موسوعة إضطراب طيف التوحد

(دراسة نقدية)

إعداد

د / فكري لطيف متولي

تقديم ومراجعة

الأستاذ الدكتور / إيمان فؤاد محمد كاشف

أستاذ التربية الخاصة بكلية علوم الإعاقة والتأهيل

جامعة الزقازيق – مصر

موسوعة اضطراب طيف التوحد

(دراسة نقدية)

Autism

إعداد

دكتور / فكري لطيف متولي

تقديم ومراجعة

الأستاذ الدكتور / إيمان فؤاد محمد كاشف

أستاذ التربية الخاصة بكلية علوم الاعاقة والتأهيل

جامعة الزقازيق - مصر

متولي ، فكري لطيف

موسوعة اضطراب طيف التوحد – دراسة نقدية

اعداد

دكتور: فكري لطيف متولي

١٧ × ٢٤ سم

© المركز العربي للنشر والتوزيع

رقم الايداع : ٢٠١٨/١٧٠٣٧

ISBN: 978-977-90-5702-6

طبع في جمهورية مصر العربية بمطابع دار المعارف

المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب

AIESA

Website: www.aiesa.org

ومضة علمية

التوحد .. مشكلة ولادية نتيجة خلل في تركيب

الدماغ يمكن اكتشافة طبياً في الشهور الأولى ..

ويكتشف تشخيصياً خلال الثلاث سنوات الأولى ..

مشكلة لا يمكن الشفاء منها حتى الآن لأنه

ناتج عن خلل جيني ، ولا يمكن تسميته اعاقة لأنه

لا يسبب عجز في كل حالته كالأعاقات الحسية

والفكرية ، ولا يمكن تسميته مرض لأنه

غير معروف الأسباب ،، يسمى ضمنياً اضطراب

وهو أقرب وصف للحالة التي يكون عليها الطفل

كل أسبابة .. افتراضات

وكل أساليب علاجة .. محاولات مساعدة لتخفيف آثاره

د/ فكري لطيف متولي

محتويات الكتاب

التقديم والمراجعة	**9**
تمهيد المؤلف	**10**
الفصل الأول **حقائق واختلافات حول مصطلح ومفهوم اضطراب طيف التوحد**	**11**
أولاً : الحقائق والاختلافات حول مصطلح الاضطراب	**13**
ثانياً : الحقائق والاختلافات في تفسير منشأ الاضطراب	**23**
المنظور السيكوديناميي	**26**
منظور العضوية العصبية	**26**
منظور التلوث البيئي	**27**
منظور الأسباب الإدراكية	**28**
منظور نظرية العقل	**28**
المنظور السيكولوجي	**30**
منظور النمو العقلي المعرفي	**31**
منظور الادراك الحسي	**31**
منظور تشتت الانتباه	**32**
منظور الخلل الدماغي	**32**
منظور نظرية المزاج	**33**
منظور نظرية التماسك (الترابط) المحوري الضعيف	**34**
منظور نظرية المرآة المكسورة للأوتيزم	**34**
ثالثاً : الحقائق والاختلافات حول تطور مفهوم الاضطراب	**35**
طفل إيتارد وعلاقته باضطراب طيف التوحد	**37**
جهود العالم "ليوكانر" للتوحد	**38**
مرحلة الثمانينات في وضع اضطراب طيف التوحد	**39**
مصطلح اضطراب طيف التوحدفي آواخر القرن العشرين	**39**

مصطلح اضطراب طيف التوحد في القرن الحادي والعشرين	40
الفصل الثاني **حقائق واختلافات حول معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد**	41
أولاً : حقائق واختلافات الآراء حول علاقة الدماغ بالاضطراب	43
علاقة الدماغ بالتفكير لدى الطفل التوحدي	44
تركيب المخ لدى طفل اضطراب طيف التوحد	45
الفصان الأماميان لطفل اضطراب طيف التوحد	46
صعوبات اضطراب طيف التوحدالناتجة من الخلل في الفصيين الأماميين	47
تركب الفصان الجداريان للتوحد	47
الفصان الصدغيان لدى اضطراب طيف التوحد	48
الفصان القذاليان لدى اضطراب طيف التوحد	49
جذع الدماغ لى اضطراب طيف التوحد	50
وزن الدماغ وحجمه لدى اضطراب طيف التوحد	50
الخلايا العصبية لدى اضطراب طيف التوحد	51
النقلات العصبية لدى اضطراب طيف التوحد	52
ثانياً : حقائق واختلاف المعايير التاريخية لتشخيص الاضطراب	56
ثالثاً : الحقائق والاختلافات في قوائم التشخيص بالاضطراب	63
التشخيص الفارق	65
قائمة تشخيص إع اقة التوحد فى الدليل الإحصائى الرابع	66
قائمة تقدير سلوك اضطراب طيف التوحد	68
مقياس جليام لتقييم اضطراب طيف التوحد	68
مقياس وجهة الضبط إزاء تحسن الطفل	69
قائمة اضطراب طيف التوحدالسلوكى	69
قائمة تشخيص إعاقة التوحد فى الدليل الإحصائى الخامس	70
اهم مشكلات الاتصال اللغوي عند الاطفال التوحديين	71

الفصل الثالث **حقائق واختلافات حول انتشار وتعدد وظاهر اضطراب طيف التوحد**	**75**
أولاً : الحقائق والاختلافات حول نسب إنتشار الاضطراب	**77**
ثانياً : الحقائق والاختلافات حول تعدد مظاهر الاضطراب	**84**
الخصائص الجسمية والحركية	**85**
الخصائص المعرفية	**87**
الخصائص الإجتماعيه والإنفعاليه	**94**
الخصائص اللفظية	**104**
الخصائص السلوكية	**105**
الخصائص الاجتماعية	**106**
الخصائص الحسية	**108**
مظهر الإضطرابات النمائية الشاملة	**108**
مظهر إضطراب إسبرجر	**109**
مظهر إضطراب الريت	**110**
مظهر إضطراب الطفولة التحللى	**111**
مظهر الإضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة	**111**
المظهر الوراثي	**113**
مظهر القصور الحسي	**116**
مظهر البرود الانفعالي	**116**
مظهر التصرفات النمطي	**116**
مظهر غياب القدرة على الاتصال اللغوي	**117**
مظهر التفكير الأناني	**118**
الفصل الرابع **حقائق واختلافات حول مسببات الاضطراب وطرق العلاج**	**120**
أولاً : الحقائق والاختلافات حول الافتراضيات المسببة للاضطراب	**121**

الفرضيات الجينية والوراثية	123
الفرضيات العصبية	126
الفرضيات النيورولوجية	127
الفرضيات البيولوجية	128
الفرضيات العضوية	128
الفرضيات النفسية والاجتماعية	129
الفرضيات الادراكيه	131
الفرضيات البيئية	132
ثانياً : الحقائق والاختلافات بين الاضطراب والاعاقات الأخرى	135
اضطراب التوحد كإعاقة عقلية	135
اضطراب التوحد كإعاقة اجتماعية	135
اضطراب توحد كإعاقة عقلية اجتماعية متزامنة	136
اضطراب التوحد والتلازم المرضى مع قصور الانتباه	137
ثالثاً : الحقائق والاختلافات حول التدخلات العلاجية للاضطراب	138
العلاج المركز على اللعب	139
العلاج بالتعلم الاجتماعي	152
العلاج باستخدام طريقة لوفاس	153
العلاج بالتكامل الحسي	155
أساليب التدخل النفسي	159
اساليب التدخل الطبي	160
العلاج بالحمية الغذائية	163
التدريب علي المهارات الاجتماعية	168
برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS)	168
العلاج بالحياة اليومية (مدرسة هيجاشي) . (DLT)	169
التدريب علي التكامل السمعي (ALT)	170

التواصل الميسر (FC)	**172**
العلاج بالمسك أو الاحتضان (HT)	**172**
العلاج بالتدريبات البدنية	**173**
التعليم الملطف(GT)	**173**
العلاج بالموسيقي	**173**
العلاج البيولوجي (أدوية - هرمونات – فيتامينات)	**175**
العلاج بالتعليم المنظم	**179**
العلاج بتعديل السلوك	**180**
العلاج الحركي	**181**
العلاج بالرسم	**183**
العلاج بتنمية حقول التطور السبعة	**184**
العلاج بطريقة ماريا منتسوري	**186**
ملاحظات من ميدان العمل مع أطفال التوحد	**191**
المصـــادر	**196**

تقديم ومراجعة :
هل هناك توحد نقي ؟ ...

هل هناك شخص تنطبق عليه أعـراض ومحكـات التشـخيص لاضـطراب طيـف التوحدبصـورة مثاليـة ؟ ، حـاول العديـد مـن الباحثين الإجابة عن هذا التساؤل وكانت النتائج التي تم التوصل إليها تشير إلى أن إعاقة التوحـد هـي اعاقـة خفيـة غـير معروفـة الأسباب قد تقتصر على خلل في بعض الوظائف العقلية فقط مما يؤدي إلى اختلاف الانظمـة الوظيفية، ويمكن النظر إلى باقي الأعراض على أنها أعـراض ثانويـة، فـالحواس تعمـل بصـورة طبيعية وتؤدي وظيفتها . فالطفل يسمع رغم أنه يبـدو غـير سـامع ، والطفـل يـرى أمـه ولا ينظر إليها . والجهاز الحركي والحس حركي لديه القدرة على التعامل مع الأشياء وإدراك العـالم من حوله من خلال الحواس الطبيعية وكذلك لديه القدرة عـلى تشـكيل وتصـنيف المفـاهيم حتى في الأعراض الرئيسية للتوحد مثل التفاعـل الاجتماعـي والقـدرة عـلى التواصـل نجـد أن هناك قدر من هذه المهارة .

كما أن هناك ظاهرة التوحد الزائف والتـي يمكـن إرجاعهـا إلى حـالات الحرمـان الـحسي والعاطفي والتي يمكن أن تتراجع كثيراً في أعراضـها نتيجـة للرعايـة والـبرامج التدريبيـة . كـما ارتبطت تلك البحوث بقضية أخرى هامة وهي مدى قابلية الأشـخاص ذوي اضـطراب طيـف التوحد للشفاء التام وخرجت علينا العديد من البحوث والتجارب الطبية والغذائية والدوائية والنفسية التي تؤكد – كل في مجالها- امكانية الشفاء التام . ولكن يظل السؤال الـذي يطـرح نفسه لماذا يتم شفاء حالات قليلة بالنسبة للغالبية ممن تعرضوا لنفس الأساليب العلاجية؟

والكتاب الذي بإيدينا حاول فيـه المؤلـف طـرح هـذه القضـايا السـابقة وقضـايا أخـرى مرتبطـة بالتشخيص وأدواته ، ونسب الانتشار ، وعلاقة الدماغ باضطراب طيـف التوحـد والمسـببات والجـدل الدائر حول كل هذه القضايا وجاء الطرح بأسلوب وفكر مختلف شيق يأخذ القارئ في رحلـة علميـة ليحثنا معاً عن حل للغز الحائر وهو لغز اضطراب طيف التوحد.

أ . د / إيمان فؤاد محمد كاشف

أستاذ التربية الخاصة

تمهيد المؤلف:

برغم أن دراستي في الماجستير والدكتوراه ليست عن فئات التوحد إلا أنني كأي شخص عمل ودرس في مجال التربية الخاصة استفزتني حالة الغموض وكثرة الاختلافات حول التوحد ـ فاضطراب طيف التوحد من الاضطرابات التي كثر الحديث والبحث والدراسة عنها في السنوات الأخيرة ، نظراً لأنها دراسات تحمل الجديد كل يوم لعدم الاتفاق بين العلماء والباحثين على شكل ثابت لهذا الاضطراب ولا أسباب واضحة ولا حتى طرق علاج وتدخلات محددة ، ولكن الثابت في مجالات العلم أنه ليس هناك استحالة او تعقيد في كيفية تربية الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، فإن كل ما يحتاج إليه هو الصبر والحب والمثابرة ، لأن خطواته في مجال التطور بطيئة ، و أي تقدم ولو بسيط جدا ، يعتبر خطوة جبارة ومهما طالت فترة الوصول إليها وإهماله يزيد من تخلفه ويجعله سلبي وغير قادر على الاعتماد على النفس نهائيا .

وبالطبع هناك عشرات الكتب والبحوث التي تناولت اضطراب طيف التوحد بالوصف والشرح ، ولكن الشاهد والمختلف في استعراض هذا الكتاب هو اعداد موسوعة لتجميع المتفرق حول جملة الاختلافات والتناقضات بين آراء وتجارب الباحثين والاخصائيين وأولياء الأمور في ميدان اضطراب طيف التوحد حتى نقدم بين أيدي القارئ أو الدارس أكبر عدد ممكن من الاتجاهات المختلفة حول هذا الاضطراب.

دكتور / فكري لطيف متولي

الفصل الأول

حقائق واختلافات حول مصطلح ومفهوم اضطراب طيف التوحد

أولاً : الحقائق والاختلافات حول مصطلح الاضطراب

ثانياً : الحقائق والاختلافات في تفسير منشأ الاضطراب

ثالثاً : الحقائق والاختلافات حول تطور مفهوم الاضطراب

الفصل الأول

حقائق واختلافات حول مصطلح ومفهوم اضطراب طيف التوحد

أولاً : الحقائق والاختلافات حول مصطلح الاضطراب

يحدث دائماً خلط في المفهوم بين اضطراب طيف التوحد والأوتيزم وقع فيه الباحثين بسبب ترجمة المصطلح من الإنجليزية إلى العربية ، حيث كلمة أوتيزم تعني اضطراب طيف التوحدي أو الاجتراري .. أما اضطراب طيف التوحدتعني من الناحية السيكولوجية في علم الصحة النفسية بالتقمص ، حينما يتقمص الفرد شخصياً أخر ويحاول تقليدها وتتبع حركاتها وايمائتها ، ولكننا وقعنا في مشكلة مهمة وهي أن مصطلح اضطراب طيف التوحدانتشر على وصف الأوتيزم بصورة هائلة ، واقيمت المؤتمرات والندوات والرسائل والبحوث بهذا الأسم ، وأصبحنا أمام أمر واقع .

ويتصف اضطراب طيف التوحد بوجود تأخر فى اكتساب اللغة لدى الطفل وضعف فى العلاقات الاجتماعية مع من حوله ايضا يكون للطفل حركات متكررة او اهتمامات محددة ، وتظهر الاعراض عادة اما واضحة فى ضعف التواصل الاجتماعي واللغوى منذ السنة الاولى ، اما فى حالات اخرى فيكون الطفل قد مر بمرحلة تطور طبيعية ، ولكن حصل له تراجع ففقد المهارات اللغوية او الاجتماعية بعد بلوغه السنة والنصف او السنتينن.

فمصطلح اضطراب طيف التوحد هو ترجمة للكلمة الإغريقية (autos) أي الأنا التي تشير إلى الانطواء واضطراب طيف التوحد مع الذات وقد استعمل العالم (بلولير ايغون) وهو عالم وطبيب سويسري ولد في زيورخ 1857-1939م - مفهوم السلوك التوحدي لأول مرة عام 1911م كدلالة على الانفصام الشخصي ، فمصطلح اضطراب التوحدية يعني أوتوس Autis ؛ وهي تعني النفس أو الذات وكلمة ism انغلاق، أي أن المصطلح ككل يمكن ترجمته على أنه الانغلاق على الذات، وقد أخذ الشكل Autism ،

حيث تم اختيار كلمة «ذاتوية» كمصطلح لهذا الاضطراب لأنها كلمة منفردة في معناها (طارش الشمري, 2001، 15).

ويرجع التعرف على هذه الفئة إلى الطبيب النفسي الأمريكى " ليوكانر " Leo Kanner (1943) عندما قام بفحص مجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية، ولفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لـ (11) طفلاً أطلق عليهم مصطلح اضطراب طيف التوحدية Disorder؛ حيث لاحظ انغلاقهم الكامل علي ذواتهم، والابتعاد عن الواقع، والانطواء والعزلة، وعدم التجاوب مع المثيرات التى تحيط بهم(وفاء الشامي، 2004).

وحتى نفهم مصطلح هذا الاضطراب نتجه سريعاً على اختلافات التعريف وما توصل إليه الباحثين من خلال دراستهم وتجاربهم الميدانية بصورة متدرجة من الأقدم إلى الأحدث على النحو التالي :

- هو نوع من الاضطرابات النمائية التي تظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، وتكون نتيجة اضطرابات عصبية تؤثر على وظائف المخ، ومن ثم فهي تؤثر على مختلف جوانب النمو الأخرى، هذا فضلا عن أنها تضعف من التواصل الإجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي للطفل، وغالبا ما يكون اضطراب التوحد مصحوباً بقدر ضيق وتكراري من الأنشطة والتكرارات (Andrew. 2000 , 89) .
- تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسى بأنه إضطراب نمائى يتسم بنمو غير طبيعى أو مختل فى التفاعل الإجتماعى ، التواصل ومصاحب بأنماط من السلوك المقيد ، المتكرروالنمطى والذى يقلل بدوره من التركيز فى الأنشطة والإهتمامات (American Psychiatric Association, 2000) .
- مصطلح يستخدم في وصف إعاقة من إعاقات النمو الشاملة، وأن طيف التوحد نوع من الإعاقات النمائية سببها خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي (المخ)، يتميز بتوقف أو قصور في نمو الإدراك الحسي واللغوي وبالتالي القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والتفاعل الإجتماعي، يصاحب هذه الأعراض نزعة إنطوائية تعزل

الطفل الذي يعاني منها من وسطه المحيط، بحيث يعيش منغلقا على نفسه لا يكاد يحس بما حوله وما يحيط به من أفراد أو أحداث، أو ظواهر، ويصاحبه أيضاً إندماج في حركات نمطية أو ثورات غضب كرد فعل لأى تغير في الروتين (شلبي،2001، 3) .

- وقد عرف هولين مصطلح اضطراب طيف التوحد بأنه أحد إضطرابات النمو الإرتقائى الشاملة التى تتميز بقصور أو توقف فى نمو الإدراك الحسى واللغة ، وبالتالى فى نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنموالمعرفى والإجتماعى ، ويصاحب ذلك نزعة إنسحابية إنطوائية وإنغلاق على الذات مع جمود عاطفى وإنفعالى ، ويصبح كأن جهازه العصبى قد توقف تماما عن العمل وإندماجه فى أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة (عثمان لبيب،2002 ،52).

- ويرى مجمع اضطراب طيف التوحدالأمريكي "The Society of America " أن هناك سمات يتميز بها اضطراب طيف التوحدي هي: الاتصال اللفظي وغير اللفظي، التفاعل الاجتماعي، القصور الحسى للعب؛ حيث يعانى الطفل التوحدي من نقص في التلقائية أو اللعب التخيلى، السلوكيات حيث يحتمل أن يكون الطفل التوحدي شديد النشاط أو سلبيًّا جدا (كمال زيتون، 2003).

- أما وفاء الشامى اعتبرت اضطراب طيف التوحدهو إضطراب فى التطور العصبى يؤثر على النمو فى ثلاث مجالات أساسة (التواصل ، والمهارات الإجتماعية ، والتخيل) (وفاء الشامى، 2004).

- هو إعاقة متعلقة بالنمو، عادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وقد تنتج عن إضطراب فى الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ وبالتالي في مجال الحياة الإجتماعية ومهارات التواصل وكذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية (كامل، 2005).

في عدد اكتوبر 2018 في مجلة الرابطة الامريكية لعلم النفس وصلت نسبة انتشار الاطفال ذوي اضطراب التوحد بين الأطفال الذين يبلغون 8 سنوات 1 : 59 في امريكا وعام 2014 في تقرير CDC الأخير وصلت نسبة إنتشار اضطراب طيف التوحد بين الاطفال الذين يبلغون 8 سنوات 1 : 68 ، ووصلت نسبة الإنتشار بين الأطفال الذكور 1 : 38 وبين الإناث 1 : 152 وينتشر التوحد بين الاطفال ذوي البشرة البيضاء بنسبة 7% أعلى من الأطفال ذوي البشرة السمراء.

- أما الجمعية الأمريكية للذاتوية فتعرف التوحد على انها إضطراب يتعارض مع التطور الطبيعي للمخ في الجزئية الخاصة بالتفاعل الإجتماعي، ومهارات التواصل، والأطفال المصابون بالتوحد لديهم عجز في التواصل اللفظي، وغير اللفظى واللعب الجماعي، ولدى الطفل الذاتوي عادة التكرار والحركة الجسمانية (رفرفة أيديهم – التأرجح – الإهتزاز) إستجابة غير عادية للأشخاص، يرتبط بالأشياء، لديه روتين، وبعض الحالات لديهم عدوانية وإيذاء للذات (محمدين، 2005).
- ويعرف محمد كامل اضطراب طيف التوحد بأنه إعاقه متعلقة بالنمو عادة ماتظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، وهى تنتج عن إضطراب فى الجهاز العصبى مما يؤثر على وظائف المخ ، ويؤثر على النمو الطبيعى للمخ فى مجال الحياة الإجتماعية ومهارات التواصل لديه، حيث عادة مايواجة الأطفال والأشخاص المصابون باضطراب طيف التوحد صعوبات فى مجال التواصل غير اللفظى والتفاعل الإجتماعى وصعوبات

فى الأنشطة الترفيهية، كما يمكن أن يظهرالمصابون بهذا الإضطراب سلوكا متكررا بصورة غير طبيعية (محمد كامل، 2005) .

- ويذكر جينيفر داونس Downs,J. أن اضطراب طيف التوحد هو إضطراب نمائى يضم مجموعة من الخصائص السلوكية على متصل من متوسط إلى شديد(Downs,J, 2005).
- ويعتبره لطفي الشربيني من الاضطرابات النمائية التى تعزل الطفل المصاب عن المجتمع دون شعوره بما يحدث حوله من أحداث في محيط البيئة الاجتماعية فينخرط في مشاعر وأحاسيس وسلوكيات ذات مظاهر تعتبر غير عادية أو شاذة بالنسبة لمن يتعاملون معه، بينما يعايشها هو بصفة دائمة مستمرة لأنها الوسيلة الوحيدة التى يعبر بها عن أحاسيسه ومشاعره بطريقته الخاصة (لطفى الشربينى،2004).
- وعرفته مجلة المنال بأنه أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي واللفظي وغير اللفظي كما تعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلاتهم الاجتماعية المتبادلة ويظهر هذا الاضطراب خلال الثلاث السنوات الأولى من عمر الطفل وتكون أعراضه واضحة تماماً في الثلاثين شهراً من عمر الطفل الذي يبدأ في تطوير سلوكيات شاذة وأنماط متكررة والانطواء على الذات (مجلة المنال ، 2005).
- وهو حاله تعرف بما ينتج عنها من سلوك ولكنها ترجع الى اضطرابات عضويه غير معروفه أو معروفه في وظائف المخ تؤدي الى التأثير على مخ الطفل وهو في طور النمو وتؤثر على قيامه بعملية جمع المعلومات ومعالجتها كما تؤدي الى خلل سلوكي ملحوظ وقد يدخل العامل الوراثي في العديد من هذه الاضطرابات العضويه (اريك زاند , 2005) .
- ويعتبر اضطراب طيف التوحدحالة من حالات الاضطرابات الارتقائية الشاملة (المختلطة) يغلب فيها على الطفل الانسحاب، والانطواء، وعدم الاهتمام بوجود الآخرين، أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم، ويتجنب الطفل أى تواصل معهم وخاصة

التواصل البصرى، وتتميز لغته بالاضطراب الشديد فيغلب عليه الترديد أو التكرار لما يقوله الآخرون أو الاجترار، ولديه سلوك نمطى، وانشغال بأجزاء الأشياء وليس بالأشياء نفسها، وتتميز عن غيرها من حالات الإعاقة الأخرى بمجموعة من الخصائص المميزة والمتغيرات المعرفية (ماجد عماره، 2005).

