الطفل التوحدي، مذكرة** تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس وعلوم التربية، منشورة، جامعة وهران 2.
63. لمياء عبد الحميد بيومي. (2008). **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه في الصحة النفسية، منشورة، جامعة قناة السويس.
64. مجدي فتحي غزال. (2007). **فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين في مدينة عمان، مذكرة** تخرج لنيل شهادة الماجستير في التربية الخاصة، منشورة، الجامعة الأردنية.
65. محمد بن خلف الحسيني الشمري. (2007). **تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في التربية الخاصة، الجامعة الأردنية.
66. نادية بنت عبد الرحمن بن صويلح اللهيبي. (2009). **فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الوعي الغذائي لأمهات ومشرفات أطفال التوحد،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في تغدية تطبيقية، منشورة، جامعة أم القرى.
67. نسرين عبد الله علي هياجنة. (2015). **فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى الذكاء الجسمي الحركي في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى عينة من أطفال التوحد،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في التربية الخاصة، منشورة، جامعة عمان العربية.
68. هيفاء مرعي الفقرة. (2014). **فاعلية برنامج تدريبي في خفض اضطراب التكامل الحسي ذي الاختلال الوظيفي لدى أطفال التوحد،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في التربية الخاصة، منشورة، جامعة دمشق.
69. وليد جمعة عثمان حسن. (2014). **فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين،** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في التربية الخاصة، منشورة، جامعة قناة السويس.
70. يطو يمينة. (2012). **تطبيق برنامج تدريبي مستمد من طريقة (ABA) التحليل المطبق للسلوك على الأطفال التوحديين لتطوير عملية الاتصال الاجتماعي،**

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي للطفل والمراهق والإرشاد الأبوي، منشورة، جامعة وهران 2.

**71. الدوريات والمجلات:**

**72.** أبو عبد الرزاق نور الدين الشيباني .(ب ت).**النشاطات التعليمية لأطفال التوحد** ،ب دار نشر.

73. أشواق صبر ناصر. (2017). **الوحم الشاذ لدى أطفال التوحد،** الكتاب السنوي بمركز أبحاث الطفولة والأمومة، المجلد 11، العدد 13. 58، جامعة بغداد.

74. حسام الدين جابر السيد أحمد وشادية أحمد عبد الخالق. (2018). **تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين باستخدام برنامج تدريبي للتواصل غير اللفظي،** مجلة البحث العلمي في التربية، العدد 19.

75. دلشاد علي. (2013). **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية السلوكيات غير اللفظية لدى عينة من الأطفال التوحديين،** مجلة جامعة دمشق، المجلد 29، العدد الأول.

76. 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.

**المراجع باللغة الفرنسية :**

77. Ould taleb,Mohamed. (2015).**Application des programmes Schopler (TEACCH) en Algérie** ,office des publications universitaires .