- ويشير "حسام أبو يوسف" إلى اضطراب طيف التوحد بأنه إعاقة أو إضطراب نمائى يصيب الأطفال خلال العامين الأولين من العمر ويتصف ببعض الأعراض والمظاهر النفسية والإجتماعية والعقلية والسلوكية التى يتسم بها الأطفال المصابون به وتتمثل فى الإنغلاق التام على الذات والطقوس الشخصية الخاصة غير الطبيعية ، سواء استخدام اللغة ، وحدوث قصور أو خلل فى المشاعر والإنفعالات والإنتباة والتفكير والإدراك والحواس وحركات الجسم والتفاعل الإجتماعى والتواصل بشتى صورة اللفظية وغير اللفظية ، كما جاء فى معايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للأضطرابات النفسية والتصنيف الدولى العاشر للأمراض (حسام أبو يوسف، 2006) .

مقولات خاطئة :

هذه النسبة مرعبة تعد جرس إنذار لكل الجيل القادم بأن كل اسرة لن تخلو من اضطراب طيف التوحد، وان ما يقرب من نصف سكان العالم سوف يصابوا بإضطراب طيف التوحد!! وقد قررت عديد من الأمهات بأن اضطراب طيف التوحد قد ظهر لدى أطفالهم بعد تطعيم MMR

- وهو إضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين (24- 30) شهراً من العمر ويؤثر في سلوكهم، إذ إن معظم هؤلاء الأطفال تقريباً يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى ويتصفون بالإنطواء على أنفسهم وعدم الإهتمام بالأخرين وتبلد المشاعر، ولديهم سلوك إيذاء، ونوبات الغضب وعدم إصدار تلميحات جسمية أو حسية تثير انتباه الأخرين والكلام النمطي الذي يتسم بالهمهمة والبرود العاطفي وتأخر في نمو السلوك بما لا يتوافق مع سن الطفل (الخفش، 2007) .

- وأشار آخرون بأنه إضطراب نمائى عصبى يتسم بظهور مبكر لإختلالات فى التفاعل الإجتماعى التبادلى والتواصل ، والسلوكيات أو الإهتمامات المتكررة المقيدة(Chiang, Chung-Hsin et al., 2008)
- كما تشير الجمعية الأمريكية للطب النفسى وباحثون آخرون أن اضطراب طيف التوحد هو الإعاقة النمائية الأسرع إنتشارا ويعرف بأنه متلازمة سلوكية مبنية على أنماط من السلوكيات والتى تختلف من فرد لآخر ، كما أنه عجز نمائى مدى الحياة يؤثر على قدرة الفرد على التواصل وفهم اللغة، والعلاقات الإجتماعية والتفاعل مع الآخرين (Brunson-Upshaw , DeAna L,2009) .

- ويعرفه هشام الخولي ضمن التعريفات أيضًا أنه "ضعف الانتباه وخاصة الانتباه المشترك؛ حيث يبدو الطفل وكأنه أصم فهو لايعير الآخرين والأصوات أي اهتمام أو انتباه، وتظهر عليه في كثير من الأحيان علامات اللامبالاة السمعية على الرغم من أنه ليس بأصم ولا ضعيف السمع، بل على العكس من ذلك، كما أن الطفل التوحدي يتأخر لديه نمو اللغة والكلام، ويلاحظ عليه القصور الشديد في التواصل والتفاعل الاجتماعي، ويتصف سلوكه بالنمطية والتكرار، ويعاني من نقص في اللعب التخيلي والاجتماعي المناسب لمستوى النمو، فهو يفتقد خبرات اللعب المبكرة ومايترتب على ذلك من عدم استخدام الألعاب والأشياء بأسلوب عادي مثل الأطفال الآخرين فنجده مثلا منشغلاً بإدارة عجلات السيارة اللعبة بدلاً من اللعب بها في سباق أو لعبة قيادة (هشام الخولي،2008).
- ووفقًا لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات يعرف اضطراب طيف التوحدبأنه: "إعاقة نمائية أو تطويرية تؤثر على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي، وعادة ما يظهر هذا الاضطراب بشكل عام قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره ويؤثر سلبًا على أدائه "(هالهان وكوفمان، 2008).

- وهو أيضا أحدى الاضطرابات النمائيه الشامله حيث يتم تحديده عن طريق الاعاقات في التفاعل الاجتماعي والصعوبات في التواصل والنماذج المقيده والتكراريه من السلوك (Owen-Deschryver et al., 2008).
- كما يستخدم مصطلح طيف التوحد في وصف حالة إعاقة وليس مرض وهو من إضطرابات النمو الشامل تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي أو اللغة والتواصل والتعلم وبالتالي في القدرة على التفاعل الإجتماعي وتكون مصاحبة بنزعة إنسحابية إنطوائية مع إنغلاق عن الذات وجمود عاطفي وإنفعالي وإندماج في حركات نمطية أو ثورات غضب كرد فعل لآى تغير أو لضغوط المجتمع (فراج، 2009).
- ويذكر سبنسر وآخرون(Spencer,V. et al 2009) أن اضطراب طيف التوحد يعنى العجز النمائى الذى يؤثر بشكل كبير على التواصل اللفظى وغير اللفظى والتفاعل الإجتماعى ، والذى يتضح بشكل عام قبل الثالثة من العمر، والذى يؤثر سلبا على آداء الطفل التعليمى،والخصائص التى غالبا ماتصاحب اضطراب طيف التوحد كالمشاركة فى أنشطة متكررة وحركات نمطية ،مقاومة التغير البيئى او التغير فى الروتين اليومى، والإستجابه غير المعتادة للخبرات الحسية .
- كما عرف مجلس البحث القومي الأمريكي(**national Research Council 2001**) التوحد على أنها طيف من الاضطرابات المتنوعة في الشدة والأعراض، والعمر عند وقت الإصابة بها، وعلاقاتها بالاضطرابات (التخلف العقلي، تأخر اللغة المحدد، والصرع). وتتنوع أعراض التوحد بين الأطفال، فلا يوجد سلوك منفرد بشكل دائم للذاتوية، ولا يوجد سلوك يستثني تلقائياً الطفل من تشخيص التوحد، حتى مع وجود تشابهات قوية خصوصا في القصور الإجتماعي(طعيمة، 2010).
- ورأى إيهاب عبد الرؤوف (2010) اضطراب طيف التوحد بأنه إضطراب عضوى عصبى بيولوجى ناتج عن خلل فى الجينات الوراثية المهيمنة على التكوين الجينى لمناطق تشريحية خاصة فى المخ تشمل الفص الأمامى ، الفص الصدغى ، العقد القاعدية ، المحيخ . عند تعرض بعض الأطفال – ذوى القابلية الوراثية لهذا الإضطراب – لمؤثرات

بيئية عديدة غير ثابتة ، أو متماثلة لدى كل الأطفال المصابيين (التفاعل الوراثى – البيئى) تنشأ إعاقة تطويرية شاملة فى أهم المحاور النمائية لدى الطفل (إكتساب مهارت اللغة وإرتقائها ، التواصل الإجتماعى مع الأسرة ، والأقران ، السلوك الفردى ومهارات اللعب).

- وعرفتهما رانيا قاسم ودينا مصطفى(2010) بأنه خلل وظيفى فى المخ لم يصل العلماء لتحديد أسبابة بعد ، يظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، ويمتاز بقصور وتأخر فى النمو الإجتماعى والإدراكى والتواصل مع الآخرين .
- وغني عن البيان أن اضطراب طيف التوحد إضطراب نمائى منتشر يتسم بقصورفى التفاعلات الإجتماعية التبادلية والتواصل و سلوكيات نمطية ، متكرره ،أو نطاق مقيد من الإهتمامات (Hertz-Picciotto, Irva, 2010,161).
- ولخص خالد القاضى (2010)تعريف اضطراب طيف التوحد بأنه إعاقة نمائية تظهر خلال السنوات الأولى من حياة الطفل ، وتؤثر سلبا على حياة الطفل الإجتماعية والتواصلية ، حيث يواجه الأطفال التوحديين خلل فى التفاعلات الإجتماعية والتواصلية واللغة واللعب التخيلى وقصور فى الإهتمامات والأنشطة ، إضافة إلى السلوكيات النمطية التى تتضمن الرفرفة بالأيدى وهز الرأس والإرتباط بالأشياء .

- ويعرفه أحمد عكاشة بأنه نوع من انواع الاضطراب الارتقائي المنتشر, يعرف بوجود ارتقاء غير طبيعي أو مختل يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات. وبنوع مميز من الاداء الغير طبيعي في المجالات الثلاث النفسيه (التفاعل الاجتماعي – التواصل - السلوك المحدود المتكرر)(أحمد عكاشه 2010,).
- وترى سوزان Susan أنه السلوك الصادر عن الطفل الذي يظهر في صورة اضطرابات

سلوكية , اضطراب في التفاعل الاجتماعي واضطراب في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل وانغلاق على الذات وضعف في الانتباه المتواصل للأحداث والموضوعات والأحداث الخارجية(Susan et al ,2010) .

- ويذكر راينRyan أن اضطراب طيف التوحد هوأنه ذاك الإضطراب الذى يؤثر سلبا على تواصل الطفل وتنشئته الإجتماعية وإهتماماته قبل الثلاث سنوات الأولى من العمر بمتوسط يبدأ من 15 شهر الأول . (Ryan, et al.,2011)
- وترى سهير كامل أن الطفل التوحدي لديه اضطراب وقصور في النمو اللغوي والقدرة على التواصل والنمو(العاطفي – الانفعالي – الاجتماعي - الإدراك - الحسي والسلوكي) حيث إنه منغلق على ذاته لايتأثر بالمثيرات الخارجية، وهو يعيش في عالمه الذي يكرر فيه حركاته النمطية"(سهير كامل، 2012).
- وربما يرجع استخدام هذه التسميات إلي غموض وتعقد التشخيص الفارق لهذا المرض حيث ما أكده سالم (2002) بأن الاجترارية والأوتوسية والتوحد والتوحد مصطلحات تستخدم للتعبيرعن الخصائص الشائعة عند الكثير من الاطفال المضطربين سلوكيا خاصة ممن لديهم اضطرابات سلوكية حادة مثل الانطواء الشديد ، والتمركز حول الذات ، والانشغال بالعالم الخارجي او كما يوضح(**Herbert, 1998** علي وجود قصور في جوانب ثلاثة رئيسية تميز هذا الاضطراب وهي الخيال، والعلاقات الاجتماعية، والتواصل الاجتماعي ، وهناك العديد من المحكات التي يجب أن تنطبق علي الطفل حتي يتم تشخيصه علي أنه طفل ذاتوي، وهذا يعني أن هذا الاضطراب يتضمن أوجه قصور أولية متعددة وأنماط من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة تتميز بمحدوديتها وتكراراتها ونمطيتها وقد تأخذ شكل الروتين في الأداء اليومي .

التوحد النفسي حالة نفسية يتقمص فيها المراهق شخصية معينة يتمثل من خلالها صفات وخصائص الشخص الآخر.

واضطراب طيف التوحد ينتشر بصورة كبيرة مؤخرا ، فقد لوحظا مؤخرا زيادته بنسبة كبيرة جداً، والسبب الرئيسي للاضطراب غير معروف لكن العوامل الوارثية تعمل دور مهم بالاضافة الى العوامل الكيمائية و العضوية . ايضا من المهم ان نعرف انه ليس جميع المصابون باضطراب طيف التوحد مستوى ذكاءهم منخفض ، فحسب الاحصائيات ان ربع الحالات من الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ذكاءهم في المعدلات الطبيعية.

وقد ذكر مصطلح التوحد عامة فى موسوعة علم النفس لفرج طه وآخرون (1993) على أنه حيله من حيل التوافق تتم على مستوى شعورى ، فاضطراب طيف التوحدعملية تلجأ اليها النفس البشرية بشكل لاشعورى ودون أن يعى الفرد أنه يقوم بعملية توحد . وفى هذه الحالة يمثل الفرد ويستدمج داخل ذاته دوافع وإتجاهات وسمات شخص آخر بحيث تصبح دوافع وإتجاهات وسمات أصيلة فى كيان الفرد، تضرب جذورها فى أعماق بنائه النفسى . وهكذا فإن التغيير الذى يحدث فى الفرد أو فى شخصيته كنتيجة لعملية اضطراب طيف التوحدالتى يقوم بها لايكون مؤقتا ولامفتعلا كالذى يحدث فى موقف التمثيل أو المحاكاة أو التقليد بل يكون عميقا فى تأثيرة فى الشخصية ومستمره إلى حد بعيد وعلى هذا فالإبن يتوحد مع أبية ولايقلده، والبنت تتوحد بأمها ولاتقلدها (فرج طه ، وآخرون ،1993، 261-262)

ثانياً : الحقائق والاختلافات في تفسير منشأ الاضطراب

اضطراب طيف التوحد اضطراب متعدد الأسباب والأعراض يسبب قصورًا في النمو يمتد مدى الحياة ويمكن أن تظهر الأعراض المتعددة للذاتوية بمفردها كل على حدة أو ممتزجة مع ظروف أو اضطرابات أخرى مثل: التخلف العقلي أو العمى أو الصمم أو الصرع، ونظرًا لأن الأطفال التوحديين مثلهم في ذلك مثل جميع الأطفال يتنوعون من حيث قدراتهم وسلوكياتهم تنوعًا كبيرًا فإن كل عارض يمكن أن يظهر على نحو مختلف في كل طفل، وتجدر الإشارة إلى أنه توجد دراسات عديدة أجريت بهدف التوصل إلى أسباب

محددة للإصابة باضطراب طيف التوحدية إلا أن هـذه الأسـباب اختلفـت فـيما بينهـا حـول أسباب هذا الاضـطراب، فهنـاك مـن البـاحثين مـن أرجـع السـبب إلى عوامـل جينيـة وراثيـة وبعضهم أرجعه إلى عوامل إدراكية. (محمد عبد الرحمن وآخرون، 2005).

فهناك عدم اتفاق على سبب واحد لحدوث الإصابة باضطراب طيف التوحد، ومن الممكن أن يكون هذا طبيعيًا؛ لأن حدوث الإصابة يعود إلى أسباب عدة, ولكن هناك حقيقة هـي أن هذا الاضطراب لم تتحدد بعـدُ العوامـل والأسـباب المؤديـة إليـه؛ فقـد يكـون بسـبب وجـود اختلافـات حيويـة وعصـبية فى الـدماغ الـذى يبـدو مـن خـلال تحليـل الصـور الإشـعاعية المغناطيسية، ووجود اختلاف فى تركيب الدماغ لدى الطفل الـذاتوى, أم أنـه سـبب جينـى أو نتيجة خلل فى الجهاز العصبى المركزى أو نتيجة لهذه العوامل مجتمعة، وعليه تأخذ الباحثـة بالاتجاه التكاملى وتأخـذ في اعتبارهـا جميـع النظريـات وتوظفهـا بشـكل إيجـابي في تصـميم البرنامج التدريبي.

إن الاستناد إلى مقاييس الذكاء فى تحديد ذكاء ألأطفال ذوى اضطراب طيف التوحـدوكأننا نضع هذه الفئة من الأطفال فى قالب متفق عليه مسبقا بعنـوان التخلـف العقـلى ، قالـب لا يحمل قدر كافى من المصداقية للحكم على فئة من الأطفال لها عالمها الإدراكى الخاص بها.

تعـددت الأسـباب المنـتشرة لاضـطراب التوحـد وإلى الآن لا يوجد سبب مؤكد والمؤكد فقط هـو زيـادة اعـداد الأطفـال المصابين بهذا الاضطراب بصورة خطيرة

فمعظم الأطفـال التوحـديين يعـانون مـن تـدني فى مسـتوى الأداء العقلى بوجه عـام ، أو تـدن شـديد ؛ وذلـك إسـتنادا إلى اختبارات الـذكاء المقننـه التـى طبقـت علـيهم ، وأن الأطفـال التوحديين لديهم قصور فى إستخدام المعلومات التى استمدت بواسطة التغير فى اتجاه تحديق العـين مـن قبـل شـخص آخـر لإتجـاه نفـس الهـدف فى المحـيط وأن التـأخر والقصـور فى الانتباه المـترابط واللعـب الرمـزى إثنـين مـن أهـم المشـكلات النمائية لدى صغار ألأطفال الذين يعانون من اضطراب طيـف

التوحد، ولقد تبين أن أسهل هدف تواصلى ينشأ لدى الأطفال التوحديين هو التواصل بهدف تنظيم السلوك. وأن الأكثر صعوبة لديهم هو التواصل بهدف مشاركة الإنتباة ، ويعتبر هذا الضعف فى الإنتباة بالمشاركة من المشكلات الهامة لديهم ، كما يعانى غالبية الأطفال التوحديين من قصور فى الإستجابة للمثير الحسى بكل أشكاله السمعى والبصرى واللمسى والتذوقى والشمى والإحساس بالألم ، وترجع بعض الدراسات أسباب اضطراب طيف التوحد للخلل الحادث فى الإدراك وعدم القدرة على تنظيم الإستقبال الحسى مما يحول قدرة الطفل على تكوين أفكار مترابطة وذات معنى عن البيئة من حولة ، وتحد من قدرته على التعلم وعلى التكييف مع البيئة وينعزل وينغلق على ذاته ، فعلى المستوى العقلى والمعرفى يعانى الأطفال التوحديين قصورا فى اكتساب مفاهيم نظرية العقل، والتى تمثل القدرة على إستنتاج ما يفكر فيه الآخرون وما يشعرون به بناء على سلوكهم الظاهر . وبذلك فإن هؤلاء الأطفال لا يستطيعون تقدير مقاصد الآخرين واعتقاداتهم وحاجتهم ورغباتهم. وهذه القدره أساسية للتواصل والتفاعل الإجتماعى الإيجابى.

كما أنهم لديهم تفسير حرفى شامل للكلام . وبذلك فإن السلوكيات السلبية ، والقصور فى المهارات الإجتماعية لديهم يكون نتيجة التمركز الشديد حول الذات ، مما ينتج عنه نقص إدراك وجود الآخرين ، وأكدت نتائج الدراسات أن الأطفال التوحديين يعانون من ضعف شديد فى الربط بين الكلمة ومدلولها، وذلك يرجع إلى ضعف أو عدم وجود الرابط الرئيسى بين فصى الدماغ الأيمن والأيسر ، وهو الذى يقوم بوظائف تجميع المعلومات واستخدامها فى وضع خطط واتخاذ قرارات . ويرى بعض الباحثين أن هذا الضعف لدى الأطفال التوحديين يؤدى من ناحية أخرى إلى إتساع الطاقة التخزينية للذاكرة لديهم. ولعل هذا يفسر مانلاحظه على هؤلاء الأفراد من قوة الذاكرة على الرغم من ضعف الرابطة بين كلماتهم ومدلولاتها، فهم يرددون مايسمعون ومايتذكرون دون أن يكون لذلك علاقة واضحة بالمواقف المختلفة .

وفيما يلي عرض لاختلاف التفسيرات التي قد يكون لها دور في منشأ اضطراب طيف التوحد:

- **من المنظور السيكودينامي** : إن المعاملة الوالدية القائمة علي التقبل والدفء العاطفي لم تؤدِّ إلى اختفاء اضطراب طيف التوحدوإخوة الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحديينمون بشكل طبيعي، فإذا كان الأسلوب الوالدي سيئًا فمن المتوقع أن يكون الأطفال في الأسرة مضطربين ووفقا لهذا السلوك الطبيعي للإخوة والأخوات هو أكبر دليل على رفض نظرية الوالد السيئ؛ حيث إن الشخصية الوالدية ليس لها أهمية كبيرة في أسباب الإصابة بالاضطراب فسلوك الوالدين ماهو إلا استجابة لشذوذ الطفل. (رشاد عبد العزيز، 2002، 402-408)

- **من منظور العضوية العصبية** : هناك العديد من العوامل العضوية والحيوية التي يحتمل أن تكون سببًا في حدوث الاضطراب طيف التوحدي مثل: إصابة الأم بالحصبة الألمانية ، وتضخم الخلايا الفيروسي وهو التهاب يصيب الجنين داخل الرحم , والتعرض لفيروس السيتالو مجالو , والاضطرابات الأيضية التي قد تتمثل في: خلل عدد من الإنزيمات, أو خلل في قدرة الجسم على تمثل وامتصاص العناصر النشوية الموجودة في الطعام (سايمون وهين وباتريك بولتون ,2000، 67)

ذكر موقع "web md" أن اضطراب طيف التوحد هو حالة سلوكية عصبية معقدة تتضمن ضعفًا في التفاعل الاجتماعي ومهارات الاتصال والتطور التنموي جنبًا إلى جنب مع السلوكيات المتكررة.
والأطفال الذين يعانون من مرض التوحد لديهم صعوبة في التواصل، و لديهم مشكلة في فهم ما يفكر فيه الآخرون ويشعرون به، هذا يجعل من الصعب عليهم التعبير عن أنفسهم إما بالكلمات أو من خلال الإيماءات وتعبيرات الوجه واللمس.

وبالرغم من انتشار الفرضية البيولوجية التي تؤكد الجانب العضوي بوصفه عاملاً مسببًا للذاتوية، الا أن بعض المتخصصين يرى أنها تفسير للعوامل المسببة للإعاقة التوحدية ، بل يكفي قبولها بمجرد احتمال بعض العوامل المسببة. فالعضلات الاولى التي تصاب عادة، في الاعتلال العصبي، هي العضلات البعيدة، اي عضلات اليدين والقدمين. نتيجة لذلك، يجد الشخص صعوبة في اداء مهام دقيقة باستخدام اليدين مثل الكتابة او امساك بعض الاشياء؛ في بعض الاحيان، وخاصة في الاعتلال العصبي الذي يعتبر مضاعفة

لعدوى، قد يتطور بسرعة ضعف شديد بالعضلات، وقد يؤدي الى شلل. فعندما يصاب الجهاز العصبي المستقل، يمكن ان يظهر خلل في عمل الاعضاء الداخلية، مثل الامساك او الاسهال، اضطراب نبض القلب، اضطرابات في التبول والتعرق والدوار، خاصة عند النهوض من الجلوس او من الاستلقاء (تفسر هذه الظاهرة، بوجود خلل في تعصيب الاوعية الدموية بالاطراف، ونتيجة لذلك لا تنقبض للحفاظ على تدفق دم سليم).

- **من منظور التلوث البيئي** : يرى بعض الباحثين أن تعرض الطفل في مراحل نموه الحرجة إلى التلوث البيئي وماقد يحدثه من تلف دماغي وتسمم في الدم قد يؤدي إلى الإصابة باضطراب طيف التوحدية؛ ومن أهم هذه الملوثات التي ذكر أنها تُحدِث تسممًا في جسم الطفل: الزئبق والرصاص وأول أكسيد الكربون (جميل الصمادي, 2007، 323) ، وهنا ينبغي الإشارة إلى أن مشكلة التلوث البيئي تعدّ من أخطر مشكلات العصر الحديث وأكثرها تعقيدًا والتي نجم عنها إصابة الإنسان بأمراض كثيرة وخطيرة أطلق عليها اسم: "أمراض التلوث البيئي"؛ ويأتي التلوث نتيجة إضافة عناصر إلى البيئة تؤدي إلى اختلال التركيب الطبيعي أو الكيميائي للبيئة, فمن تلوث الماء نتيجة صرف المخلفات الصناعي فيه وإلقاء مخلفات المبيدات, إلى تلوث التربة الزراعية باستخدام المبيدات الحشرية والفطرية، إلى تلوث الهواء نتيجة ما يخرج إلى الهواء من عوادم السيارات, إلى التلوث بالإشعاعات الذرية، وقد يؤدي تعرض الأمهات لمواد كيميائية سامة إلى زيادة مخاطر

ذكر موقع أخبار اليوم
https://akhbarelyom.com/news/newdetails/2695157/1
كشف دارسون أمريكيون في جامعة (ميريلاند) الأمريكية أن هناك علاقة بين مرض التوحد وطبيعة تغذية الأم أثناء الحمل، حيث وجدوا أنها تلعب دورا أساسيا في تغذية المشيمة التي يعتمد عليها الجنين في نموه طوال فترة الحمل. وأوضح الدارسون أن تعاطي الحامل للكحوليات وتعرضها للالتهابات والضغوط يؤثر سلبا على الجنين، لافتين إلى أن إنزيم (OGT) يلعب دورا أساسيا في صحة المشيمة، بل ويؤثر على جينات الجنين. وقالت الدكتورة تراسى بال، إحدى المشاركات في الدراسة، "إن إنزيم (OGT) يؤدي إلى تغيير في الجين بالمشيمة، والتي تساهم في نمو الغدة النخامية، وهي المنطقة التي تتأثر بالاضطرابات العصبية مثل التوحد والشيزوفرينيا " .

إصابة أطفال مصابين باضطراب طيف التوحدية. (إبراهيم العثمان, وأيهاب البيبلاوي, 2012، 74)

- **من منظور الأسباب الإدراكية** : ترجح بعض الدراسات أنه قد تكون أسباب اضطراب طيف التوحدراجعة إلى الخلل الحادث للإدراك وعدم القدرة على التنظيم الاستقبالي, مما يحول دون قدرة الوليد على تكوين أفكار مترابطة وذات معنى عن البيئة من حوله وتخدم قدرته على التكيف مع البيئة وينغلق على ذاته؛ حيث إن هناك اضطرابًا في الإدراك، وقد لوحظت صعوبات في الرؤيا والسمع واللمس والشم والتوازن والألم، ويبدو أنه يوجد قصور في الإدراك السمعي، لدرجة أن الوالدين يعتقدان أن طفلهما أصم، ولذا أشارت الدراسات إلى أن الطفل التوحدي يعاني من انخفاض في القدرات العقلية المختلفة؛ حيث ترجح انخفاض قدرتهم على الإدراك بالإضافةإلى اضطراب اللغة (محمد خطاب ,2005، 13).

- **من منظور نظرية العقل:** أول من أطلق مصطلح نظرية العقل **(Theory of mind)** هما العالمان (ديفيد بريماك وجاي وودروف عام 1978) وقد كان هذا في ورقة بحثهما عن قدرة الشمبانزي ليتنبأ بسلوك الآخرين من خلال ما تعزوه الحالة العقلية للآخرين .

و تعريف نظرية العقل بأنها المقدرة علي الاستدلال علي الحالات العقلية للآخرين معارفهم ، نواياهم ، مقاصدهم ، معتقداتهم ورغباتهم ، وقد أشار **Cohen** وزملائه أن هذه القدرة لدي الأطفال التوحديين مصابة إلي حد كبير حيث إن 80% من الأطفال التوحديين كانوا غير قادرين علي التنبؤ بمعتقدات وأفكار الآخرين بينما معظم الأطفال المتأخرين عقلياً كانوا قادرين علي ذلك ، وكذلك أوضح أن جميع الأطفال التوحديين المتأخرين عقلياً يفشلون في الأداء علي المهام المرتبطة بنظرية العقل .

ويذكر سكوت وآخرون **(Scott, J. et al,. 2000)** أن نظرية العقل إحدي النظريات التي لاقت انتشارًا وأهتمامًا كبيرًا في الآونة الأخيرة ويرجع ذلك إلي دورها في تفسير صعوبات التفاعل والتواصل الاجتماعي لدي أطفال التوحديين. إلي أن نظرية العقل **Theory of**

Mind تقدم قاعدة أساسية لفهم الاضطرابات الاجتماعية لدي الأطفال التوحديين. حيث تشير إلي عدم قدرة الطفل التوحدي علي الوعي بأن الآخرين لديهم رؤيتهم الخاصة للعالم أو لديهم أفكار وخطط مختلفة عنهم؛ ولا يستطيعوا أخذ سلوك الآخرين في الاعتبار. ويكون لديهم عجز في النظام العصبي الحساس "العقل الأعمي"، الذي يجعلهم يظهرون عجز في التقليد وفهم الإفكار وعواطف ورغبات وترتيبات الآخرين.

ويري جارحي (2004) ان هذه النظرية تعتبر امتداداً للنظرية المعرفية **Cognitive Theory** مع تطبيقات خاصة علي التوحد . وتشير نظرية العقل إلي الكيفية التي يتعامل بها الفرد مع أفكار ومعتقدات ومشاعر الآخرين من فهم وإدراك وتنبؤ فنجد أن الأطفال التوحديين يعانون من صعوبة كبيرة في القدرة علي إدراك ما يدور في عقول الآخرين من أفكار وقد أدت هذه الصعوبات الواضحة في الوعي أو الأدراك الاجتماعي لدي الأطفال التوحديين إلي توجه بعض الباحثين نحو إعادة تعريف التوحد باعتباره حالة من الخلل في الأخذ بوجهة نظر الآخرين أو تبنيها **Deficit in perspective taking** وبمعني آخر يفشل الأطفال التوحديين في تنمية مهارات مشاركة الآخرين في الخبرات والأحداث وإظهار آليات الانتباه المشترك التي تمثل متطلباً سابقاً للأخذ بوجهة نظر الآخرين.

ويذهب كارول ويونج (**Carroll, & Yung, 2006**) إلي أن الأطفال التوحديين الذيين يعانون عجزا في نظرية العقل يفشلون في مهام الاعتقاد الخاطيء **False Belief** التي يجتازها الأطفال ذو النمو الطبيعي في عمر أربع سنوات، ويجتازها الأطفال الآخرون ذو نسب الذكاء المنخفضة. وأتفق ذلك علي ما قام به **.(Chin, & Bernard, 2000)** بدراسة فحص ثلاثة أطفال مصابين بالتوحد وذلك للتأكيد ما أذا كان تدريبهم علي أنشطة المحادثة بالأستيناد علي مبادئ نظرية العقل يؤدي بهم إلي التحسن في سلوكياتهم الاجتماعية وأوضحت الدراسة أن مقدار وحجم الفائدة التي اظهرها الأطفال خلال المحادثات خلال جلسات التدريب وأصبح الأطفال الأكثر قدرة علي الاستجابات كما أن هذه النظرية توفر قاعدة أساسية لفهم الاضطرابات الاجتماعية لدي التوحديين .

ومفاد هذه النظرية كما تقول فريث Freth بأن الإعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التي يمتاز بها الأطفال التوحديين يون تأتي من الشذوذ في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين نظرية العقل والتي تقول بأن الشخص اضطراب طيف التوحدي غير قادر على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر، بينما الأشخاص الآخرون العاديون لديهم فهم خاص أو إحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة الأفكار (Frith, 2003) وتشير هذه النظرية إلى أن الفرد الذي يكون قادرًا على عزو أو فهم الحالة العقلية للشخص الآخر يمكنه فهم سلوك ذلك الشخص والتنبؤ به، وربما يمكن رد هذا القصور في نظرية العقل إلى كل من القصور السلوكي والقصور الاجتماعي لدى الطفل التوحدي والذي يؤدي إلى عجز في عملية الفهم (ابراهيم فرج , 2004 ,117). فالعجز الاجتماعي عند الأطفال التوحديين ما هو إلا نتيجة لعدم مقدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين ولديهم. فالمشكلات الاجتماعية ما هي إلا نتيجة للعجز الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية، وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل. ويعتقد أكثر الباحثين أن اضطراب طيف التوحديبدأ ببعض القصور الفطري الذي يعوق الوظيفة الإدراكية المعرفية للوليد والقدرة على تفسير المثيرات، والتعامل مع العالم المحيط.

- **من المنظور السيكولوجي** : يرى أنه ناتج بشكل أساسي عن عوامل نفسية، منها اتجاهات الآباء نحو أطفالهم وطريقة معاملتهم لهم ، وأن معظم الأشخاص المصابين بطيف التوحد الطفولي كانوا معرضين منذ بداية حياتهم للبرود الأبوي

ذكر موقع"autism awareness" أن الأسر التي لديها طفل واحد مصاب بالتوحد لديها خطر متزايد في إنجاب طفل آخر مصاب بالتوحد . وأفراد أسرة الشخص المصاب بالتوحد يميلون أيضًا إلى الحصول على معدلات أعلى من سمات التوحد.
تُظهر الدراسات أنه عندما يتأثر التوأم المتماثل بالتوحد، فهناك احتمال كبير أن يتأثر التوأم الآخر أيضاً، في حين أنه بالنسبة للتوائم المختلفة الذين لديهم تركيبة وراثية مختلفة لبعضهم البعض، فإن الخطر أقل بكثير.
يرتبط التوحد بالجينات بشكل كبير، ووجدت الأبحاث جينات التوحد معقدة للغاية، حيث تم تحديد المئات من "جينات الخطر" بعضها يشمل جينات متعددة مقترنة بالعوامل البيئية.

ونوع آلي من الاهتمام باحتياجاتهم المادية فقط . وذلك لتفسير التفاعل الطفولي الأبـوي باعتباره عنصراً محورياً لتطور اضطراب طيف التوحد، فقـد أفـاد بـأن الأطفـال المصـابين باضطراب طيف التوحد يحاولون أن يدافعوا عن أنفسهم عن طريق العزلة والانسـحاب من مواقف صعبة تواجههم يصعب عليهم تحملها.

- **من منظور النمو العقلي المعرفي** : حيث تناولت نظرية "بياجيـه" النمـو العقـلى المعـرفى للطفل ومتطلبات مراحل النمو؛ حيث يرى أن الطفل عندما يواجه موقفـا جديـدا أثنـاء تفاعله مع بيئته, فإن المعلومات المتضمنة فى الموقف تستثيره, وبالتالي يصـبح الطفـل فى حالة عدم اتـزان مؤقـت, عنـدما يـتم تمثـل المعلومـات الجديـدة يحـدث تسـكين لهـذه المعلومات فى تركيبه الإدراكى, وبالتالي تعود حالة الاتزان للطفـل, وهنـا يشـير بياجيـه إلى حالة عدم الاتزان كشرط أساسي من شروط التعلم, وترجع نظرية بياجيـه النمـو العقـلى للطفل إلى أربعة عوامل هى (النمو العضلى - التدريب والتمرين- التفاعل الاجتماعـي - الميكانيزم الداخلي الذي يحدث التوازن بين المبادئ الثلاثة السابقة).
- **من منظور الادراك الحسي** : حيث أن الحواس أبواب المعرفه فهي المنافـذ التـي يطـل بها العقل على العالم الخـارجي فعـن طريقهـا تنقـل الرسـائل مـن العـالم الخـارجي الى العقل ويتنوع الإدراك الحسي بتنوع الحواس التي تستقبل التنبيهـات المختلفـة؛ لـذلك نجد هناك إدراكًا سمعيًّا بصريًّا شميًّا تذوقيا ولمسيًّا. فالإدراك الحسي هو نقـل الرسـائل من العالم الخارجي عـن طريـق الحـواس إلى المـخ ليقـوم بتأويلهـا (عبـدالعزيز جـادو, 2001، 76) ، فالادراك ليس مجموعة احساسات بل هو عملية عقلية معقـده تسـاهم فيها الذاكرة والتخيـل العقـلي بشـتى أحكامـه مـن تقـدير للوجـود الخـارجي فعمليـة الأدراك ليست عمليه منفصله بل هي الاساس الذي يقوم عليه سائر الوظائف العقليـة (كريمان بدير,2004, 90) ، وهو عملية عقليه معرفية تمثـل نشـاطًا انتقائيًّـا للتركيـز في شيء معين دون سواه مما يجعله بؤرة الشعور، ويـؤثر بالتـالي عـلى أداء الفـرد (عـادل عبداللـــه , 2003، 215). ويـذكر أن الإدراك هـو عمليـة القـدرة النفسـية لاسـتخدام المعلومات المستقبلة من خلال أعضاء الحـس، ولمـا كـان الإحسـاس والإدراك مظهـرين

لعملية واحدة وليسا عمليتين منفصلتين، لذلك يصعب الفصل في مفهوميهما وبخاصة في الإحساس البصري؛ إذ إننا عندما ننظر في شكل ما ونحصل على درجة الإحساس به، تتولد فينا حوافز التنبه إلى إدراك هذا الشكل(Robinson,2004, 73) .

- **من منظور تشتت الانتباه** : حيث تظهر عند الطفل التوحدي خاصة في المراحل المبكرة صعوبات وقصور في توجيه الانتباه ، ولعل اول ما تلاحظه الام وتشتكي منه ان الطفل لا ينتبه لاشياء معينة ويتصرف وكأنهأ صم في الوقت الذي يظهر مهارة عالية في توجيه الانتباه الى بعض المثيرات التي تمثل أهمية لهم فالطفل قد لا يستجيب لنداء اسمه او لبعض الاشخاص او الوجوه او الكلام في الوقت الذي يوجه انتباهه الى أشياء لا يلاحظها الناس العاديين فنراه ينتبه بشدة وبتحسس عالي الى صوت خشخشة غلاف شيبسي او حبات الحلوى المفضلة اليه ، اذا فلا يوجد عند الطفل التوحدي مشكلة في توجيه الانتباه بشكل عام ولكن هو يظهر اهتمام بالاشياء التي تهمه لذلك يجب علينا عندما نحاول تدريب الطفل التوحدي ومحاولة جذب انتباهه يجب ان يتم ذلك بقدر المستطاع من خلال ربط المثيرات التعليمية باشياء يحبهاالطفل التوحدي ويهتم بها , مع الوضع في الاعتبار ان الطفل التوحدي سيظهر اهتمام اكثر الى الاشياء التي يفضلها أكثر من توجيه اهتمامه نحو الاشخاص والكلمات والموادالتعليمية وان كان الامر يتحسن في المراحل العمرية المتتالية خاصة مع التدريب المكثف ومحاولة تدريب الطفل التوحدي على ان التواصل الاجتماعي له جوانب ممتعة وانها من الممكن ان تكون مصدر للمتعة واللذة ، ويجب عند التدريب على توجيه الانتباه ان نقلل بقدر الامكان من المثيرات ومحاولة حصر انتباه الطفل بمثير واحد ويفضل ربطه باشياء يحبها ويفضلها (ايمان سعيد ,عبد الرحمن سليمان ,سميره شند ,2003, 37)

- **من منظور الخلل الدماغي** : وقد عرف ستراوس وليتنن (1947) الطفل الذي يعاني من إصابة دماغية بأنه "ذلك الطفل الذي تعرض لإصابة أو التهاب في المخ قبل أو أثناء أو بعد الولادة مما قد يؤدي إلى عجز في النظام العصبي الحركي، وقد يبدي مثل هذا الطفل اضطراباً في السلوك أو الإدراك (استقبال المعلومات) أو التفكير بحيث تظهر

منفردة أو مجتمعة، ويمكن إثبات هذه الاضطرابات عن طريق اختبارات محددة، ومن شأن هذه الاضطرابات أن تمنع أو تعيق عملية التعلم العادية" . وقد أكد بعض المتخصصين على ضرورة أخذ إصابة الدماغ بالاعتبار عند تقييم مشكلات التعلم في حين ذهب البعض الآخر إلى أن ذلك ليس ضرورياً، إذ وجدوا بأن مصطلح إصابة الدماغ ينطوي على بعض أوجه الضرر لعدة أسباب:

1- يشير إلى أن حالة الطفل ميئوس منها، إذ لا يمكن إصلاح خلايا الدماغ المعطوبة.
2- مصطلح شامل يضم أنماطاً كثيرة من الأفراد ذوي الإصابات الدماغية ولكنهم يختلفون كثيراً، فالمصطلح لا يصف خصائص الطفل ولا يقترح طرقاً تدريسية مناسبة.
3- إن معرفة طبيعة وحجم إصابة الدماغ لا يمكن أن تساعد المدرس في تحديد طريقة العلاج بسبب أن التلف غير مرتبط مباشرة بطبيعة وحجم المشكلات الوظيفية.
4- يستخدم مصطلح إصابة الدماغ غالباً عندما لا يتم التحقق من التسمية ولكن حين كان يتم إثبات إصابة الدماغ فإن التسمية المستخدمة كانت أكثر تحديداً مثل الصرع وكبر حجم الجمجمة (استسقاء الدماغ).
5- حتى لو تم إثبات وجود إصابة في الدماغ لدى الأطفال فإن قدراتهم الحقيقية وليست الأسباب المحتملة هي التي تحتاج إلى وصف حيث أن القدرة هي التي توجه البرمجة في حين أن مسمى إصابة الدماغ لا يحقق ذلك.

- **من منظور نظرية المزاج** : تشير الحالة المزاجية إلى الميول العام للطفل نحو السلوك السعيد أو الحزين. فجميع الأطفال لديهم مجموعة متنوعة من العواطف وردود الفعل، مثل البهجة والاضطراب والسعادة والحزن. ومع ذلك، فلكل طفل نظرة إيجابية أو سلبية من الناحية البيولوجية. ويشير مصطلح المزاج في علم النفس، إلى تلك الجوانب من شخصية الفرد، مثل الانطواء أو الانفتاح، الذي يعتبر في كثير من الأحيان من الأمور التي توجد بالفطرة ولا يتعلمها الإنسان. وقد تطورت العديد من البرامج التصنيفية الكبيرة الخاصة بالحالة المزاجية؛ على الرغم من عدم تحقيق

توافق عام بين الأوساط الأكاديمية. وقد اتفق معظم الخبراء على أن الحالة المزاجية لديها أسس وراثية وبيولوجية، رغم أن العوامل البيئية والنضج تعمل على تعديل الطرق التي يتم من خلالها التعبير عن شخصية الطفل. ويشير مصطلح "حُسْنُ التَّلاَؤُم" إلى التعديل أو عدم التعديل بين الحالة المزاجية والخصائص الشخصية الأخرى والسمات المحددة للبيئة. وتعتبر الاختلافات بين الأفراد في الحالة المزاجية والأنماط السلوكية من الأمور غاية في الأهمية في الحياة الأسرية. حيث إنهم يؤثرون على ردود الفعل بين أفراد الأسرة. فبينما يتمكن بعض الأطفال من التكيف بسرعة وسهولة مع الحياة الروتينية للأسرة وينطلقون مع أشقائهم، إلا أن هناك آخرين وهم الأكثر نشاطًا أو المجهدين قد يكون لديهم وقت صعب للتكيف. وتخضع ردود الفعل بين هؤلاء الأطفال وآبائهم أو أشقائهم إلى عدد من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى الإجهاد والاحتكاك داخل الأسرة.

- **نظرية التماسك (الترابط) المحوري الضعيف:** نظرية التماسك المحوري الضعيف تركز علي الفروق المعرفية سواء العيوب أو نقاط القوة في الأطفال التوحديين حيث تري أن النظام المعرفي الطبيعي يوجد استعداد أساسي لتكوين ترابط وتماسك في المعلومات علي مدي واسع من المثيرات التي نتعرض لها في حياتنا بقدر المستطاع، وأيضًا التعميم علي مدي واسع من السياقات بقدر المستطاع، إلا أن التوحديين يفتقرون إلي هذا التكوين المتماسك وبالتالي فإن التوحد ناتجة عن نواقص في القدرة علي ربط المعلومات والبيانات والعمل علي تكاملها ومعالجتها من خلال عمليات عقلية متقدمة فالاطفال التوحديين يعجزون عن رؤية الشيء في صورته الكلية، ويعانون من صعوبة بالغة في النظر إلي الأمور نظرة جشطالتية. ووفقا لهذه النظرية فهي تلقي الضوءعلي (الأساليب المعرفية لمعالجة البيانات) التي تقع علي متصل له طرفين، الأول ضعيف والثاني قوي، والأطفال التوحديين يقعون بالقرب من الطرف الضعيف لهذا المتصل.
- **من منظور نظرية المرآة المكسورة للأوتيزم** : يوضح ديكيتي وآخرون **Decety, et al,.**

.(1997,p.1765) هذه النظرية حيث أن الخلل في قدرة أطفال الأوتيزم علي التقليد ومحاكاة سلوك الآخرين ما هو إلا نتيجة لخلل في نظام العصب العاكس في المخ، وبالتالي فإن العديد من المؤيدين لهذه النظرية يؤمنون بأن تلف نظام العصب العاكس هو الذي يلعب دورًا رئيسًا في تلك المشكلات التي يعاني منها أطفال الأوتيزم والتي تتمثل في مشكلاتهم الاجتماعية بوجه عام ومشكلات اللغة والكلام والتقليد والمحاكاة بوجه خاص. وكان نتاج هذه النظرية أن أغلق الباب أمام الباحثين النفسيين للبحث في أسباب وطرق علاج تلك النواقص الاجتماعية في الأوتيزم طالما أن الأمر أصبح طبيًا بحتًا. فالطفل التوحدي شديد الانطواء (ذاتوي) وقد تمر الساعات وهو منصرف عن العالم الواقعي علي نفسه وتتصف حالته بعدم قدرته علي تكوين علاقات مع الآخريين فالتوحد قد تصيب الأسوياء أو العاديين وبعض الفصاميين وشبة الفصاميين وإن كان الاختلاف اختلاف في درجة شدتها وهو الأمر الذي يشاهد في الإنطوائيين بعامة وإن لم يصل لديهم لحالة مرضية فهم ينشغلون بذاواتهم بأكثر مما يولون أهتماما بالعالم الخارجي .ولذلك أعتبر لاث (Lathe, 2006) أن Autismصعوبة وليس إعاقة، إنه علي الأرجح طريقة مختلفة من النظر والتفكير في هذا العالم الخارجي الغريب.

ثالثاً : الحقائق والاختلافات حول تطور مفهوم الاضطراب

تمهيد تاريخي :

عرف الصينيون إعاقة التوحد منذ أكثر من 2000عام عن طرق تحسين الجهاز الهضمي والمناعي للمصابين باضطراب طيف التوحد والذي كانت نتائجه تحسن أعراض اضطراب طيف التوحد والسلوكيات الشاذة المصاحبة له وقد افترض الباحثون في مجال اضطراب طيف التوحد أن مسببات اضطراب طيف التوحد ربما تكون بعد الولادة أو أثناء فترة الحمل وبمقارنة المصطلحات الطبية الصينية بعلم التشريح في الطب الغربي الحديث نجد أن هناك اختلافات واضحة في تفسير المصطلحات الطبية الصينية ربما لا يتوافق مع الغرب وما أريد توضيحه هو أن الاختلافات ربما تكون مفيدة ومثيرة للجدل أحيانا فرضية

الكلى التي وضعها الباحثون الصينيون في مجال اضطراب طيف التوحدحيث تنص على أن الكلى هي عضو خلقي موجود منذ الولادة بينما الطحال هو عضو وظيفي رئيسي بعد الولادة.

وبناء على هذه الفرضية والتي ذكرت سابقا أنها تختلف عن النظريات الغربية من ناحية تفسير المصطلحات فان سبب اضطراب طيف التوحدبعد الولادة غالبا ما يكون تلف في الجهاز الهضمي وهو عبارة عن مشكلة في الطحال أو المعدة سوياتمنع الجسم من امتصاص فيتامين ب6 وغيرها من العناصر الغذائية التي تساعد على نمو وتطور المخ وصيانته والكليتان والطحال التالفان أيضا يسببان تلف الجهاز المناعي .

إن الفرضية الطبية الصينية تشير إلى أن المخ هو محيط النخاع والكليتين تهيمن وتنتج النخاع بالنسبة للأطفال التوحديين استنادا إلى الفرضية الطبية الصينية فان اضطراب طيف التوحدالذي يحدث أثناء الحمل يعزى إلى مشكلة في وظيفة الكلى لدى الوالدين والتي ربما تكون عن طريق الأم وأحيانا الأب ويشير الأطباء الصينيون انه عندما تكون لدى الأم كلية ضعيفة فان الجسم لا يمتص فيتامين ب6 بطريقة فعالة إن نقص فيتامين ب6 وبعض العناصر الحيوية يعوق عمليات بناء ونمو المخ ونتيجة لذلك يولد الطفل ذو اضطراب وظيفي في المخ وقد توصل الباحثون الذين كرسوا جهودهم لدراسة اضطراب طيف التوحدإلى نتيجة مشابهة لنتائج الأطباء الصينيون وأنهم بتطوير الجهاز الهضمي والمناعي لدى المصابين باضطراب طيف التوحد تحسنت أعراض اضطراب طيف التوحد لديهم وقد وجدوا أيضا أن اضطراب طيف التوحديين الذين يتبعون نظام الحمية الخالية من الكازيين والغلوتين وبعض الملاحق الغذائية الأخرى قد تحسنت لديهم أعراض اضطراب طيف التوحد وبعض السلوكيات الشاذة قلصت بنسبة 90% بدا العلماء في التركيز على أن سبب اضطراب طيف التوحدربما يكون خللا عضويا ومهما كانت الأسباب فان التدخل المبكر يعتبر من أهم مراحل العلاج بالإضافة إلى برامج التربية الخاصة الموجهة كما أن العلماء وحتى هذه اللحظة لم يتمكنوا من الوصول إلى علاج طبي يشفي المصابين باضطراب طيف التوحد تماما حيث أن بعض اضطراب طيف التوحد تستمر مدى الحياة

ولكن نجح بعض الباحثين في تقليص هذه الأعراض عن طريق الغذاء والملاحق الغذائية المساندة لمساعدة المصاب باضطراب طيف التوحد(ياسر الفهد، 1422، 9).

وهناك اختلافات عن بداية نشأة مفهوم اضطراب طيف التوحد نستعرضها على النحو التالي:

- **طفل إيتارد وعلاقته باضطراب طيف التوحد :**

وردت قصص كثيرة في الآداب القديمة عن أفراد كان يبدو أنهم توحد يون وبالرغم من عدم ثبوت تشخيص حالة أولئك الأشخاص باضطراب طيف التوحدآنذاك إلا أنه عند مقارنة أعراض اضطراب طيف التوحدمع وصف حالات الأفراد في بعض القصص الأدبية القديمة نرى أنها تتطابق إلى حد بعيد ، أن أهم الروايات الموثقة ما ورد عن الطبيب الفرنسي (جون مارك جاسبار إيتارد 1775- 1838) الذي عمل جراحاً في الجيش الفرنسي ثم تخصص في أمراض الأذن وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة كتب ايتارد عن طفل يدعى فيكتور عرف باسم طفل أفيرون المتوحش .

فقد تخلت عائلة فيكتور عنه وهو صغير وعاش وحيداً لسنوات عديدة في الغابات الفرنسية دون أن يرعاه أحد ودون مأوى أو ملبس تمكن هذا الولد المسكين من العيش وحيداً ومن الحصول على طعامه مما كان يجده في بيئته الأحراش والمدهش في الأمر تمكنه من البقاء حياً في أقصى فصول الشتاء برودة أما كيف تمكن من العيش في ظل تلك الظروف الباردة فأمر يظل مبهماً حتى الآن عثر على فيكتور عندما بلغ 12 عاماً وأحضر إلى بيئته الحياة المدنية في فرنسا لم يكن آنذاك ينطق بكلمة واحدة وكان سلوكه غريباً لا يفهمه أحد وكان من الواضح بالطبع أنه لم يكن قادراً على التفاعل اجتماعياً مع المحيطين به علاوة على أنه بدا وكأنه يعاني من إعاقة ذهنية .

وتردد ايتارد في تعلم فيكتور فسخر منه زملاؤه لأن التعليم الخاص في أوروبا في ذلك الحين كان أمراً نادراً جداً وغير مقبول كانت الممارسة الشائعة في التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة وضعهم في مصحات أو مستشفيات إلى أن ينتهي الأمر بهم إلى الوفاة، ولكن أخذ ايتارد الطفل فيكتور لمنزله الخاص وعلمه بطريقة مبسطة يفهمها وبعد خمس

سنوات تمكن فيكتور من تعلم بعض الإشارات والكلمات التي استطاع بواسطتها التعبير عن بعض احتياجاته وتعلم قليلاً من المهارات العملية ومهارات الاعتماد على النفس مثل استخدام الشوكة والسكين في الأكل كما تحسنت مهاراته الاجتماعية إلى حد ما ولكن على الرغم من ذلك لم يحقق د ايتارد النجاح الذي يصبو إليه فقد ظل فيكتور يواجه صعوبة شديدة في التكيف الاجتماعي ولم يتمكن من الاستقلال بذاته تماماً أو من الكلام بطلاقة هذا إلى جانب أنه عجز عن نقل المعرفة أو الخبرة التي تعلمها في موقف ما وتطبيقها في موقف آخر ولكن بالرغم من التقدم المحدود الذي حققه فيكتور كان ايتارد من أوائل من استخدم طرق تعليم غير تقليدية لتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مما دعا الكثيرين لاعتباره الأب الروحي للتعليم الخاص في أوروبا .

وقد تتطابق أوصاف فيكتور مع ما نعرفه اليوم باضطراب طيف التوحدفقد كان يعاني من:

1. صعوبة شديدة في التواصل الاجتماعي مع الآخرين.
2. تأخراً في اللغة.
3. صعوبة في نقل وتطبيق ما يتعلمه من موقف إلى آخر.
4. كان يفضل البقاء بمفرده.
5. كما أنه كان يظهر سلوكيات أخرى غريبة وصعبة.
6. إضافة إلى ردود فعل حسية مختلفة مثل قدرته على تحمل البرودة الشديدة ، مما ذكرنا يمكننا أن نستنتج أن اضطراب طيف التوحدوجد قبل وقت طويل من التعرف عليه بشكله العملي بل ربما كان موجوداً على مر الزمان إلا أن أول من استخدم تعبير توحد طفولي هو الطبيب النفسي السويسري بلولر (1916-1951م).

- **جهود العالم "ليوكانر" للتوحد :**

فى عام 1943م كان العالم "ليوكانر" هو أول من أطلق تسمية أوتيزم كحاله منفصلة فى مقاله بعنوان"إضطراب الأوتيستك للأتصال العاطفى" على مجموعة من الأطفال كان يعمل معهم (Frith, 1991&Grinker,2007) . وعلى أثرملاحظته لمجموعه من الأطفال

المنزويين إستخدم ليوكانر مصطلح أوتيزم(Stace , Hilary 2010 , 67,) . وقد حدث ذلك حينما كان يقوم بفحص مجموعه من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هوبكنز بالولايات المتحدة الأمريكية ، ولفت إهتمامه وجود أنماط سلوكيه غير عادية لأحد عشر طفلا كانوا مصنفين على أنهم متخلفين عقلياً فقد كان سلوكهم يتميز بعدم الوعى بوجود الناس وعدم إستخدام اللغه اللفظية فى التواصل حيث أطلق عليه بعد ذلك مصطلح اضطراب طيف التوحدالطفولى المبكر (Early Infantile) عندما لاحظ استغراقهم المستمر فى إنغلاق كامل على الذات فهم غالبا دائمو الأنطواء والعزله ولايتجاوبون مع أى مثير بيئى فى المحيط الذين يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن تحويل أى من المثيرات خارجية إلى داخلهم (نايف عابد ،2004، 13). وقد وصف ليوكانر هؤلاء الأطفال بأنهم ولدوا بدون حاجه فطريه أو رغبه فى تكوين علاقات تبادليه (Powers , Jade, 2006,4:5).

- **مرحلة الثمانينات في وضع اضطراب طيف التوحد:**

خلال عقد الثمانيات وبداية التسعينات فقد شهدت تيارا ثابتا من التقارير المتتابعة والكثيرة فى مجال دراسات إضطراب "اضطراب طيف التوحد" إلا أن أغلب هذه الدراسات قد ركزت على اكثر الأطفال التوحديين من ذوى الأداء العالى ومن الأسماء التى برزت فى هذه المرحلة على سبيل المثال " شنغ ولى" Chung & Lee1(1990) و كوباشي Kobayshi (1992) (عبد الرحمن سليمان، 2000 ،12-13).

- **مصطلح اضطراب طيف التوحدفي آواخر القرن العشرين :**

يشير عبد العزيز الشخص ، وعبد الغفار الدماطى(1992، 52-53) إلى اضطراب طيف التوحد بمصطلح إجترار الذات وإستثارة الذات . ويقصد به إضطراب شديد فى عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال فى مرحلة الطفولة المبكرة اما بين 30 -42 شهرا من العمر ويؤثر فى سلوكهم ، وحيث نجد معظم هؤلاء الأطفال (النصف تقريبا) يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذى المعنى الواضح ، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الإهتمام بالأخرين بالأخرين ، وتبلد المشاعر وقد ينصرف اهتمامهم احيانا إلى الحيوانات أو الأشياء

غير الإنسانية وويلتصقون بها ويطلق على هذه الحالة أيضا "فصام الطفولة أو "زملة كانر (سيد الجارحى، 2004 ،16).

- **مصطلح اضطراب طيف التوحد في القرن الحادي والعشرين :**

يعد اضطراب طيف التوحد من أشد الإضطرابات الإرتقائية وأكثرها خطورة حيث أن تأثير هدا الإضطراب لايقتصر على جانب واحد فقط من جوانب شخصية الفرد المصاب به بل يمتد تأثيره ليشمل جوانب مختلفه منها المعرفى والإجتماعى واللغوى والإنفعالى مما يؤدى إلى حدوث تأخر عام فى عملية الإرتقاء بأسرها (إيهاب محمد، 2009 ،5).

الفصل الثاني

حقائق واختلافات حول معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد

أولاً : حقائق واختلافات الآراء حول علاقة الدماغ بالاضطراب

ثانياً : حقائق واختلاف المعايير التاريخية لتشخيص الاضطراب

ثالثاً : الحقائق والاختلافات في قوائم التشخيص بالاضطراب

الفصل الثاني

حقائق واختلافات حول معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد

أولاً : حقائق واختلافات الآراء حول علاقة الدماغ بالاضطراب

الدماغ آلة غاية في التعقيد تقوم بتوجيه وإدارة معظم ما نقوم به من أعمال كل يوم وهو الذي يفكر ويتذكر وينتبه ويكون العلاقات الاجتماعية ويلعب ويضحك ويشعر ويتحدث ويفهم ويسيطر على الحركات ويسيطر على شخصيتنا وغير ذلك ،ويعرف الدماغ بالمخ وينقسم المخ إلى نصفين النصف الأيمن والنصف الأيسر ولكل نصف أربعة فصوص الفص الأمامي و الفص الجداري والفص الصدغي والفص القالي وللدماغ أجزاء أخرى تتواصل مع المخ وهي المخيخ وجذع الدماغ والجهاز الطرفي وترابط جميع هذه الأجزاء بصورة معقدة بواسطة خلايا عصبية تنقل المعلومات من مكان إلى أخر يختص كل من الأجزاء بوظائف مختلفة نطلق عليها التخصص الوظيفي للدماغ حيث تجري العمليات فيه في دقة متناهية وفي آن واحد وبشكل مستمر ولم يستطع العلماء حتى الآن تحديد مكان جميع وظائف المخ ذلك لأن هناك وظائف عديدة تتم معالجتها في أكثر من جزء من الدماغ .

من موقع
http://www.anntv.tv/new/showsubject.aspx?id=131779

خرافة :عبقرية طفل التوحد

أن عبقريه طفل التوحد لا توجد بشكل عام ولكن هناك بعض الاشخاص المتوحدون تكون لديهم عبقرية في ناحيه او اكثر من نواحي القدرات وتسمي (جذر القدرات) مثل الحفظ والرسم وغيره .وجذر القدرات هو مصطلح علمي اطلق علي المهارات الفائقه التي تكتشف لدي اطفال وشباب التوحد والتي لا توجد عند الجميع والتي تحدث بلا مقدمات مثلا تجد الطفل يحفظ القران بثلاث لغات وهي قدرات بسبب التوحد بدليل انه من الممكن أن تختفي تلك القدرات اذا تم التحسن.

وتقوم الخلايا العصبية بتوصيل المعلومات من والى أجزاء مختلفة وفي الجسم عامة ويحتوي دماغ الإنسان الطبيعي نحو 100بليون خلية عصبية وهناك بلايين أخرى منها موجودة في الأجزاء الأخرى من الجسم وتتم عملية تبادل المعلومات بين الخلايا العصبية من خلال كيماويات تعرف بالناقلات العصبية ويوجد أكثر من 60 نوعا مختلفاً من

الناقلات في جسم الإنسان تعمل الأنواع المختلفة منها مع خلايا عصبية تتناسب معها ويمكن مقارنتها بالمفتاح والقفل حيث يكون باب الخلايا العصبية مقفولاً إلى أن يفتحه المفتاح المناسب وذلك لأنه لابد أن تتكافأ بنية الناقلات العصبية مع بنية الخلية العصبية ولكي يعمل الدماغ بصورة سليمة فلا بد للجوانب التالية على الأقل أن تكون سليمة تماماً :

1- أن تكون جميع أجزاء الدماغ سليمة من حيث البنية والوظيفة.
2- أن تكون الخلايا العصبية لكل جزء من أجزاء الدماغ ذات تكوين متناسب مع حجمها وتخصصها وعددها وشكلها وترتيبها .
3- أن تتخصص المناطق المختلفة في وظائف مختلفة .
4- أن تتصل المناطق المختلفة بالأجزاء المختلفة المناسبة من خلال خلايا عصبية سليمة التكوين .
5- أن يتم إفراز الكمية الصحيحة من الناقلات العصبية بين الخلايا العصبية.
6- أن يكون مستوى نشاط كل جزء من أجزاء الدماغ متناسباً ومتكافئا مع المثير مثل زيادة في النشاط الكهربائي في الدماغ تؤدي إلى الإصابة بالصرع .
7- أن يتم حمل الجلوكوز والأوكسجين إلى الدماغ وان تتم عملية التمثيل الأيضي لهما فيه عبر الأوردة والشرايين التي تحمل الدم إلى الدماغ وعند ما يكون جزء معين من الدماغ أكثر نشاطاً تزداد كمية ضخ الدم إلى تلك المنطقة وتزداد بالتالي كمية الأوكسجين والجلوكوز لأن هذا يساعد الخلايا والناقلات العصبية على العمل بشكل سوي .

والآن نستعرض معظم الآراء المختلفة والمتباينة حول علاقة أجزاء الدماغ باضطراب طيف التوحدعلى النحو التالي :

- **علاقة الدماغ بالتفكير لدى الطفل التوحدي:**

الدماغ يسيطر على جميع سلوكياتنا وتفكيرنا فإن من المنطقي الاستنتاج أن الأعراض السلوكية التي تظهر على المصاب باضطراب طيف التوحد تنتج عن عدم عمل الدماغ بشكل صحيح ولقد حاول العلماء منذ السبعينات تحديد أية أجزاء من الدماغ مسئولة

عن ظهور الأعراض السلوكيات اضطراب طيف التوحدية وعلى الرغم من أنهم لم يتوصلوا إلى نتائج تنطبق على جميع حالات اضطراب طيف التوحدإلا أن هناك اختلافات تظهر على عدد كبير منهم إن التعرف على الاختلافات الموجودة في دماغ المصاب باضطراب طيف التوحد يعد أمرا مهما لأسباب عديدة أولها أن الفحص يساعد على اكتشاف الطرق الوقائية المثلى .

- **تركيب المخ لدى طفل اضطراب طيف التوحد:**

ينقسم مخ الإنسان إلى نصفين أيمن وأيسر يتخصص النصف الأيمن في الإبداع والعواطف والإدراك البصري المكاني والنصف الأيسر في معالجة وتحليل اللغة والمنطق، يظهر على بعض المصابين باضطراب طيف التوحد المظاهر التالية

1- يظهر على المصابين باضطراب طيف التوحد انعكاس في تخصصات ووظائف نصفي كرة المخ فمثلاً تحليل المعلومات اللغوية وكذلك المهام التقليد الحركية تتم في النصف الأيسر لدى العاديين بينما تتم في النصف الأيمن للمصابين باضطراب طيف التوحد إلا أن تنمو لدى المصاب المهارة اللغوية قبل سن الخامسة فإنهم كغيرهم من الأسوياء .

2- يدل ذلك على عدم ترجمة المعلومات بطريقة فعالة .

3- الأطفال التوحديين ممن تتطور لديهم اللغة قبل سن الخامسة يستقبلون المعلومات بطريقة أكثر فعالية من غيرهم.

من موقع
http://www.anntv.tv/new/showsubject.aspx?id=131779

خرافة: الام الباردة سبب توحد ابنها

ترى د.خديجة أن الام البارده سبب التوحد وتؤكد أنها قابلت ذلك بالفعل وهي ليست ام بارده فقط هي ام مشغوله بشكل شديد .وبالطبع يؤخذ هذا الامر عليها فليس هناك اهم للام من الابناء ولكن يكثر ذلك في الريف حيث تعمل الام في بيت العيله طوال النهار ويظل الطفل في رعايه غير محدده ممن حوله ولكنها ليست الرعايه الواجبه من الام وكذلك نقص التقبيل والاحتضان لشده الانشغال .كذلك تسبب حالات الاغتراب غياب الأم عن طفلها فترات طويلة وبسبب مسؤلياتها قد تضع الطفل أمام التلفاز وتتركه وبحكم المكان لا يستطيع الخروج فيؤثر ذلك علي اجتماعيات الطفل وعلاقاته بالبيئة المحيط به. إلا أن "ضرغام" يختلف معها في تلك النقطة ويعتبر الأم الثلاجة خرافة لأن التوحد اضطراب جيني وليس شيء مكتسب بالإضافة إلى أن البيئة تساعد على اكتشافه والدليل على ذلك أن هذه الأم تلد أطفال طبيعيين آخرين تماما.

- **الفصان الأماميان لطفل اضطراب طيف التوحد:**

يقع الفصان الأماميان للمخ وراء الجبهة مباشرة ويعملان بصورة متواصلة قوية مع الفصين الخلفيين والجهاز الطرفي والمخيخ وبعد تجميع المعلومات يقوم الفصان بدور المسئول التنفيذي الذي يتدبر جمع المعلومات وانتقاء السلوك المناسب وأهم العمليات التي تحدث فيهما هي:-

1- التخطيط لخطوات العمل والاحتفاظ بهذه الخطوات في الذاكرة التشغيلية والمؤقتة .
2- استرجاع معلومات من الذاكرة عن طرق نماذج مشابهة ومقارنتها بالنموذج الذي أمامك.
3- التفكير بطريقة مستمرة خلال محاولات التركيب أو غير ذلك .
4- التعلم من الأخطاء فلا يكرر نفس الخطأ .
5- تجربة أكثر من طريقة.
6- اتخاذ قرارات بشأن ما ستقوم به.
7- التركيز على العمل .
8- منع النفس من التخريب أو مايسمى القدرة على التحكم في السلوك .

ولدى طفل اضطراب طيف التوحدمظاهر مختلفة نسبياً كالآتي :

1- يبدوان طبيعيين من حيث الوزن والحجم.
2- يوجد خلل في ارتباط الخلايا العصبية بأجزاء أخرى من المخ .

من موقع
http://www.anntv.tv/new/showsubject.aspx?id=131779

خرافة : التوحد اعاقة عقلية

أن التوحد ليس إعاقة وإنما اضطراب قابل للتحسن بدرجه كبيره فقط من خلال اكتشافه مبكرا في العام الثاني والبدء في التدخل المبكر الذي يعتبر أفضل وسيله يمكن من خلالها تحسين الافراد ذوي التوحد الذي يعتبر اضطراب وليس مرض عقلي ولكن في بعض الحالات من ممكن أن يكون مصحوبا بتاخر ذهني لدي نسبه محددهمن المتوحدين. حيث يؤكد أن التوحد اضطراب نمائي يظهر على الطفل خلال الثلاثين شهر الأولى من حياته ويؤثر هذا التأخر والاضطراب على التواصل الاجتماعي والتواصل اللغوي واللفظي بالإضافة إلى التقليد والافتقار إلى اللعب التخيلي والرمزي وتختلف أعراض التوحد من طفل لطفل. وبالتالي فالتوحد ليس اضطراب عقلي انما هو اضطراب نمائي (تأخر في نمو المهارات) وبعض حالات التوحد هي التي تكون مصحوبة بتأخر عقلي تتفاوت درجاته من بسيط لمتوسط أو شديد.

3- يوجد نشاط كهربائي أقل من المستوى الطبيعي بسبب خلل في ارتباط الخلايا العصبية بباقي أجزاء المخ فلا تنتقل المعلومات للفصيين بطريقة فعالة.

4- نضوج الفصيين الأماميين يتأخر لدى العديد من المصابين باضطراب طيف التوحد.

- **صعوبات اضطراب طيف التوحدالناتجة من الخلل في الفصيين الأماميين :**

1. التعلم من الأخطاء .
2. التخطيط.
3. حل المشكلات .
4. تذكر عدة أشياء في آن واحد .
5. معالجة معلومات متعددة في آن واحد.
6. التوقف عن عمل شيء قبل الانتهاء منه .
7. سلوكهم التكراري.
8. عدم فهم الوقت .

من موقع
http://www.anntv.tv/new/showsubject.aspx?id=131779

خرافة : التوحد لم يكن موجود من قبل وهو مرض لا شفاء منه

تقول "د,خديجة"بأن التوحد كان موجود بالطبع ولكن نسبته كانت قليلة زادت تلك النسبة بسبب الاغذية المصنعة والمدمرة للأطفال حتى غير المصابين بالتوحد ممن يعانون من اضطراب ويشتكي منهم الاباء والامهات لماذا لان هناك تغير كبير عما مضي .وتؤكد أنها رصدت ذلك وتتمنى استكمال الأبحاث في هذا المجال . في حين يرى "ضرغام" أن التوحد مرض قديم قدم الأزل ولكن قديما كان يتم تشخيصه على أنه فصام طفولة ولكن بعد تطور أساليب التشخيص تم اكتشافه وبدء العمل به وتقييم الاعراض .

- **تركيب الفصان الجداريان للتوحد :**

إننا عندما نلمس قطة سنشعر بعدة معلومات حسية في آن واحد هي معلومة اللمس بملامسة فرو القطة ومعلومة البصر لون وحجم القطة ومعلومة الشم رائحتها ومعلومة المكان مكانها ومعلومة السمع سماع مواءها كل ماسبق من المعلومات الحسية المعروفة بالتناغم الشكلي المتبادل يعالجها الفصان الجداريان إضافة إلى السيطرة على الذاكرة اللفظية قصيرة الأمد والقراءة والرياضيات فكيف إذاً هي طبيعة الفصان عند المصابين باضطراب طيف التوحد ؟

تضاربت أقوال الباحثين في مجال اضطراب طيف التوحدفي طبيعة الفصان على قولين:

1- إحدى الدراسات تقول أن 43% من المصابين باضطراب طيف التوحديعانون خللا في أداء الفصين الجداريين .

2- دراسة أخرى أن الخلايا العصبية في الفصيين الجداريين لـدى المصـابين باضـطراب طيـف التوحدتبدو أقل كفاءة في معالجة المعلومات عند مقارنتهم بغيرهم من الأسوياء .

إلا أن ما ذكر لم يوجد في دراسات أخرى كما وجد أن النشاط الكهربائي لهـذين الفصـيين في أدمغة المصابين باضطراب طيف التوحدكان طبيعياً ولذا فلم يثبت وجود خلل في الفصـين الجدارين للمصابين باضطراب طيف التوحد.

ما الصعوبات اضطراب طيف التوحدية الناتجة من ذلك ؟

هناك مشكلة لدى العديـد مـن الأطفـال التوحـديين في اسـتقبالهم المعلومـات الحسـية ودمجها .

- **الفصان الصدغيان لدى اضطراب طيف التوحد:**

من المهام الأساسية للفصين الصدغين معالجة المعلومات السمعية مثل الموسيقى النصـف الأيمن إضافة أنهـما يـتحكمان في القـدرة عـلى الكـلام وترجمـة اللغـة النصـف الأيسر يحـوي الفصان الصدغيان العديد من مكونات الدماغ بما فيها اللوزية وقرن آمون وهما جـزاءان مـن الجهاز الطرفي ويبـدو أن قـرن آمـون في الـدماغ هـو المسـئول عـن الـتعلم والـذاكرة وبعـض الجوانب الاجتماعية أجرت بيشافلييه تجربة هامة قامت خلالها بمراقبة بعـض القـردة أزيـل قرن آمون من أدمغتها فأخذت القردة تسلك سلوكيات شبيهة باضطراب طيف التوحد حيث انعزلت عن المحيط الاجتماعي وأظهرت سلوكيات متكررة وعندما تقدم العمر بالقردة وعلى الرغم من استمرار بعض القصور الاجتماعي لديها طرأ عليها بعض التحسن قياساً إلى المرحلة الأولى من أعمارها وهو نمط مشابه لحالات اضطراب طيف التوحد .

أما منطقة اللوزية وظيفتها كالتالي :

1. تسيطر على العواطف والعدوانية إلى جانب الذاكرة وبعض جوانب السلوك الاجتماعي وقد يبدو على من أزيلت لديهم منطقة اللوزية ردود فعل غير طبيعية .
2. صعوبة في التعرف على الوجوه كما يصعب تذكر المضمون العاطفي للقصص ويصير لديهم أنماط انتباه غير طبيعية وعجز عن الربط بين المعاني العاطفية والأحداث .

- **الفصان القذاليان لدى اضطراب طيف التوحد:**

يقع الفصان القذاليان في أقصى المؤخرة من الدماغ وهما المسئولان عن معالجة المعلومات البصرية مثل الأشكال والألوان والحركة ونظراً لأن المعالجة البصرية للألوان والأشكال والتمييز البصري سليمة لدى المصابين باضطراب طيف التوحد فإن هذين الفصين لم يتعرضا للدراسة. وهناك أجزاء دماغية أخرى تلعب دوراً في ظهور السلوك اضطراب طيف التوحد وهو المخيخ .

ويقع المخيخ أسفل المخ وله أدوار يلعبها مهمة جداً فهو مسئول عن:

1. الحركة ونقل الانتباه من سيء إلى آخر.
2. تعلم المهارات الجديدة.
3. حل المشكلات.
4. له دور في اللغة والتعلم المشروط.
5. المهام الإدراكية والحركية مثل التوازن والتخطيط الحركي . يحتوي المخيخ على 30 مليون خلية عصبية وهي كبيرة جداً عند مقارنتها بالخلايا العصبية الأخرى ولها أكبر عدد من الفروع التي تربط بين المخيخ وباقي أجزاء الدماغ وتعرف هذه الخلايا بإسم خلايا بوركينجي ، أول دراسة نشرها أريك عام 1988م أوضح فيها أن معظم المصابين باضطراب طيف التوحد لهم مخيخ أصغر حجماً وبخاصة في المناطق التي تعرف بالفصيصين 6و7 وفي حالات أخرى لا حظوا في نسبة ضئيلة من اضطراب طيف التوحديين تقدر بنسبة 12% أن الفصيصين 6و7 في المخيخ هما أكبر حجماً من المعدل الطبيعي .إلا أن الأشخاص الذين نسبة الذكاء اللغوي عالية فهم قريبين للمعدل الطبيعي بينما أكثر انحرافاً لدى ذوي الذكاء المنخفض والذين يعانون من

نوبات صرع وأيضاً توجد اختلافات واضحة في الخلايا العصبية الموجودة في المخيخ والتي تعرف ب خلايا بور كنجي من حيث الحجم والعدد .

- **جذع الدماغ لدى اضطراب طيف التوحد:**

يقع جذع الدماغ في أعلى العمود الفقري وهو ينظم بعض المهام الرئيسية في الحياة مثل التنفس والهضم والتمثيل الأيضي لأعضاء الجسم المختلفة وهو ينظم أيضاً ردود الفعل النمطية والحركة ويلعب دوراً أساسياً في تنظيم ومعالجة المعلومات الحسية سواء أكانت بصرية أم سمعية ولذا فإن أي خلل وظيفي في جذع الدماغ قد يؤدي إما إلى الاستجابة المفرطة أو الاستجابة الضعيفة للمعلومات الحسية وعلى مدى العقدين السابقين ، ظل خلل واحد يظهر دائماً في جذع الدماغ لدى المصابين باضطراب طيف التوحد وهو وجود قصور في الاستجابة إلى المعلومات السمعية وتحليلها بطريقة طبيعية .

من موقع
http://www.anntv.tv/new/showsubject.aspx?id=131779
خرافة: الطفل المصاب بالتوحد لن ينعم أبداً بالعلاقات الإنسانية والاجتماعية
أكد "ضرغام" و"د.خديجة" أن طفل التوحد قد يتخيل البعض انه بلا مشاعر او تفاعل مع المحيطين وهذا غير حقيقي . فهو لديه هذا التفاعل ولكن بدرجات تتفاوت من فرد لآخر. فطفل التوحد له مشاعر وأحساسيس ولكن لا يستطيع اظهارها وقد تكون أحيانا خفيفة وأحيانا أخرى ظاهرة للعلن بدرجات .وكلما كان التأهيل في سن مبكرة ظهرت المشاعر والاحاسيس وقد لاحظت ذلك بنفسي في من تم التعامل معهم في سن مبكرة.

- **وزن الدماغ وحجمه لدى اضطراب طيف التوحد:**

أشارت بعض الدراسات إلى أن أدمغة الأطفال التوحديين دون سن الثانية عشرة كانت أثقل وزنا من أدمغة سواهم بينما كانت أدمغة البالغين من اضطراب طيف التوحديين اقل وزنا من المعدل الطبيعي وهذه النتائج من خلال 4 حالات توحديه بعد وفاتهم الان دراسة أخرى أجريت بعد الوفاة على 21حالة أثبتت أن وزن أدمغة الأطفال التوحديين بشكل عام كان طبيعيا وبالرغم من عدم ثبات نتائج الدراسات المعنية بوزن مخ الأشخاص اضطراب طيف التوحديين إلا أن هناك شبه إجماع على أن مقاس محيط رأس المصابين باضطراب طيف التوحد اكبر من الطبيعي في

نسبة كبيرة من حالات اضطراب طيف التوحد ولا سيما في مرحلة الطفولة المبكرة فصاعداً.

- **الخلايا العصبية لدى اضطراب طيف التوحد:**

إضافة إلى ما وجد من اختلافات عصبية في الفصين الأماميين والجهاز الطرفي والمخيخ أشارت دراسات إلى وجود أنماط مختلفة من النشاط العصبي في مناطق مختلفة من الدماغ وقد ظهر على الأشخاص اضطراب طيف التوحديين أحيانا زيادة في النشاط العصبي وفي أحيان أخرى كان لدى البعض انخفاض في النشاط العصبي للدماغ وهذا يعني انه يوجد خلل إما في شكل الخلايا العصبية أو في أدائها في معظم أجزاء الدماغ الفصين الأماميين والفصين الجداريين والجهاز الطرفي والمخيخ وجذع الدماغ .وتتبادل الخلايا العصبية المعلومات من خلال دفعات كهربائية تمر عبر خطوط عصبية ولذا فان وجود خلل في دائرة عصبية يؤثر على نقل ومعالجة وتحليل المعلومات في الشبكة العصبية التي هي جزء منها وهذا هو الحال لدى الأشخاص اضطراب طيف التوحديين فلا تختلف أدمغتهم بشكل عام عن غيرهم من حيث الشكل والتكوين والوزن إلا أن الخلايا العصبية لا تعمل بالطريقة الصحيحة وقد أشار كثير من الباحثين إلى وجود خلل في الخلايا العصبية للأوتيزميين في الجوانب التالية:-

1- خلل في ارتباط الدوائر العصبية في الفصين الأماميين .
2- خلل في ارتباط الدوائر العصبية ومعالجة المعلومات في الفصين الجداريين
3- قلة عدد وحجم خلايا البوركنجي في المخيخ وصغر فروعها وقلة عدد تفرعاتها نسبة للعاديين.
4- الخلايا العصبية في الجهاز الطرفي أصغر حجماً وأكثر تكثفاً مقارنة بالأسوياء.

وما تشير إليه جميع الدراسات هو أن المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون خللاً وضعفاً في نشاط الدوائر العصبية في المخ وغيره من المناطق الواقعة تحت المخ ولذلك يمكن وصف اضطراب طيف التوحد بأنه اضطراب في التنظيم العصبي وأشارت دراسة

نفسية أن اضطراب طيف التوحدمرتبط بمعالجة المعلومات المعقدة مثل اللغة والمهارات الاجتماعية وتذكرها .

وتتم تبادل المعلومات من كيماويات تعرف بالناقلات العصبية وتعمل هذه الناقلات العصبية بأنواعها المختلفة مع خلايا عصبية تتناسب معها حيث انه لابد أن تتكافأ بنية الناقلات العصبية مع بنية الخلايا العصبية التي تعمل معها وأجرى العلماء اختباراتهم وذلك للأسباب التالية :

1- إذا كانت الخلايا العصبية لدى اضطراب طيف التوحديين لا تعمل بشكل أمكن استنتاج وجود خلل في إنتاج وإفراز الناقلات العصبية.
2- حيث إن اضطراب طيف التوحد غير متعلق بأي خلل تكويني كبير في الدماغ فإن الخلل لابد أن يكون مجهرياً أو يكون وظيفياً .
3- هناك عدد لابأس به من حالات اضطراب طيف التوحد يستجيب للعقاقير الطبية التي تعدل من إنتاج وإفراز الناقلات العصبية .
4- لو استطاع الباحثون إيجاد خلل ثابت في جميع حالات اضطراب طيف التوحد لكان السبب وراء الإصابة به معروفاً ولأصبح العلاج قريب المنال.

- **الناقلات العصبية لدى اضطراب طيف التوحد:**

ذهب الباحثون لفحص وتحليل مدى تأثير الناقلات العصبية على اضطراب طيف التوحد ومن أكثر أنواع الناقلات العصبية على اضطراب طيف التوحدومن أهم الناقلات العصبية تعرضاً للبحث في مجال اضطراب طيف التوحدوهي:

1) السيروتونين :

وظيفة السيروتونين هو السيطرة على الحركة الهادفة كأخذ قلم أو نحو ذلك وله وظيفة وهو الحد من السلوك الحركي المتهور مثل كبت الغضب للسيروتونين دور رئسي في ذلك إلا أن بعض الأشخاص لا تفرز أجسامهم الكمية المناسبة من السيروتونين مما يصعب عليهم بالتالي التحكم في أنفسهم هذا بالإضافة إلى أن عملية معالجة المعلومات الحسية تتأثر بالسيروتونين الذي توجد منه تركيزات عاليه في مناطق الدماغ التي فيها

معالجة المعلومات الحسية وهناك سلوكيات أخرى تتأثر بالسيروتونين وتشمل السلوك الجنسي ، السلوك العدواني ، الشهية ، النوم والاستيقاظ ،الإحساس بالألم ، الذاكرة ، الاكتئاب ، التفكير بالانتحار .

وأشارت الأبحاث إلى ارتفاع نسب السيروتونين في الدم لدى بعض المصابين باضطراب طيف التوحد كما وجدت أيضا اختلافات في طريقة إنتاج بعض المصابين باضطراب طيف التوحدللسيروتونين ولوحظ أن الذكور دون الإناث من المصابين باضطراب طيف التوحدي ينخفض لديهم إنتاج السيروتونين في الفصين الأماميين وفي أجزاء أخرى كالمهاد البصري وهناك إجماعا عاماً على وجود معدلات مرتفعة في الدم بين 30 و50% في المصابين باضطراب طيف التوحد ويمر الأشخاص الأسوياء بفترة يزداد فيها إنتاج السيروتونين في مرحلة الطفولة لكن هذا الإنتاج ينخفض إلى النصف بعد بلوغ السنة الخامسة من العمر إلا أن إنتاج السيروتونين لدى لدى الأشخاص اضطراب طيف التوحديين لا ينخفض إلى النصف فجأة بعد بلوغ سن الخامسة وإنما ينخفض تدريجياً ما بين سن الثانية وسن الخامسة عشرة دون أن يصل إلى المعدل الطبيعي للبالغين .ووجد لدى بعض أقارب المصابين باضطراب طيف التوحد معدلات مرتفعة من السيروتونين ففي دراسة أجريت على 123شخصاً من أقارب الدرجة الأولى لأشخاص توحديين، كان لدى 51%من الأمهات و45%من الآباء و 87%من الأخوة والأخوات معدلات من السيروتونين تفوق المستوى الطبيعي إلا أن معدلات السيروتونين لدى المصابين باضطراب طيف التوحدكانت دائماً الأعلى عند مقارنتهم بإخوانهم وأخواتهم ومثل هذه النتائج توحي بان الطريقة التي يستخدم بتا الدماغ السيروتونين لنقل المعلومات بين الخلايا العصبية مصابة بخلل ما وأخيرا فان العقاقير الطبية التي تعدل مستوى السيروتونين والتي تعرف بمضادات الاكتئاب أو الكابحة لمفعول السيروتونين تخفض بعض السلوكيات المرتبطة باضطراب طيف التوحدلدى بعض المصابين وليس كلهم .

2) الدوبامين :

يلعب الدوبامين دوراً هاماً في اكتشاف البيئة وفي التحفيز الذاتي وفي عملية الانتباه الاختياري والأكل والشرب كما انه ينظم النشاط الحركي مثل الحركة المفرطة والسلوكيات النمطية وعندما زيدت معدلات الدوبامين في أجسام الحيوانات لإجراء البحث سلكت الحيوانات سلوكاً مشابها لسلوك المصابين باضطراب طيف التوحدمثل الحركة المفرطة والسلوكيات النمطية وقد أمكن بواسطة العقاقير التي تحجب الدوبامين والتي تعرف باسم مهدئات عصبية السيطرة بنجاح على محاولة إيذاء الذات وعلى السلوكيات النمطية المتكررة لدى بعض اضطراب طيف التوحديين .

ولقد اختلفت نتائج الأبحاث حول نسب الدومابين لدى المصابين باضطراب طيف التوحدحيث أشار بعضها إلى ارتفاع نسبتها في بولهم وفي سائل المخ والنخاع الشوكي إلا أن دراسات أخرى لم تثبت هذه النتائج ولذا يمكن استنتاج أن هناك نسباً مرتفعة من الدوبامين لدى قلة من المصابين باضطراب طيف التوحدولا سيما ذوي الأداء المنخفض منهم لأن عمل الدوبامين يرتبط بالعمر ومستوى النضج .

3) النوربينفرين :

للنوربيفرين علاقة بدرجة التوتر والإثارة ودرجة القلق بالإضافة إلى تأثيره على الدمج الحسي الحركي إلا أن الدراسات التي أجريت لفحص نسبة النوربينفرين لدى المصابين باضطراب طيف التوحدكانت متفاوتة حيث كانت لدى البعض منهم اقل من المعدل المتوسط حيث أن معظم الأبحاث لم تجد اختلافاً في نسب النوربينفرين بين المصابين باضطراب طيف التوحدوغيرهم من الأسوياء .

4) النيوروبيبتيد :

النيورو بيبتيد سلسلة من الأحماض الامينية توجد في الخلايا العصبية وتعمل مثل الناقلات العصبية عندما حقنت حيوانات بالبيبتيد الافيوني أظهرت انخفاضا في الإحساس بالألم وسلوك إيذاء الذات وضعفاً في العلاقات الاجتماعية ، وتتفاوت نتائج الدراسات التي تبحث في مستوى البيبتيد الافيوني لدى المصابين باضطراب طيف التوحدحيث أشارت بعضها إلى أنها مرتفعة والبعض الآخر إلى أنها منخفضة في الوقت الذي وردت نتائج أخرى

تشير إلى عدم وجود أي اختلافات ولذا فلا يمكن القول بان السلوك اضطراب طيف التوحدي ناتج عن زيادة نسبة البيبتيد الافيونية نظراً لان زيادة نسبتها لم تثبت لدى جميع المصابين باضطراب طيف التوحد

أما مادتي الاوكسيتوسين والفاسوبريسين فلقد اهتم الباحثون مؤخراً بعلاقتها باضطراب طيف التوحد بسبب الدور الذي تلعبه المادتان في مجال الارتباط الاجتماعي وقد أشارت بعض الدراسات الأولية إلى أن المصابين باضطراب طيف التوحدلديهم معدلات منخفضة من الاوكسيتوسين ، ويمكننا تلخيص ما سبق على النحو التالي :

1- هناك نتائج متناقضة متعلقة ببيو لوجية الأعصاب في اضطراب طيف التوحد.
2- هناك إجماعا عاماً على أن الغالبية العظمى من الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحدشكل دماغهم طبيعي باستثناء المخيخ.
3- يوجد خلل في الطريقة التي يعمل بها الدماغ من خلال الخلايا العصبية.
4- أكثر أنواع الخلل توجد في الفصين الأماميين والمخيخ والجهاز الطرفي وجذع الدماغ فالخلايا العصبية تختلف في تركيبتها وفي عملها .
5- ارتفاع معدلات السيروتونونين في دم الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحدوبعض أفراد أسرهم على حد سواء .
6- النتائج المتناقضة في مجال اضطراب طيف التوحدتقدم لنا برهانً آخر على أن اضطراب طيف التوحد ليس اضطراباً متجانساً وإنما اقرب ما يكون تجسيداً قوياً لأنواع مختلفة من الاضطرابات سببتها عوامل مختلفة .
7- العوامل الجينية والمرضية والبيئية من شانها أن تؤدي إلى اختلالات دماغية تختلف من شخص لآخر إلا أنها تؤدي إلى ظهور أعراض ثالوث اضطراب طيف التوحد وهي صعوبات التواصل وصعوبة التفاعل الاجتماعي وعدم القدرة على التخيل ويعرف هذا المفهوم باسم الطريق المشترك الأخير (وفاء الشامي، 1424هـ 165-197)

ثانياً : حقائق واختلاف المعايير التاريخية لتشخيص الاضطراب

يتتطلب التشخيص الحذر الشديد وذلك لمدي صعوبته، وذلك يحتاج تعاون من فريق العمل الذي في الأغلب يتكون من الأطباء والإخصائيين النفسيين والاجتماعيين واخصائيين التخاطب والتحاليل الطبية وترجع هذه الصعوبات إلي ما يلي:

1- تشابه اضطراب التوحد باضطرابات أخرى في الأعراض مما يجعل الخلط وارد في التشخيص بين هذا الاضطراب وغيره.
2- اضطراب التوحد يصيب محاور متعددة مثل النمو الاجتماعي والانفعالي واللغوي والمعرفي ومما يؤثر بالسلب في التواصل والتعامل مع الطفل لتشخيص حالته.
3- نادر جداً تواجد طفل ذاتوي مثل الآخر تماماً في أعراض التوحد وهذا ما جعل الكثير يشبهه ببصمة الأصابع لعدم التشابه بين حالة واخرى، وقد يرجع ذلك لتعدد وتنوع العوامل المسببة للاضطراب مما يؤدي إلى صعوبة في التشخيص.
4- قد يصاحب اضطراب التوحد مشكلات أو إعاقات أخرى مما يؤدي إلي تشابك الأعراض وتعقدها وتصبح عملية التشخيص أصعب لتفرقة بين الاضطراب وما يصاحبه ومن هذه الاضطرابات الإعاقة العقلية أو الصرع أو غيرها (فراج، 2002، 68).

ولقد تعددت المحاولات الخاصة بوضع محكات ومعايير لتشخيص حالات التوحد بدأت بالمعايير التي وضعها "كانر" (1949) ثم قائمة "كلانس" (1969) مروراً بالدليل الدولي التاسع (1978) والدليل الإحصائي الثالث (1980) ثم الدليل الإحصائي الثالث المعدل (1987) ثم الدليل الدولي العاشر (1992) وأخيراً الدليل الإحصائي الرابع (1994) (عبد العزيز، 2001، 175). وفيما يلي تفصيل الدليل الإحصائى الرابع (1994) حيث أشارت المحكمة التشخيصية للذاتوية إلي ضرورة وجود تطابق ستة أعراض أو أكثر من مجموع الأعراض الثلاثة (أ)، (ب)، (ج) علي الأقل عرضين من المجموعة (أ) وعرضين من المجموعة (ب) وعرضين من المجموعة (ج) على النحو التالي:

أ) خلل كيفي في التفاعل الاجتماعي كما يبدو في اثنتان علي الأقل مما يلي:

- خلل واضح في استخدام العديد من السلوكيات غير اللفظية مثل نظرات العين وتعبير الوجه ووضع الجسم وملامح الوجه في تنظيم التفاعل الاجتماعي.
- الفشل في تنمية علاقات بالرفاق مناسبة لمستوى النمو.
- نقص البحث الذاتي للمشاركة في الأنشطة والإنجازات مع الآخرين.
- نقص التبادل الاجتماعي أو العاطفي.

ب) خلل كيفي في التواصل كما يظهر في واحدة علي الأقل مما يلي:

- التأخر في نمو اللغة وهو غير مصحوب بمحاولات بديلة للتواصل مثل تعبيرات الوجه أو الإيماءات.
- استخدام اللغة بشكل تكراري نمطي أو استخدام لغة خاصة.
- خلل في استمرار الحديث مع الآخرين في حالة وجود بعض الكلمات.
- نقص اللعب التلقائي من تمثيل الأدوار الاجتماعية المناسبة لسن الطفل.

(ج) أنماط سلوكية محدودة ومتكررة وضيق الاهتمامات والأنشطة كما يبدو في واحدة علي الأقل مما يلي:

- الانشغال الدائم بواحد أو أكثر من الأنماط الأسلوبية المحددة لاهتمامات غير سوية أما في شدتها أو توجهها.
- التمسك غير المرن بطقوس معينة غير وظيفية.
- سلوك حركي متكرر مثل رفرفة الذراعين أو حركة مركبة بكل الجسم.
- الانشغال الثابت بأجزاء من الموضوعات (سيد، 2005، 97).

بالإضافة إلي استخدام محكات دليل التشخيص الإحصائي الرابع والدليل الدولي العاشر للأمراض في تشخيص التوحد ظهرت بعض القوائم التشخيصية التي تساعد في عملية التشخيص وأكثرها شيوعاً قائمة فحص سلوك التوحد **Autism behavior checklist (ABC)** ومقياس تقدير التوحد في مرحلة الطفولة **Children autism rating scale (CARS)** وجدول ملاحظة تشخيص التوحد **Autism diagnostic observation schedule (ADOS)**.**(Dodd, 2005,118)**.

وبالرغم من أن جميع الأطفال التوحديين يعانون من تأخر في الكلام إلا أنه ليس في الإمكان تشخيص فرد باضطراب طيف التوحد لمجرد أنه تأخر في الكلام لأن هذه السمة قد تظهر في فئات تعاني اضطرابات أخرى مثل صعوبات التعلم والقصور السمعي وغيرها .

فطفل اضطراب طيف التوحديصعب إدارته بسبب سلوكياته ذات التحديث ، وبالرغم من هذا فإن السلوكيات الصعبه التى يبديها طفل اضطراب طيف التوحدهى عقبه ثانويه للأوتيزم، وتحدث تلك السلوكيات بسبب أن الطفل يحاول إيصال رسالة ما إلى الآخرين فيستخدم هذه السلوكيات الشاذه ليصل إلى احتياجاته أو بما يحسه ومايطلبه من تغير فيما حوله أو كطريقة المسايرة والتعامل مع الإحباط ، والسلوكيات التى لوحظت أنها شائعة بين الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحدومنها: تأخر أو غياب الكلام ، أفعال وحركات نمطية مقيدة ومتكرره ، قليل من التواصل البصرى إلى إنعدام التواصل البصرى ، وساوس ، تعلق غير ملائم بالأشياء ، البغبغائية ، ضحك غير ملائم وعفوى ، الإفتقار إلى مهارات اللعب ، رفرفرفة اليد أو الزراع، السير على أصابع القدمين ، عدم الإستجابه للإشارات اللفظية ، الجمود التام والذى غالبا ما يشتمل على مقاومة التغيير فى الروتين وسلوكيات أخرى عديدة فريدة من نوعها تميز الأفراد ذوى اضطراب طيف التوحد.

كما تمثل السلوكيات المقيدة والتكرارية المظهر الثالث من تلك المظاهر المميزة لاضطراب طيف التوحدأحد أوجه القصور البارزة التى يمكن ملاحظتها بسهوله لأى شخص يتعامل مع الطفل ، كأن يستمر مثلا فى إضاءة الأنوار وإطفائها ، أو يمشى فى أرجاء الحجرة يتحسس الحوائط . كأن يقوم بتكرار اللعب بشئ واحد أو مع شخص أخر . وقد تتضمن الحركات الجسمية العامة مثل تشبيك الأيدى أو ثنيها ، ضرب الرأس فى الحائط ، قد يبدى سلوكيات عدوانية أو عنيفة أو يجرح أو يؤذى نفسة ، نوبات بكاء أو غضب مستمرة دون أن يكون هناك أى سبب واضح ومحدد لذلك ، كما أن هذه السلوكيات الشاذة التى يظهرها طفل اضطراب طيف التوحد يطلق عليها سلوكيات الإستثارة الذاتية فطفل اضطراب طيف التوحدمن الممكن أن يقضى ساعات طويلة فى فتح وغلق مفاتيح الإضائة أو الحملقة فى فى مصدر الإضاءة أو يقوم بهز جسمة أو رفرفة الذراعيين.

والأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحدتظهر عليهم أعراض الإنسحاب الإجتماعى والإنطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات سوية مع الآخرين بلإضافه إلى إضطراب اللغة الذى تبدوا مظاهرة فى تأخر إكتساب اللغة والفشل فى تطويرها كما أنهم يعانون من ضعف الإنتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية فضلا عن وجود نشاط حركى مفرط يتسم بالنمطية .

إن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحدمثل غيرهم من الأطفال توجد بينهم فروق فردية تؤدي إلى وجود مستويات مختلفة ومتباينة من الأداء السلوكي الوظيفي فيما بينهم، وإن كان العديد منهم يعانون من خلل واضح في هذا الجانب، ولذلك تعد البرامج التدريبية ذات أهمية كبيرة بالنسبة لهؤلاء الأطفال؛ حيث يمكن من خلال مثلهذه البرامج تنمية مهاراتهم واستعدادهم للتعليم (عبدالرحمن سليمان،2004، 216)

فالبرامج التربوية عالية التنظيم تعالج الصعوبات التي يعاني منها الأطفال التوحديين يون في مجال التفاعل الاجتماعي، تحتم على المعلم أن يبادر في التفاعل مع الطفل، ويزوده بالإرشادات والتوجيهات، وإلا ينسحب الطفل، ويتبع السلوك الاستحواذي المتكرر. وتعتمد هذه البرامج، على تجزئة النشاط التعليمي إلى خطوات سهلة واضحة، ذات أهداف محددة. وهو أسلوب له عائدة على الأطفال التوحديين . كما أن هناك فرصة أمام الأطفال التوحديين للتنبؤ بمكونات الجدول الدراسي اليومي والأسبوع؛ لأن التغييرات المفاجئة لها ردود أفعال غير طيبة.

ومن خلال الاطلاع على تشخيص الطفل التوحدي وجدنا قصور واضح في التشخيص في الدول العربيه حيث انها تكون جميعا اجتهادات وتسرع في عملية التشخيص مما يفقده كثيرا من حقوقه ومن فرص اكتشافه في وقت مبكر ومحاولة تقديم البرامج التربويه التي قد تساعده في التواصل مع اقرانه وان يتعلم المهارات الحياتيه الاساسيه له لكي يكون عضوا فعالا في مجتمعه وتخفيف العبء على اسرته بتوفير مراكز متخصصه في مجال اضطراب طيف التوحديه .

وبصفة عامة، هذه البرامج تتسم بالمرونة والتلقائية، كما أن الأطفال التوحديين

تتاح لهم المرونة الكافية للتعامل مع مواقف الحياة في المستقبل (إبـراهيم العـثمان وأيهـاب البيـبلاوي, 2012، 90) ، ومـن خـلال اسـتعراض التطـور التـاريخي يتضـح المـراد مـن جـوهر الاختلافات :

- اضطراب طيف التوحد ليس مشكلة حديثة فقد وجد بيننا منذ مئات السنين وقد وردت قصص تاريخيـة عديـدة أشـارت إلى وجـود أشـخاص توحـديين أشـهرها تجربـة الطبيـب الفرنسي جون مارك جاسبار ايتارد (1775- 1838) الذي حاول تعليم صـبي صـغير عـاش وحيداً في الغابات بمعزل عن أهله وعن المدنية تعلم الصبي فيكتور ولكنه لم يتمكن من الاستقلال بذاته واستمرت لديه العديد من سمات اضطراب طيف التوحد إلا أن أول من استخدم تعبير توحد طفولي كان الطبيب النفسي السويسري (بلولور) الذي اسـتخدمه في وصف مرحلة معينة يمر بتا مرضى الفصام وتحديـداً انعـزالهم عـن النـاس وفهمهـم غـير الواقعي للحقيقة وقد ظل هذا التعريف على حاله إلى عام 1943 عما اسـتخدمه طبيـب نفسي يدعى كانر في الإشارة إلى مـن يعـانون اضـطرابات توحديـه كـما نعرفهـا في وقتنـا الحاضر . بعد ذلك التاريخ بعام نشر طبيب نمساوي هو (هانز اسبرجر) دراسـة تناولـت فحصه لعدد من الأطفال ممن تنطبق عليهم السلوكيات التي وردت في دراسة ليـو كـانر واستخدم التعبير ذاته إلا أن دراسته كتبت باللغة الألمانية مما أعاق نشرها على الصـعيد العالمي إلى ترجمت إلى اللغة الانجليزيـة في الثمانينـات ظـل بعـض الخـلاف قائمـاً حـول المعايير التشخيصية لاضطرابات اضطراب طيف التوحد.
- في عام 1961م اقترحت كريك تسع سلوكيات اعتبرتها معايير أساسية لتشخيص اضـطراب طيف التوحد إلا أن هذه المعايير غير دقيقة في وقتنا الحالي لأنها لا تنطبق على كـل مـن يعاني باضطراب طيف التوحد كـما أن لـبعض منهـا قـد ينطبـق عـلى مـن يعـاني التـأخر الذهني.
- في عام 1978م طورت كل من (لورنا وينج) و (جوديـث جولـد) معـايير التشـخيص فقـد قامتا ببحث على 53 ألف طفل تحت سن 15 سنة في منطقـة كامبريـل جنـوب لنـدن .

وجدت كل من وينج وجولد أن المجموعة التي كانت تعاني صعوبات اجتماعية كانت أيضاً تعاني قصوراً في المقدرة على التخييل والكلام وانطلاقا من هذه الدراسة نشأ مصطلح ثالوث الأعراض ليصف السمات الأساسية التي يظهرها جميع من يعاني اضطراب طيف التوحد وتعد دراسة وينج وجوديث جولد عام 1979م من أهم الدراسات في تاريخ اضطراب طيف التوحد حيث أن تعبير ثالوث الأعراض يستخدم بشكل واسع حالياً وأصبح متعارفاً عليه .

- في عام 1988م لاحظت وينج وجود نطاق واسع جداً من الاختلافات في شدة ثالوث الأعراض لاضطراب طيف التوحد بين شخص وآخر فاستخدمت مصطلح (اضطرابات طيف اضطراب طيف التوحد) للإشارة إلى النطاق الواسع للتوحد .
- مع بداية القرن الحادي والعشرين ظهرت عدة قواعد ذهبية عامة حول اضطراب طيف التوحد، فهو ليس نتاج تربية أم أو أب أو نتاج تبلد عاطفي من الأم أو ما يسمى الأم الثلاجة ويعود الفضل لبرنارد ريملاند والسير مايكل وغيرهما لدحض هذه الفرية وإزاحة هذا الاتهام عن كاهل الأمهات . وهو ليس ناتج عن قوة خارقة للطبيعة مثل مس شيطاني أو إصابة عين. كما أنه يعود إلى اضطرابات عضوية .
- وفي عام 2003 تم الوصول إلى تشخيص أقرب للحقيقة، حول الطفل التوحدي يحتاج إلى تقييم من قبل مجموعة من المتخصصين وذوى الخبرة في هذا المجال (طبيب أطفال، اختصاصي نفسي، طبيب أطفال تطوري، طبيب أطفال في مجال الأعصاب، محلل نفسي وغيرهم). كل في مجاله يقوم بتقييم الطفل من نواحي معينة، وبطرق منوعة، ومن ثم تتجمع هذه المعلومات والنتائج لتحليلها،لتقرير وجود اضطراب طيف التوحديه، ودرجته وأساليب علاجه (عبدالله الصبي، 2003، 70) .
- التجارب المنهجية ، والملاحظة التقييمية ومناقشة الوالدين، كلها أدوات تستخدم للوصول إلى تقييم المهارات التواصلية، ومن المهم تقييم مدى مهارات التواصل ومنها: رغبة الطفل في التواصل، وكيفية أدائه لهذا التواصل (التعبير بحركات على الوجه أو بحركات جسمية، أو بالإشارة)، كيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه. ونتائج هذا

التقييم يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة، أو الإشارة إلى الصورة وغير ذلك، إن التشخيص المبكر يتضمن مهارات اجتماعية ووظيفية ويهدف إلى تعديل السلوك وتواصل الطفل؛ حيث إنه قبل أن تظهر مشكلة يتوجب علينا معرفة الأسباب، فتحديد المسمى التشخيصي يساعد الأهل والمتخصصين فيما يلي:

1. الحصول على معلومات خاصة بالاضطراب من خلال الكتب والمقالات.
2. تحديد التوقعات لمدى تحسن الاضطراب.
3. تحديد التوقعات لسلوكيات الطفل بناءً على تشخيصه.
4. تحديد الأسباب وراء السلوك غير السوي للطفل.

وتحديد العلاج مثل وضع الخطط التعليمية والتربوية المناسبة لحالة الطفل؛ ومن هنا فإن تشخيص الحالة امر في غاية الأهمية لمساعدة الطفل على تخطي مايواجهه من صعاب (سهير كامل, 2012 ، 161-163).

- تم مؤخرًا وجود اكتشاف أشعة سريعة للمخ في 15 دقيقة للكشف عن الإصابة باضطراب طيف التوحدية ممايساعدهم في تشخيص تلك الحالة المرضية المعقدة بتكلفة أرخص وبصورة أكثر دقة؛ وقد قال علماء بريطانيون إن اختبارهم السريع أثبت دقة بنسبة تزيد على 90% في فحص البالغين وإنه ليس هناك سبب يجعله لايعمل بنفس الكفاءة في فحص الأطفال، ويمكن أن يحدث هذا الفحص الإشعاعي طفرة بالنسبة للمرضي وأطبائهم من خلال الحد من الاعتماد على محاولات التقييم المستهلكة للوقت والمشاعر القائمة على المقابلات والملاحظة السلوكية وطريقة الفحص الإشعاعي الجديدة، قد تكون جاهزة للاستخدام العام خلال عامين، والهدف التالي هو اختبارها على الأطفال (ابراهيم العثمان – ايهاب البيبلاوي, 2012، 164).
- بالرغم من تحديد محكات دقيقة لتشخيص اضطراب طيف التوحدية وتحديد السمات أو العلامات المميزة للكشف المبكر لهؤلاء الأطفال إلا أن صعوبة الوصول إلى تشخيص دقيق لحالة اضطراب طيف التوحدية مازالت موجودة بالفعل، ويرى كثير

من العلماء السبب الرئيس في ذلك هو التشابه بين بعض أعراض اضطراب طيف التوحدية وأعراض أخرى عديدة منها التخلف العقلي – الذهان –زملة أعراض إسبرغر – ريت – إعاقة سمعية إعاقات التخاطب - الشذوذ الكروموزومي (وفاء رشاد, 2010 ، 140).

- وكذلك التشخيص المبكر للاضطراب طيف التوحدي هو عملية منظمة وهادفة إلى التعرف والكشف عن الأطفال الذين قد يحتاجون مستقبلا إلى خدمات وبرامج التربية الخاصة المتنوعة، فهو عملية وقائية علاجية تقلل من الآثار السلبية المترتبة على اكتشاف إعاقة أو اضطراب ما لدى الطفل في الأشهر الأولى من عمره، فالتشخيص المبكر يعني التدخل المبكر والذي يتضمن مهارات اجتماعية ومهارات وظيفية تهدف إلى تعديل السلوك (فيوليت فؤاد,2005، 82).

ويعد التشخيص الفارقي للذاتوية مثارًا للجدل الكبير حيث لايوجد أساس واضح أو اتفاق في ذلك، كما يوضح الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) الذي قدمته جمعية الأطباء النفسية الأمريكية معيارًا مساعدًا في توضيح الغموض التشخيصي؛ حيث يعاني الكثير من قضية تشابه السلوك المرتبط باضطراب طيف التوحدية باضطرابات أخرى كالإعاقة العقلية وفصام الطفولة والإعاقة السمعية واضطرابات التواصل واضطرابات الانتباه، وهذه الإعاقات قد تصاحب اضطراب طيف التوحدية وتختلف بأعراضها فتعقد التشخيص(سهير كامل, 2012، 164).

ثالثاً : الحقائق والاختلافات في قوائم التشخيص بالاضطراب

يبدو طفل اضطراب طيف التوحد كما لو أن حواسة (السمع والبصر والشم واللمس) عاجزه عن نقل أى مثير خارجى إلى جهازة العصبى وهذا يؤدى إلى القصور فى إكتساب اللغة وكافة وسائل الإتصال الأخرى ،وإلى قصور فى عمليات الإدراك الحسى وغيرها من العمليات العقلية الأخرى.

كما يلاحظ على صغار الأطفال التوحديين عدم حساسيتهم تجاه البرد أو الألم فهم قد يهرعون إلى الخارج دون ملابس ، رغم شدة برودة الجو كما أنهم لا يبالون باصطدامهم بالأشياء ولكن غالبا مايبدء ذلك السلوك بالتضاؤل بصورة ملحوظة مع مرور الوقت وقد يصبح الأطفال الأكبر سنا مفرطى الحساسية اتجاه الضيق والإزعاج ، وهاهى تمبل غراندين إمرأه أوتيزم بالغة وتعمل الآن مساعدة برفيسور فى جامعة كولورادو والتى تذكر عجزها عن تنظيم وترجمة المعلومات الحسية ولاسيما معلومات اللمس . فلم يكن فى وسعها أن تتحمل معانقة شخص أو لمسه لها . كما كانت تحس بألم شديد عند لبسها لبعض الخامات التى تصنع منها الملابس .وقد ابتكرت آلة العصر ، وهى آله يدخل فيها الشخص الذى يعانى من مشكلات فى المعالجة الحسية فتنتج ضغطا شديد او إثارة لكامل الجسم . وتروى غراندين ، أن هذه الآله حررتها من التوتر والعصبية وقلصت من موقفها الدفاعى إتجاه اللمس .

إن الأطفال ذوي الاضطراب طيف التوحدي يظهرون سلوكيات واهتمامات غير طبيعية تتصف بالتكرار والنمطية والتحديد(Restnisted)؛ إذ يعتبر من المؤشرات الرئيسية التي يمكن أن يستدل على تطور حالة اضطراب طيف التوحدية لديهم؛ إذ يعتبر من المؤشرات الرئيسية التي يمكن أن يستدل على تطور حالة اضطراب طيف التوحدية لديهم من هذه السلوكيات (Wetherby &Woods2003,) . فالأطفال التوحديين يون يتسمون عادة بما يعرف بالترديد المرضي للكلام، وهو الأمر الذي يجعل الكثيرين يتجنبون التواصل معهم ويعد بمثابة أحد الأمثلة الصارخة التي تعكس بعض مشكلات التواصل بالنسبة لهؤلاء الأطفال (عادل عبد الله , 2011, 74).

والقصور اللغوي لدى الأطفال التوحديين لا ينتج عن عدم الرغبة في الكلام، وإنما عن خلل وظيفي في المراكز العصبية المتعلقة بتطوير اللغة والكلام، لذلك لا يتوصل الطفل التوحدي إلى التعبير بطريقة واضحة ومفهومة حتى بعد تدريبه على ذلك، مما يزيد انغلاقه في عالمه الخاص؛ حيث إنه يردد بعض الكلمات دون أن يفهم معناها. ولم تتوصل الأبحاث

والدراسات حتى الآن إلى معرفة سبب اختيار بعض الكلمات والألحان لتكرارها دون غيرها ولكن قد يرددها ليعبر عن شيء منها (سهير كامل,2012, 131).

التشخيص الفارق Differential Diagnosis :

وصفت (وينج ،61:1994) التوحد بالإعاقة الغامضة حيث عرفها علي أنها اضطراب نمائي شامل يؤثر في الفرد في الجوانب الاجتماعية واللغوية والسلوكية في مرحلة الطفولة، وهو اضطراب معقد يكتنفه الكثير من الغموض فيما يتعلق بأعراضه ودلالاته وتشخيصه وتداخله مع الاضطرابات والإعاقات الأخري .

يشير (خطاب، 9:2005) إلي أن التوحد تعد من الإضطرابات النمائية، وهي إعاقة ليست نادرة وتمثل نسبة لا يمكن تجاهلها ، ولكنها لم تنل حظها من الاهتمام علي المستوي البحثي في الدول النامية ، في حين أننا نجد اهتماما مًتزايدا فًي الدول المتقدمة ، وقد زاد الاهتمام نسبياً بهذه الفئة في البلاد العربية خلال السنوات العشرة الأخيرة .

وعلي الرغم من هذا الاهتمام الكبير إلا أن تشخيص التوحد لازال غير واضح وغامض في بعض الأحيان ويصاحبه بعض التعقيد ويفسر كلا من سيمبسون وريجن (**Simpson &Regan,1996**) ذلك بما يلي :

1- اتساع وتنوع الخصائص التي يتصف بها أفراد هذه الفئة (التوحديين).
2- تعدد السمات المصاحبة لهذا الاضطراب .
3- قلة أو ندرة الأدوات التشخيصية للتميز بين التوحديين وغيرهم .

فصعوبة التشخيص ترجع الي :

- أن أكثر العوامل المسببة للذاتوية تلف أو إصابات في بعض أجزاء المخ أو الجهاز العصبي وهو أكثر أعضاء جسم الإنسان تعقيدا بوصفه المسيطر علي كافة الوظائف الجسمية والعقلية والنفسية السلوكية والانفعالية للإنسان ، ورغم التطور في الطب والتشريح وفسيولوجيا المخ والجهاز العصبي لا زال أمام العلم الكثير اللازم معرفته في هذا المجال .

- من العوامل التي تزيد صعوبة التشخيص أن نمو الطفل مع التقدم في العمر الزمني قد يصاحبه تغير في شدة بعض الأعراض واختفاء البعض الأخر .
- أن بعض الأعراض التي حددها الدليل الدولي للتشخيص لا تخضع للقياس الموضوعي الدقيق بل تعتمد علي الحكم أو التقدير الذاتي مثل القدرة علي تكوين علاقات اجتماعية- عدم الوصول إلي تحديد دقيق للعوامل المسببة .
- مشاركة العديد من الإعاقات الأخري التوحد في بعض الأعراض كتأخر الكلام وصعوبات التخاطب أو التخلف العقلي إلي أخر ذلك من الاضطرابات التي تتداخل أعراضها مع أعراض التوحد .

ومن كل ما سبق نلاحظ أن عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد تعتبر من المشكلات الصعبه والمهمة التى تواجه العاملين فى مجال التربية الخاصة والتى يجب أن نعيرها قدر كبير من الإهتمام والدراسة حيث أن اضطراب طيف التوحد ليس إضطرابا واحدا بل يظهر فى أشكال متعدده كما يتداخل هذا المصطلح مع غيره من المصطلحات كفصام الطفوله والتمركز حول الذات وغيرها من المصطلحات ، ومن هنا كانت أهمية عملية التشخيص والتى تساهم بشكل كبير فى عملية العلاج . وسوف نستعرض الاختلافات المتباينة حول قوائم التشخيص لتوضيح الفروق بين اضطراب طيف التوحد وغيره من الإعاقات والاضطرابات على النحو التالي :

- **قائمة تشخيص إعاقة التوحد فى الدليل الإحصائى الرابع DSM-IV(1994) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى :**

تتكون المحكات التشخيصية من خلال وجود ستة عناصر أو أكثر فى المجموعات الثلاثة(3.2.1) التالية ، على أن يشتمل على الأقل على بندين من محكات المجموعة الأولى ، وبند واحد على الأقل من بنود المجموعة الثانية والثالثة ، والمجموعات على النحو التالي :

- وجود قصور نوعى فى القدرة على التفاعل الإجتماعى كما يتضح فى إثنين على الأقل مما يلى :

- قصور فى إستخدام سلوكيات التواصل غير اللفظى على إختلافها، مثل التلاقى البصرى ، تعبيرات الوجه ، أوضاع الجسد ، الإشارات المستخدمة لتنظيم التفاعل الإجتماعى .
- فشل فى تطوير علاقات مع الأقران مناسبة لمراحل النمو.
- قصور القدرة على السعى الدؤوب لمشاركة الآخرين مباهجهم واهتماماتهم وإنجزاتهم (مثلا : نقص القدرة على إبداء الإشارة إلى الأشياء فى مجال الإهتمام)
- نقص القدرة على التبادل الإجتماعى أو العاطفى .

- قصور نوعى فى القدرة على التواصل ، كما يتضح فى واحدة على الأقل مما يلى :

- تأخر أو نقص كلى فى نمو اللغه المنطوقة (غير مصاحبه بمحاوله للتعويض من خلال أساليب بديلة للتواصل مثل الإشارة أو التقليد).
- لدى الأفراد ذوى القدرة على الحديث ، يوجد قصور فى القدرة على المبادءه أو مواصلة الحديث مع الآخرين .
- الإستخدام النمطى والمتكرر للغه ، أو إعتماد لغه خاصه به .
- ضعف القدره على المشاركه فى اللعب الإيهامى ، أو العاب التقليد الإجتماعى بما يتناسب مع المستوى العمرى للطفل .

- التقليد لأنماط ثابته ومتكرره من السلوك والإهتمامات والأنشطه كما يتضح فى بند واحد على الأقل مما يلى :-

- الإستغراق او الإندماج الكلى بواحده أو أكثر من الإهتمامات المقيده والنمطيه بشكل غير عادى من حيث طبيعتها أو شدتها .
- الجمود وعدم المرونه الواضح فى الإلتزام والإلتصاق بأنشطه أو شعائر وطقوس روتينيه لاجدوى منها .

- ممارسة حركات نمطيه ومتكرره (على سبيل المثال ، رفرفة الأصابع أو اليد أو لفهما بشكل دائرى ، ثنى أو تحريك جميع أجزاء الجسم بشكل معقد) .
- الإنشغال الزائد بأجزاء الأشياء .

- **قائمة تقدير سلوك اضطراب طيف التوحد:**

وتشمل هذه القائمة على (75) فقرة ، حيث تصف هذه الفقرات أنماط السلوك التى يظهرها الأطفال التوحديين ، وقد تم توزيع هذه الفقرات فى القائمة على خمس ابعاد وهى كما ذكرها شورت Short :

- الجانب الإجتماعى والإعتماد على الذات.
- الجانب اللغوى .
- الجانب الجسمى واستعمال الإشياء.
- الجانب الإجتماعى .
- الجانب الحسى (نايف بن عابد ،2004 ، 43) .

- **مقياس جليام لتقييم اضطراب طيف التوحد:**

يستخدم مقياس جيليام لتقييم الأفراد الذين تتراوح اعمارهم ما بين ثلاث سنوات وإثنا وعشرون عاما الذين يعانون من مشكلات سلوكية حادة، والغرض منه مساعدة المتخصصين على تشخيص اضطراب طيف التوحد ، ويمكن لآى شخص أن يقوم بتطبيق هذه الأداة على أن يكون لدية إتصال مباشر وسهل مع الشخص المحدد أو المقصود بالتشخيص (مثل المعلمين والوالدين والأقران) ويتكون المقياس من أربعة مقاييس فرعية ، ويتكون كل بعد منها من (14) بندا ، ويصف كل بعد نمط معين من السلوكيات المميزة للأوتيزم على النحو التالي :

البعد الأول : السلوكيات النمطية

البعد الثانى : التواصل

البعد الثالث : التفاعل الإجتماعى

البعد الرابع : الإضطرابات النمائية (منى خليفة ، محمد السيد ، 2004 ،7-23).

- **مقياس وجهة الضبط إزاء تحسن الطفل:**

يهدف مقياس وجهة الضبط إزاء تحسن الطفل الذى أعده دى فيليس وآخرون De Vellis , et al.) 1985) إلى تقييم الإعتقاد حول قدرة الطفل على التحسن . ويركز هذا المقياس على دراستين قامتا لتطوير والتحقق من صدق وثبات مقياس وجهة الضبط إزاء تحسن الطفل . فى الدراسة الأولى قام (45) من آباء الأطفال التوحديين باستكمال بنود المقياس الذى يركز على اعتقادهم بتحسن أطفالهم . وفى الدراسة الثانية تم تقديم فقرات مقياس وجهة الضبط إزاء تحسن الطفل ل (175) مائة وخمس وسبعين من آباء الأطفال ذوى الإعتلال البدنى ، وتمت ملاحظة العلاقات الآتية :

1. تزايد تأثير الإعتقاد الوالدى حول الطفل بزيادة عمر الطفل .
2. الإيمان بتأثير العوامل الخارجية (الصدفة ، إرادة الله) ينتشر بين الأسر الأمريكية التى تنحدر من أصول إفريقية .
3. إعتقاد بانخفاض تأثير الوالدين مع زيادة شدة الإضطراب (عبد الرحمن سليمان ،2012 ،65).

- **قائمة اضطراب طيف التوحدالسلوكى :**

اعدت القائمة من قبل " كورج " 1980 م وتتضمن مجموعة من الأسئلة حول سلوك الطفل . ويمكن تطبيقها من قبل العائلة او المعلم ، وبموجب القائمة يمكن تحديد الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحدفى المجتمع ويمكن استخدامها من عمر ثلاث سنوات فأكثر وتتضمن

القائمة (57) سؤالا قسمت إلى خمس مجالات هى :

- الإحساس
- العلاقات
- استخدام الجسم والأشياء
- اللغة

- المجالات الإجتماعى ومساعدة الذات (مجيد ،2007 ،73).

– قائمة تشخيص إعاقة التوحد فى الدليل الإحصائى الخامس DSM-V(2012) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي :

- قصور مستمر فى محتوى التواصل والتفاعل الإجتماعى ، لا يعزى إلى تأخر نمائى عام يتجلى فى النقاط الثلاث الآتية :

1. قصور فى التبادل الإجتماعى العاطفى يبدأ من شذوذ الجانب الإجتماعى وفشل فى بداية ونهاية الحوار الطبيعي يكون من خلال مشاركة الآخرين إهتمامتهم و مشاعرهم ، والتأثر بالإفتقار التام إلى مبادأة التفاعل الإجتماعى والإستجابه له.
2. عجز فى السلوكيات التواصلية الغير لفظية المستخدمة فى التفاعل الإجتماعى، تبدأ من سوء تكامل التواصل اللفظى والغير لفظى ، من خلال شذوذ فى التواصل البصرى و لغة الجسد أو قصورالفهم واستخدام التواصل الغير لفظى ، وصولا الى الإفتقار التام إلى تعبيرات الوجه .
3. قصور فى تطوير وإستمرار العلاقات الإجتماعية ، بما يتلائم مع المستوى النمائى (مع القائمين على الرعاية) ، تبدأ من صعوبات فى السلوك التكيفى كى تلائم سياقات اجتماعية مختلفة مرورا بصعوبات فى مشاركة اللعب التخيلى وفى تكوين صداقات وصولا الى غياب واضح فى الأهتمام بالأخريين .

- نماذج من السلوك والإهتمامات والأنشطه النمطيه المتكررة تتضح فى اثنين على الأقل مما يلى :

1- حديث نمطى او متكرر ، حركات آلية ،إستخدام للأشياء بطريقة آلية (مثل حركات نمطية ، بغبغائية ،الإستخدام المتكرر للأشياء ، أو عبارات بلا معنى) .
2- الأفراط فى التقييد بالروتيين ، أنماط طقوسية من السلوك اللفظى والغير لفظى أو الإفراط فى مقاومة التغيير (مثل طقوس حركية ، والإصرار على نفس الطريق ونفس الطعام ، أسئلة متكررة ، الغضب الشديد للتغيرات البسيطة) .

3- اهتمامات ثابته ومقيدة للغايةالتى تكون غير طبيعة فى شدتهاوتركيزها ؛ (مثل التعلق او الإنشغال الشديد بالأشياء الغير عادية ، إهتمامات مقيدة ومستمرة بشكل مفرط) .

4- فرط أو نقص التفاعل للمدخلات الحسية أو الإهتمامات الغير عادية بالجوانب الحسية من البيئة ، (مثل مثل اللآمبـالاه الواضـحة لـلألم /الحـرارة /البرودة ، إسـتجابة سـلبية لأصوات معينه ،الإفراط فى استنشاق أو لمس للأشياء ، ولع بالأشياء المضيئة) .

- يلزم أن تظهر تلك الأعراض فى مرحلة الطفوله المبكره (ولكن قد لاتكون واضـحة تماما حتى تتجاوز المطالب الإجتماعية قدرات محدوده).

تلك الأعراض معا تعوق بل وتضر بالآداء اليومى.

اهم مشكلات الاتصال اللغوي عند الاطفال التوحديين:

- المصـاداة **Echolalia** :إن أحـد السـمات البـارزة لكـلام الاطفـال التوحـديين تتمثـل في الترديد المباشر لكلام الاخرين , ويفترض أن سبب ترديـد كـلام الاخـرين , هـو أن الطفـل لديه إستيعاب ضعيف لما يقال له فيكرر الطفل الكلام ليعطي لنفسـه فرصـة لإسـتيعاب المعنى. و يمكن القول أن ترديد الكلام يخدم جوانب متعددة منها :

- يجعل المستمع يعرف أنه تم سماعه.
- يشير إلى أن المعلومه يتم حل شفرتها بشكل نشط.
- ربما يشير إلى الأتفاق على ما قيل .
- ربما لا يشيرإلى عدم الإتفاق على ما قيل إذا تم تكرار الكلام بصوت غاضب

(فاروق صادق، 2010).

- الترديد المتاخر اللاارادي لكلام الاخرين **(Delayed Echolalia)**

يحدث الترديد المتأخر لكلام الاخرين عند محاولة استرجاع اللغة التي تم سماعها في المـاضي , فالترديـد المتـأخر للكـلام ينبثـق مـن الترديـد الفـوري , ولكنـه يتطلـب ذاكرة سمعية أكثر تطورا . لذلك يلاحظ أن الأ?طفال المصابين بعرض اسبرجرلا يمرون

بمرحلة الترديد المتأخر .وهذا الترديد يأخذ شكل الالحان أو الدندنة، وأغاني التليفزيون. ويفشل الاطفال المصابين بالتوحد في إستخدام اللغة كوسيلة للتواصل ولكن الأطفال المصابين بإضطرابات اللغة يتعلمون معنا مفاهيم اللغة الاساسية و يحاولون التواصل مع الاخرين . ولذا فإن القدرة على التعلم هي الفرق الاساسي . كما أن الاطفال المصابين بإضطرابات لغوية يستخدمون الإيماءات وتعبيرات الوجه وذلك لا يستطيع أن يفعله الطفل المصاب بالتوحد (عبدالرحمن سيد سليمان،2004).

- الإستخدام العكسي للضمائر :

وهو من المظاهر الشائعة لدى الأطفال التوحديين ، حيث يتم استخدام الضمائر بصورة مشوشة, فيشير الطفل التوحدي إلى الآخرين بضمير "أنا" وإلى نفسه بضمير "هو" أو "هي" . ويستعمل "أنا" عندما يود أن يقول "أنت" . ويؤكد أن الطفل التوحدي يستبدل بالضمير "أنت" ، الضمير "أنا" . فعندما يوجه أحد الوالدين سؤلا لطفله التوحدي : هل تريد البسكويت ، فتكون إجابة الطفل ، أنت أريد البسكويت وما إلى ذلك (عبدالرحمن سيد سليمان وآخرون ، 2003) .

- مشكلة التعبير :

إن الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات في الحديث التعبيري وقد يكون حديثهم عشوائي أو يظل بعضهم بكما طوال حياتهم . والأطفال التوحديين يجدون صعوبة في بناء الجمل, وذلك إذا امتلكوا بعض الكلمات البسيطة (سهى أمين ,2002 ،35) . ويرى (فاروق صادق, 2010 ،42) أن الأطفال الأسوياء يستطيعون في سن مبكرة إستخدام نغمة الصوت لتوصيل حالتهم الانفعالية للاخرين . لكن الطفل التوحدي يجد صعوبة في إرسال مثل تلك الانفعالات أو الاستجابة لها عندما تصدر من الاخرين. إن تلك المشاعر موجودة بداخلهم , وأحيانا تصدر منهم لكنها تصدرفي الوقت غير المناسب. ويشير (عثمان لبيب فراج، 2002، 56) إلى أن كثيرا من الآباء يشكون من عدم إكتراث أو تجاوب طفلهم مع أية محاولات لإبداء العطف أو الحب له أو محاولات تدليله أو تقبله أو مداعبته بل وربما لا يظهر اهتماما بحضورهم أو غيابهم. وقد تمضي ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم

بالخروج من عزلته أو تواجد الآخرين معه. ومن النادر أن يبـدي عاطفـة نحـو الآخـرين بـل تنقصه في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية.

- مشكلة الانتباه :

الاطفال التوحديين يفشلون في الانتباه إلى الاشياء التـي ينتبـه إليهـا الاخـرون . ولكـن إذا حدث وإنتبه هؤلاء الأطفال إلى أشياء معينة يكون من خلال التوجيه من الاخرين . والإنتبـاه عنصرأساسي في الإتصال اللغوي وفشل الطفل في الانتباه إلى الاشياء المحيطة يجعله غـير قـادر على الاتصال مع من حوله .

الفصل الثالث

حقائق واختلافات حول انتشار وتعدد مظاهر اضطراب طيف التوحد

أولاً : الحقائق والاختلافات حول نسب إنتشار الاضطراب

ثانياً : الحقائق والاختلافات حول تعدد مظاهر الاضطراب

الفصل الثالث

حقائق واختلافات حول انتشار وتعدد مظاهر اضطراب طيف التوحد

أولاً : الحقائق والاختلافات حول نسب إنتشار الاضطراب

في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1997 اجريت احصائية بهدف القيام بعملية مسح شامل لأعداد ونسب المعاقين عموما ومن بينهم التوحديين تبين أن عدد الأفراد المصابين باضطراب التوحد يمثل (7%) من إجمالي عدد المعاقين عموماً في ذلك الوقت (Allen ; Schwarz, 2001,76) ، وتبعاً لدليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) فإن معدل انتشار التوحد يقدر ما بين (502) حالات في كل (10.000) فرد. كما أشار إلي أن هناك تفاوت بين الدراسات في تحديد هذه النسبة فبعض الدراسات تشير إلي أن النسبة تقدر بعدد حالتين لكل (10.000) فرد بينما ترتفع هذه النسبة في بعض الدراسات الأخرى لتصل إلي حالة واحدة لكل (750) فرد (Kazdin, 2000:45)

وعلي الرغم من عدم وجود إحصائيات رسمية من وزارة الصحة أو الإسكان في الدول العربية فإن الإحصائيات العالمية تظهر أن نسبة حدوث اضطراب التوحد يتراوح بين (155) حالة في كل (10.000) مولود. ويشير Dodd في دراسته إلي أن التوحد تنتشر بنسبة (19) حالة في كل (10.000) فرد من المجموع العام للسكان (Dodd, 2005,7).

وفيما يتعلق بمعدل انتشار التوحد في مصر والعالم العربي فلا يوجود دراسات أو أدبيات تناولت هذا الأمر سوي أن (2%) تقريباً ممن يعرفون بأنهم معاقين عقلياً أو مضطربين سلوكياً أو عاطفياً في مصر هم من فئة التوحديين ولكن تحديد هذه النسبة لم يتم وفق دراسة إحصائية مضبوطة. وهكذا نلاحظ وجود بعض التفاوت بين الدراسات في تقدير عدد الأفراد المصابين بالتوحد وهذا التفاوت يتراوح من (2: 20) حالة في كل (10.000) فرد وإن كانت معظم الدراسات تقدر حدوث التوحد بمعدل (4) حالات لكل (10.000) فرد (خليل، 2007، 45) .

قد ذكر مركز التحكم والوقاية من الأمراض (2007) أنه قد تم تقييم نسبة الذكور إلى الإناث المصابين باضطراب طيف التوحدبمعدل يتراوح ما بين 5.5: 1.4 إلى 16.8: 4.0، ونظرا لهذا التباين الملحوظ فى جنس العينة، فإن معظم الأبحاث المتعلقة باضطراب طيف التوحدركزت على الذكور . عندما تتضمن الدراسات عينه من الأناث ، فإن حجم العينة غالبا ما يكون صغير جدا للسماح بعمل مقارنات حسب جنس العينة ، طبقا للجمعية الأمريكية للأوتيزم (2008) أنه يتم تشخيص طفل أوتيزم من بين 150 طفل فى عمر المدرسة . كما توجد حالة جديدة يتم تشخيصها كل عشرين دقيقة ، طبقا لمجتمع اضطراب طيف التوحدالأمريكى، أن إضطراب طيف اضطراب طيف التوحدهو الإعاقة النمائية الأسرع إنتشارا فى الولايات المتحدة الأمريكية. وقد قدر المركز الفيدرالى للتحكم والوقاية من الأمراض أنه على المستوى الدولى حوالى واحد من كل مائة طفل يعانون من مستوى ما من اضطراب طيف التوحد، وقد أسفرت الأبحاث التى أجريت فى جميع أنحاء العالم عام1980 عن 4.5, من أصل 1.000 طفل قد تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد.فى السنوات العشره الأخيرة، أشارت البحوث المتعلقة باضطراب طيف التوحدأنه تم تشخيص 2-6 أطفال من كل 1.000 طفل يعانون من اضطراب طيف التوحدكما أشارت التقديرات الأكثر حداثه وآخرها التقديرات الصادرة عن المسح الوطنى (الدراسات الإستقصائية الدولية) لصحة الطفل تنص على أنه من كل مائة طفل يوجد طفل يعانى من إضطراب طيف اضطراب طيف التوحد.

فتشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد لا تتم بزيارة واحدة للطبيب بل تستغرق وقت للتأكد من الحالة ، فهذا التشخيص لا يطلق بسهولة على اي طفل الا بعد الملاحظة المكثفة وعمل اختبارات نفسية و ملء استبيانات و تحليلها وتعاون الاهل والمدرسة في كشف اى سمة او اعراض من اضطراب طيف التوحد مبكرا ففى الخارج اكثر الحالات محولة من قبل المدارس ، وعلاج اسباب المشاكل السلوكية عند الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ضرورى قبل البدء بأي برنامج سلوكي او اعطاء اي ادوية . والآن نستعرض الاختلافات حول نسب الانتشار المتباينه للتوحد:

- اضطراب طيف التوحد إعاقة ولادية متداخلة ومعقدة تظهر عادة خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ، ويقدر عدد الأطفال الذين يصابون باضطراب طيف التوحد والاضطرابات السلوكية المرتبطة به بحوالي 20 طفل من كل (10.000) تقريباً وذلك نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر في عمل الدماغ . ويزيد معدل انتشار اضطراب طيف التوحدبين الأطفال الذكور أربع مرات عنه بين الإناث ، كما أن الإصابة باضطراب طيف التوحدليس لها علاقة بأية خصائص ثقافية أو عرقية أو اجتماعية ، أو بدخل الأسرة أو نمط المعيشة أو المستويات التعليمية .

- اضطراب طيف التوحد مرض بدا ينتشر بصورة كبيرة مؤخرا حسب ماجاء في التقرير الذي ينشره معهد ابحاث اضطراب طيف التوحدفقد لوحظا مؤخرا زيادته بنسبة كبيرة .. اما مركز الابحاث في جامعة كامبردج اصدر تقريرا بازدياد نسبة مرض اضطراب طيف التوحدحيث اصبحت 75 حالة في كل 10.000 من عمره 5 - 11 سنة و تعتبر هذه نسبة كبيرة عما كان معروف سابقا و هو 5 حالات في كل 10.000 ، السبب الرئيسي للمرض غير معروف لكن العوامل الوارثية تعمل دور مهم بالاضافة الى العوامل الكيمائية و العضوية . ايضا من المهم ان نعرف انه ليس جميع المصابون باضطراب طيف التوحدمستوى ذكاءهم منخفض ، فحسب الاحصائيات ان ربع الحالات من الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ذكاءهم في المعدلات الطبيعية.

- يتصف اضطراب طيف التوحدبوجود تاخر فى اكتساب اللغة لدى الطفل وضعف فى العلاقات الاجتماعية مع من حوله ايضا يكون للطفل حركات متكررة او اهتمامات محددة ، وتظهر الاعراض عادة اما واضحة فى ضعف التواصل الاجتماعي واللغوى منذ السنة الاولى ، اما فى حالات اخرى فيكون الطفل قد مر بمرحلة تطور طبيعية ، ولكن حصل له تراجع ففقد المهارات اللغوية او الاجتماعية بعد بلوغه السنة والنصف او السنتينن نسبة اضطراب طيف التوحد75 حالة فى كل 10000 وهى فى الذكور اكثر من الاناث بنسبة 4 الى 1.

هناك العديد من الدراسات وجدت أن 5.3 % من إخوان الطفل التوحدي من الممكن أن يصابوا بطيف اضطراب طيف التوحدأما باتريك بولتن قام بدراسة 195آباء وأمهات أطفال توحديين و137إخوان وأخوات لأطفال توحديين وجد أن 6% من إخوان هؤلاء الأطفال التوحديين شخصوا بمرض اضطراب طيف التوحد(درابية حكيم، 1424هـ36) ، وهذه النسبة الضئيلة لاحتمال تكرار الإصابة باضطراب طيف التوحد ضمن الأخوة تم التوصل إليها نتيجة لفحص جميع الأخوة والأخوات في الأسرة ممن ولدوا قبل أو بعد الطفل لتوحدي وتشير الدراسات انه إذا كان الطفل ذكراً فاحتمال الإصابة يصل إلى 7% بينما إذا كانت أنثى فقد ترتفع إلى 14.5% فيصبح متوسط الحالتين 8.6% بالإضافة إلى أنهم وجدوا أن الأسرة التي لديها طفلان توحديان ترتفع فرصة تكرار اضطراب طيف التوحد فيها للمرة الثالثة إلى 35% وعلى الرغم من ذلك تظل نسبة الأسر التي لا تتعرض لإنجاب طفل توحدي أخر نحو 91%وقد يتبادر إلى الذهن انه يمكن القول على هذا الأساس انه لا يوجد سند قوي لوجود عوامل جينية ولكن الحقيقة ليست كذلك حيث إن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحدهي تقريباً 5-15من كل 10000مولود بين الناس عامة بينما تصلالى 6- 8 في كل 100مولود لديه أخ توحدي وبالتالي تتضاعف فرصة إصابة أخوة الأشخاص اضطراب طيف التوحديين 100مرة أو أكثر عن عامة الناس إذا هذه الزيادة الكبيرة تدل على انه لا شك في وجود عوامل جينية مسببة للإصابة باضطراب طيف التوحدوحتى تكرار ظهور اضطراب طيف التوحدلأقارب من الدرجة الثانية أو الثالثة بما في ذلك الأجداد أو العمات والخالات وأولاد العم أو الخالة تتراوح بين صفر إلى 0.4% (وفاء الشامي، 1424هـ ، 130).

ويذكر بدر (2004، 11) أن إعاقة التوحد تعد من أشد وأعقد الإعاقات التي تظهر على الأطفال قبل عمر ثلاث سنوات ،وتصل نسبة حالات التوحد التي تبقي دون تحسن إلي حوالي 70% حتي مرحلة الرشد والشيخوخة ويظلون في حاجة إلي رعاية كاملة في المنزل أو مراكز التخصص.

وسنتناول معدل انتشار التوحد من خلال :

1- معدل انتشار التوحد في المجتمعات

التوحد هو إعاقة ولادية ، وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولي من عمر الطفل. وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر علي وظائف المخ، ويقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة 1 من بين 500 شخص. وتزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة 4:1 ، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية، أو اجتماعية ، حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو المالية للعائلة أية علاقة بالإصابة بالتوحد.

و يري(**Scott, et al, 2000**) إن اختلاف نسبة الأنتشار ترجع إلي صعوبة التشخيص والي معدل انتشار التوحد 3 :5 لكل عشرة الالاف . وتذكر نادية أبو السعود (2002) أن نتائج الدراسات التي تحدد نسبة انتشار التوحد اختلفت حيث يري (**Edelson ,1994**) أن التضارب في معدلات الانتشار يرجع إلي البلد الذي تتم فيه الدراسة، وإلي اختلاف الدلالات التشخيصية و خطأ في التشخيص والاختلاف في عمر الأطفال موضوع الدراسة .

ويؤكد ريملاند و إديلسون (2006) أن معدل انتشار التوحد في تزايد مطرد، وترجع مثل هذه الزيادة في نسبة انتشاره إلي الفهم الجيد لطبيعة هذا الاضطراب، فالمعرفة الدقيقة بهذا الاضطراب جعلت بمقدورنا أن نشخصه بدقة، وهو الأمر الذي ساهم في إبراز نسبة انتشاره الحقيقية ،فبدت أعلي بكثير مما كانت عليه من قبل، وهو ما جعله ثاني أكثر أنماط الإعاقة العقلية انتشاراً، ولا يسبقه سوي التخلف العقلي.

وهذا ما أكد سليمان (1999) أنه عندما تصل نسبة الإصابة لدي الأطفال إلي 2000:1 فإنها بذلك تصبح خمسة أضعاف الإصابة بالسرطان **Cancer** و20 ضعفًا لمرض اللوكيميا **Leukemia**، وعموما فنسبة الأطفال المصابين بالتوحد في الولايات المتحدة الأمريكية طبقًا للتقارير الواردة من هناك حوالي 400.00 طفل.

ويذكر (**Kendall, 2000,P.21**) أن نسبة انتشار التوحد في اليابان تعد أعلي من مثيلاتها من أي دولة أخري من دول العالم حيث أصبحت النسبة تتراوح من 13-16 %، في

حين تبلغ النسبة في المملكة المتحدة 0.01 %، أما الصين فتعد أقل دول العالم انتشارًا لهذا الاضطراب إذ تبلغ النسبة بها 0.004 %.

ويتفق ذلك الي حد كبير مع أحدث الدراسات في أمريكا حيث أن نسبة انتشار التوحد هي1 لكل 166 طفل، ولذلك تشير دراسة (**Scheuermann & Webber, 2002**) أن أكثر من مليون ونصف شخص يعانون من التوحد في الولايات المتحدة .

وفي المملكة العربية السعودية يقدر(الفهد ، 2000) نسبة شيوع التوحد بين الأطفال من 4: 5حالات لكل عشرة الالاف مولود وبناءً علي النسبة العالمية فهناك 3000 حالة اضطراب ذاتوي بالمملكة العربية السعودية ولا تزيد في معظم الأحوال عن 42500 حالة .

أما عن نسبة الانتشار التوحد في مصر فإن هذه الاعاقة يعاني منها ما بين (100 -200) ألف طفل .حيث تشير (أمين ،1999: 33) في المؤتمر العربي السادس للطب النفسي 1994 إلي أن 2% تقريباً من السكان الذين يصنفوا كمعاقين عقلياً أو لديهم اضطرابات سلوكية أو انفعالية يكونوا مصابين بالتوحد أو الحالة الشبيهة بالتوحد **Autistic Like** ،وفي اول دراسة ميدانية رسمية لوزارة الصحة بجمهورية مصر العربية ذكرت أن نسبة انتشار هذا المرض 1 لكل 870 طفلا .

2- معدل انتشار التوحد بين الجنسين

فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين وفي عام 1943م قام كانر **Kanner** بإجراء دراسة علي مجموعة صغيرة من الأطفال التوحديين ووجد أن عدد الأولاد المصابين بالتوحد يصل إلي أربعة أضعاف عدد البنات المصابات.

ويشير سيجمان وآخرون.(**Sigman, et al,. 1993**) أن نسبة انتشارالتوحد بين الذكور أربعة أضعاف إنتشاره بين الإناث . وأشارت الدراسات في الولايات المتحدة الي أن هناك معدل انتشار كبير لإصابة الأولاد الذكور الذين هم أوائل المواليد لابائهم . (**The National Autism Society** 1999) (**Roeyers, 1995**)علي أن التوحد تصيب حوالي خمسة أطفال في كل 10.000 ولادة حية وبنسبة أكبر بين الذكور عن الإناث كنسبة

1:4ويذكر (عبد الرحمن وآخرون، 2005 :23) أنه يشيع في الذكور الذين يولدون أولاً كما يلاحظ أن الإناث المصابات بالتوحد تكن أكثر تأثراً بأعراض التوحد من الذكور .

وتشير دراسة (أمين ،1999: 18) علي أن الدراسات في أمريكا أشارت علي أن هناك معدل انتشار كبير لإصابة الأولاد الذكور ؛ الذين هم أولاد مواليد لآبائهم التوحديين وأيضاً لا يعرف سبب ذلك حتي الآن.

3- معدل انتشار التوحد في الطبقات الاجتماعية والاقتصادية :

يري خطاب (،2004) عن الأحد عشر طفلاً الذين وصفهم كانر بأنهم يعانون من الاضطراب التوحدي ينتمون إلي عائلات متعلمة وذكية حققت إنجازات هامة، وقد وردت أسماء أفراد من ثمان عائلات في قوائم المشهورين والعلماء ولا زالت دراسات أخري تقرر ارتفاع نسبة تمثيل الطبقات الأعلي بين الأطفال التوحديين رغم أن بعض التقارير الحديثة لم تستطع إثبات ذلك. وأن التوحد اكثر احتمالية لأبناء الطبقات المنخفضة ويفسر(مليكه ،1998: 261) ذلك إلي تزايد الوعي بتلك الزملة وزيادة توفر العاملين في مجال الصحة العقلية بين هذه الطبقات ولذلك فإن الاحتمال الكبير بأن تكون زيادة النسبة بين الطبقات الأعلي هي نتيجة مصطنعة لمصادر الحالة وللتعرف علي المرضي.

ولكن الدرسات الحديثة أظهرت عدم وجود انحراف حسب الطبقة الاجتماعية فاضطراب التوحد يوجد في جميع المستويات الاجتماعية والاقتصادية وجميع الجنسيات بدون تفرقة .

4- معدل انتشارالتوحد في الأسرة الواحدة :

اتفق كل من هاريس(**Harris,1996**) و أمين (1999: 33) أن نسبة انتشار التوحد في الأسرة الواحدة ترتفع إلي حوالي 2 : 9% من أقارب الأطفال التوحديين المصابين بالتوحد أيضاً بزيادة تتراوح من 1 : 2% أكثر من ظهوره في مجموع العام للسكان وهذا يؤيد دور العوامل الجينية في حدوث الاضطراب ، وكذلك ترتفع نسبة ظهور الاضطرابات الاجتماعية والصعوبات المعرفية واللغوية لدي أقارب الأطفال المصابين بالتوحد ، وأيضاً تقدر نسبة انتشار التوحد بالنسبة للتوائم المتطابقة أعلي بالمقارنة بالتوائم غير المتطابقة .

ثانياً : الحقائق والاختلافات حول تعدد مظاهر الاضطراب

إن طفل اضطراب طيف التوحد يصعب إدارته بسبب سلوكياته ذات التحديث، وبالرغم من هذا فإن السلوكيات الصعبه التى يبديها طفل اضطراب طيف التوحدهى عقبه ثانويه ، وتحدث تلك السلوكيات بسبب أن الطفل يحاول إيصال رسالة ما إلى الآخرين فيستخدم هذه السلوكيات الشاذه ليصل إلى احتياجاته أو بما يحسه وما يطلبه من تغير فيما حوله أو كطريقة المسايرة والتعامل مع الإحباط ، والسلوكيات التى لوحظت أنها شائعة بين الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد ومنها: تأخر أو غياب الكلام ، أفعال وحركات نمطية مقيدة ومتكرره ، قليل من التواصل البصرى إلى إنعدام التواصل البصرى، وساوس ، تعلق غير ملائم بالأشياء ، البغبغائية ، ضحك غير ملائم وعفوى ، الإفتقار إلى مهارات اللعب ، رفرفرفة اليد أو الزراع، السير على أصابع القدمين ، عدم الإستجابه للإشارات اللفظية ، الجمود التام والذى غالبا ما يشتمل على مقاومة التغيير فى الروتين وسلوكيات أخرى عديدة فريدة من نوعها تميز الأفراد ذوى اضطراب طيف التوحد.

كما تمثل السلوكيات المقيدة والتكرارية المظهر الثالث من تلك المظاهر المميزة لاضطراب طيف التوحدأحد أوجه القصور البارزة التى يمكن ملاحظتها بسهوله لأى شخص يتعامل مع الطفل ، كأن يستمر مثلا فى إضاءة الأنوار وإطفائها ، أو يمشى فى أرجاء الحجرة يتحسس الحوائط . كأن يقوم بتكرار اللعب بشئ واحد أو مع شخص أخر . وقد تتضمن الحركات الجسمية العامة مثل تشبيك الأيدى أو ثنيها ، ضرب الرأس فى الحائط ، قد يبدى سلوكيات عدوانية أو عنيفة أو يجرح أو يؤذى نفسة ، نوبات بكاء أو غضب مستمرة دون أن يكون هناك أى سبب واضح ومحدد لذلك ، كما أن هذه السلوكيات الشاذة التى يظهرها طفل اضطراب طيف التوحد يطلق عليها سلوكيات الإستثارة الذاتية

فطفل اضطراب طيف التوحد من الممكن أن يـقضى سـاعات طويلـة فى فـتح وغلـق مفـاتيح الإضائة أو الحملقة فى فى مصدر الإضاءة أو يقوم بهز جسمة أو رفرفة الذراعيين.

والأطفال الذين يعـانون مـن اضـطراب طيـف التوحـد تظهـر علـيهم أعـراض الإنسـحاب الإجتماعى والإنطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات سوية مع الآخرين بلإضـافه إلى إضطراب اللغة الذى تبدوا مظاهرة فى تأخر إكتساب اللغة والفشل فى تطويرها كما أنهـم يعانون من ضعف الإنتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية فضلا عن وجود نشـاط حركى مفرط يتسم بالنمطية ، ويتسم المصابين بالتوحد بالعديـد مـن الخصـائص التـي يمكـن الرجوع إليها عند التشخيص منها الخصـائص الجسـمية والحركيـة ومنهـا الخصـائص العقليـة المعرفية ومنها الخصائص السلوكية والنفسية، ويتعين التأكيد عـلي أن هـذه الخصـائص لـيس من الضروري أن تجتمع في كل حالة من حالات التوحد بل قد يظهر بعضـها في حالـة معينـة وقد يظهر البعض الأخر في حالة أخرى كما تختلف هذه الخصائص من حيث بداية ظهورهـا وشـدتها واسـتمراريتها بحيـث لا توجـد حالـة مصـابة بالتوحـد مثـل الأخـرى ولـذلك يشـبه اضطراب التوحد ببصمة الأصابع وذلك لعدم التشابه بين حالة وأخرى، وفيما يلي عرض لهذه الخصائص :

1) الخصائص الجسمية والحركية:

إن الأطفال التوحديين في مراحل حياتهم المبكرة يعانون من صعوبات في الجهـاز التـنفسي ونوبات حمي وإمساك وحركات غير منضبطة في الجهاز الهضمي وتكون اسـتجابتهم للمـرض مختلفة عن الأطفال العاديين وقد لا يشكون من الألم بصورة لفظية أو إيمائيـة وقـد لا يظهـر عليهم الشعور بالتعاسة الذي يحس به الطفل العادي ومن الغريـب أن سـلوكهم وارتبـاطهم بـالآخرين قـد يتحسـن بدرجـة ملحوظـة في حالـة مرضـهم(مليكـة، 1998، 270) ، ويتشـابه الأطفال الذاتويون مع الأطفال العاديين في خصائص المظهر العام بـل أنهـم ربمـا يكونـوا أكـثر جاذبيـة (Aarons & Gittens, 1999, 33) كـما أن الطفـل التوحـدي يختلـف عـن الطفـل العادي من حيث خصائص الجلد وبصمات الأصابع مـما يشـير إلي خلـل أو اضـطراب في نمـو طبقة الجلد المغطية للجسم (فراج، 2002، 53).

أما بالنسبة للخصائص الحركية فيختلف النسق الحركي لدي الأطفال التوحديين من طفل لآخر, وبعض الأطفال التوحديين يفتقدون إلي الرشاقة ويبدون كأنهم يعانون من بعض الصعوبة في التوازن عند السير وقد تتسم حركاتهم بالتصلب وعدم الرشاقة (خليل، 2007، 49).

وعلي الرغم من أن العديد من الأطفال التوحديين يعانون من النشاط الزائد الذي يتمثل في بعض الأنشطة التكرارية مثل القفز لأعلي ولأسفل وهز الأشياء وتدويرها إلا أن بعضهم يعاني من نقص النشاط الحركي (Aarons& Gittens, 1999, 34) وعن دراسة هونج وهوجيز (2000) التى عنوانها مدي فاعلية برنامج تدريبي لتنمية التفاعل الاجتماعي من خلال التواصل بالعين، الانتباه المشترك، التقليد الحركي، للاطفال التوحديين.

وتم تطبيق البرنامج من خلال الأنشطة المختلفة في الفصل وذلك علي عينة قوامها ثلاثة أطفال مصابين بالتوحد في سن ما قبل المدرسة (لا يتكلمون)، وقد تم قياس صدق محتوى البرنامج، وتوصلت الدراسة إلي زيادة السلوكيات التي ترتكز علي التواصل بالعين والتقليد الحركي وتعميمها بشكل ملحوظ، ويدل ذلك علي وجود تغيرات إيجابية ملحوظة في سلوكيات الأطفال الاجتماعية (Hwong, Hughes, 2000, 31) . وفي المقابل يميل بعضهم للمشي علي أصابعهم مع قوام منثني وحركة سريعة فيبدون في غاية الرشاقة ويصاحب ذلك رفرفة الذراعين والقفز (عبد العزيز، 159،2001).

وأكدت نادية أبو السعود (2008، 56) أن الشهر الأول من حياة الطفل يعتبر محكا لمدى قدرته على النضال من أجل البقاء حيث يولد ولديه بعض الخصائص الذاتية من حيث ما يستطيع أن يقوم به من استجابات وما يمكن أن يصل إليه من النمو الجسمي وكذلك من حيث قابليته للتعلم واكتساب الخبرات، وأوضح محمد خطاب (2005، 29 – 30) أن فرط الحركة يعد من المشاكل الشائعة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد الصغار وتلاحظ العدوانية ونوبات الغضب وغالبا ما تكون بدون أي سبب ظاهر أو فوري ، وفى أوقات أخرى يبدو الأطفال ذوي اضطراب التوحد في موقف استثارة ذاتية لأنفسهم فهم مثلا يحاولون وضع أيديهم حول أو أمام أعينهم ويدورون حول أنفسهم لفترات طويلة دون

أن يبدو عليهم شعور بالدوار بل أن الفئات شديدة الإعاقة منهم قد يصل الأمر إلى إيذاء أنفسهم وذلك يمثل الاستثارة الذاتية لديهم (عبد الرحمن سليمان، 2001، 14) .

ويقل ثبات الأطفال التوحديين في استخدام يد واحدة حيث أنهم يترددون أو يتبادلون استعمال اليد اليمني مع اليسري مما يدل علي اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر.

مما سبق نستخلص أن الخصائص الجسمية والحركية للأطفال التوحديين تتسم بما يلي:

1- مظهر جسدي عام لا يختلف عن الطفل غير الذاتوي بل ربما يكون أكثر جاذبية.
2- وجود بعض المشكلات الصحية والاستجابة لها بطريقة مختلفة عن الأطفال غير التوحديين.
3- اختلاف في خصائص الجلد وبصمات الأصابع عن الأطفال غير التوحديين.
4- اختلاف النسق الحركي لدي الأطفال التوحديين من طفل لآخر.
5- يتسم بعضهم بالرشاقة والمرونة الحركية في مقابل التصلب وعدم الرشاقة لدي البعض.
6- يتسم الغالبية منهم بالنشاط الحركي المفرط والبعض بنقص النشاط الحركي.
7- يتسم بعضهم باضطراب في استخدام اليد المفضلة بسبب اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر (فراج، 53،2002).

2) الخصائص المعرفية :

الاستناد إلى مقاييس الذكاء فى تحديد ذكاء ألأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد هو بمثابة وضع هذه الفئة من الأطفال فى قالب متفق عليه مسبقا بعنوان التخلف العقلى ، قالب لا يحمل قدر كافى من المصداقية للحكم على فئة من الأطفال لها عالمها الإدراكى الخاص بها. فمعظم الأطفال التوحديين يعانون من تدن فى مستوى الأداء العقلى بوجه عام، أو تدن شديد ؛ وذلك إستنادا إلى اختبارات الذكاء المقننه التى طبقت عليهم ، وأن الأطفال التوحديين لديهم قصور فى إستخدام المعلومات التى استمدت بواسطة التغير فى

اتجاه تحديق العين من قبل شخص آخر إتجاه نفس الهدف فى المحيط وأن التأخر والقصور فى الانتباه المترابط واللعب الرمزى إثنين من أهم المشكلات النمائية لدى صغار ألأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، ولقد تبين أن أسهل هدف تواصلى ينشأ لدى الأطفال التوحديين هو التواصل بهدف تنظيم السلوك. وأن الأكثر صعوبة لديهم هو التواصل بهدف مشاركة الإنتباة ، ويعتبر هذا الضعف فى الإنتباة بالمشاركة من المشكلات الهامة لديهم ، كما يعانى غالبية الأطفال التوحديين من قصور فى الإستجابة للمثير الحسى بكل أشكاله السمعى والبصرى واللمسى والتذوقى والشمى والإحساس بالألم ، وترجع بعض الدراسات أسباب اضطراب طيف التوحدللخلل الحادث فى الإدراك وعدم القدرة على تنظيم الإستقبال الحسى مما يحول قدرة الوليد على تكوين أفكار مترابطة وذات معنى عن البيئة من حولة ، وتحد من قدرته على التعلم وعلى التكييف مع البيئة وينعزل وينغلق على ذاته ، فعلى المستوى العقلى والمعرفى يعانى الأطفال التوحديين قصورا فى اكتساب مفاهيم نظرية العقل، والتى تمثل القدرة على إستنتاج ما يفكر فيه الآخرون وما يشعرون به بناء على سلوكهم الظاهر . وبذلك فإن هؤلاء الأطفال لا يستطيعون تقدير مقاصد الآخرين واعتقاداتهم وحاجتهم ورغباتهم. وهذه القدره أساسية للتواصل والتفاعل الإجتماعى الإيجابى.

ويشير سليمان(2000 ، 125) إلي أن الأطفال التوحديين يعانون من اضطرابات في النمو العقلي وتظهر بعض الحالات تفوقاً ملحوظاً مع ظهور تفوق في مجالات معينة ويبدو علي بعض الأطفال أحياناً مهارات ميكانيكية عالية، حيث يتوصلون تلقائياً إلي معرفة طرق تشغيل الإنارة، كما قد يجيدون عمليات حل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة ومهارة فائقين وقد يبدي بعض الأطفال تفوقا ومهارة موسيقية في العزف وفي استخدام الأدوات الموسيقية، فرغم وجود بعض من المهارات الاستثنائية لدي الأطفال التوحديين حيث تكون فوق العادية في بعض الأحيان وفوق العادي في أحيان أخرى، إلا أن لديهم عيوب إدراكية عامة ولديهم قصور في إدراك التعبيرات الخاصة بالوجه ولكن لا يمكن القول بأن لديهم جمود إدراكي.

وفيما يلي عرض لبعض الخصائص المعرفية لدي التوحديين:

- **الذكاء** : تشير دراسة تركي (2004، 135) إلي أن حوالي 40% من أطفال التوحد لديهم معامل ذكاء يقل عن (55) درجة وحوالي 30% يتراوح معامل ذكائهم ما بين (55-70) ويلاحظ أن حدوث التوحد يتزايد مع نقص الذكاء فحوالي 20% من الأطفال التوحديين لديهم ذكاء غير لفظي، ودراسة سجلات معدلات الذكاء عند الأطفال التوحديين بعكس مشكلاتهم مع التسلسل اللغوي ومهارات التفكير المجرد مشيرة إلي أهمية الصور عن الوظائف المرتبطة باللغة. ووجد أن بعض الأطفال التوحديين لديهم قدرات معرفية مبكرة أو بصرية حركية فائقة إلي درجة غير عادية، فالذاكرة غير العادية للحس الموسيقي أو القدرة الحسابية الفائقة وأحياناً تكون الطلاقة اللغوية الفائقة في القراءة علي الرغم من أنهم لا يفهمون ما يقرءون. إن بعض الأطفال التوحديين يعانون من ضعف في الإدراك، والانتباه، والوظائف العصبية (سليمان، 145،2004). إن الأطفال التوحديين لديهم قصور في مدي الانتباه وانعدام القدرة الكاملة للتركيز علي مهمة ما. الصفحة المعرفية والأداء علي مقاييس الذكاء: علي الرغم من وجود نسبة كبيرة من الأفراد التوحديين تقع نسب ذكاؤهم في نطاق الإعاقة العقلية إلا أن هناك نمط معرفي خاص بهؤلاء الأفراد يختلف عن النمط المعرفى الخاص بالمعاقين عقلياً. ويشتمل البروفيل المعرفي للأفراد التوحديين علي نقاط ضعف ونقاط قوة وذلك كما يلي:

1. نقاط الضعف: تتمثل في وجود صعوبات خاصة بعمليات الترميز والقدرة علي التجريد ومعالجة المفاهيم وعمليات الاستنتاج واستدعاء المعني والمهام التي ترتبط بالمضامين الاجتماعية والانفعالية (Prior& ozonoff, 1998,72) . وكذلك صعوبات معرفية تشمل اللغة والتقليد والاستدلال بالمفاهيم وصعوبات خاصة بمهارات الوظيفة التنفيذية المتمثلة في عمليات الاستنتاج والتنظيم والتخطيط والمرونة (خليل، 2007، 52) ، وعن أثر إستخدام أطفال التوحد لأنشطة وأشياء محددة والإصرار عليها في عملية التعلم طبق بروكنر ويودر(2007) برنامج علي عينة من (27) طفلاً تم تقييمهم

بأن لديهم محدودية في استخدام الأنشطة والأشياء وهدفت الدراسة الى التعرف على السلوك النمطي والانتباه والتقليد وقد وجدت الدراسة أن الأطفال الذين لديهم الخاصية بشكل قليل هم أكثر قدرة علي الاستجابة وأكثر قدرة علي تطوير الانتباه المشترك والتقليد الحركي وبين الانتباه نحو الأشياء والأشخاص (Bruckner & Youder, 2007, 161) .

2. نقاط القوة : عندما نتحدث عن نقاط القوة فاننا نتحدث عن بعض حالات التوحد البسيطة والتي تتمثل في القدرة علي النجاح في المهام التي تعتمد علي التفكير العياني والتناول المباشر مثل المهام المطلوبة عند تصميم المكعبات أو حل الألغاز أو تناول الأشياء، وكذلك يكون أداؤهم جيد عند القيام بالمهام التي تتطلب مهارات بصرية مكانية والمهام التي تتضمن المعالجة اليدوية للأشياء العيانية والذاكرة الروتينية, أما بالنسبة لأداء الأفراد التوحديين علي مقاييس الذكاء فيلاحظ أن أدائهم علي الاختبارات التي تقيس القدرات الحس حركية يكون أفضل من أدائهم علي الاختبارات التي ترتبط بقدرات الفهم الاجتماعي والارتقاء اللغوي.. لذلك نجد أن أدائهم علي الاختبارات العملية يكون أفضل من أدائهم علي الاختبارات اللفظية. وذلك لدى حالات التوحد البسيطة (خليل، 2007، 53).

- **الانتباه:** يعد ضعف الانتباه أو نقص مهارات الانتباه ذات أهمية خاصة في تشخيص التوحديين، فإذا كان بعض الأطفال العاديين لديهم ضعف في مهارات الانتباه فإن الأمر يختلف بالنسبة لكل من الأطفال التوحديين والمتاخرين عقليا، حيث أن ضعف الانتباه عند التوحديين يكمن في العجز أو القصور في الانتباه المترابط حيث أكد داوسون علي أن النقص في الانتباه المترابط يميز حوالي80% من الأطفال التوحديين عن الأطفال ذوي الإعاقات النمائية الأخرى (الخولي، 2010، 45).

وذلك ما جاءت به دراسة سالت وشملت ومكول وبويد (2001) والتي هدفت إلى تقييم برنامج للتدخل المبكر لصغار الأطفال المصابين بالتوحد عن طريق المقارنة بين أساليب العلاج، وذلك علي عينة قوامها أربعة عشرة طفل ذاتوي تعرضوا للعلاج، وستة

أطفال آخرين لم يتعرضوا للعلاج، وقد أشارت النتائج إلي تحسن دال في عينة العلاج أكثر من العينة الضابطة وذلك في الانتباه المشترك، التفاعل الاجتماعي، التقليد (المحاكاة) , مهارات الحياة اليومية والمهارات الحركية (Salt, et al, 2001, 73) . وتوجد مجموعة من الصعوبات في الإنتباه كالاتي:

أ- الانتباه الموجه :

حيث يواجه بعض الأطفال التوحديين صعوبة في توجيه إنتباههم نحو مصدر المثير فمثلاً عندما يكون هناك صوت أو رائحة ما فإن بعض الأطفال التوحديين لا يمكنهم توجيه انتباهم لتحديد مصدر الصوت أو تلك الرائحة.

ب- الانتباه الانتقائي :

يظهر في صعوبة الإنتباه لشئ ما في صورته الكلية بتفاصيله الأساسية وإنما نجدهم يركزون انتباههم علي تفصيل جزئي من هذا الشئ.

جـ- الانتباه التحويلي :

يظهر في صعوبة تحويل التوحديين إنتباههم من موضوع إلي آخر فمثلاً قد ينتبه طفل ذاتوي إلي شرح معلمته وهي تتحدث ولكن عندما تنتقل المعلمه لكتابة شئ علي السبورة فإن هذا الطفل يجد صعوبة بالغة في تحويل انتباهه من المثير السمعي إلي المثير البصري (Dodd, 2005 , 51)

د- الانتباه الممتد :

يعاني بعض الأطفال التوحديين من صعوبة الإبقاء علي إنتباهم لمثير ما فترة كافية لفهم هذا المثير إلا إذا كان هذا المثير يدخل في نطاق اهتمامهم فمن الممكن في هذه الحالة أن تمتد الفترة الخاصة بالانتباه لهذا المثير لفترة طويلة قد تصل في بعض الأحيان إلي عدة ساعات.

هـ- الانتباه التكاملي:

لا يستطيع غالبية الأطفال التوحديين معالجة وتكامل المعلومات من خلال الإنتباه لمصادر مختلفة في وقت واحد حيث لا يمكن للطفل الذاتوي أن يقوم بمعالجة معلومة ما

وتكاملها من خلال الإنتباه لمثيرين أو لمصدرين عن هذه المعلومة مثل السمع والبصر في نفس الوقت (Dodd, 2005, 51) .

- **التفكير:** أغلب الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات خاصة بعملية التفكير، حيث يذكر جليبرج وكولمان أن الأطفال التوحديين يعتمدوا علي التفكير العياني وأن أدائهم علي المهام التي تتطلب هذا النوع من التفكير يكون أفضل من أداء الأطفال المتاخرين عقلياً ولكنهم يواجهون صعوبات بالغة عند أداء المهام التي تتطلب التفكير المجرد.
- **الذاكرة :** هناك قصور لدي معظم الأطفال التوحديين فيما يختص بتذكر الأحداث القريبة وخاصة عندما تعتمد طريقة قياس الذاكرة علي نوعية السؤال المفتوح. (Gillberg, Coleman, 2000,22)

واكد ذلك دراسة عبد الحليم (2004) لقياس مهارات التذكر عند الأطفال التوحديين مقارنة بالمتاخرين عقلياً والعاديين وتوصل إلي وجود فروق دالة بين المجموعات الثلاث فيما يختص بالذاكرة البصرية والسمعية قريبة المدي لصالح العاديين في حين لم تكن هناك فروق دالة بينهما في الذاكرة السمعية والبصرية بعيدة المدي، وعند مقارنة مجموعة التوحديين والمعاقيين عقلياً لم تظهر فروق دالة بينهما إلا في الذاكرة السمعية قريبة المدى لصالح المتاخرين عقلياً(عبد الحليم،2004، 180).

وفي مقابل ذلك يري لوفاز(1994) أن الطفل الذاتوي يتمتع بذاكرة قوية حيث يمكنه ترديد أصوات الآخرين المحيطين به، وكذلك ترديد الإعلانات التي سبق أن سمعها في التلفاز كما أن لديه ذاكرة بصرية جيدة حيث يمكنه تذكر التفاصيل الخاصة بالمثيرات المصورة كما أن لديه قدرة علي تذكر بعض التفاصيل المرتبطة بالبيئة التي يعيش فيها علي الرغم من مرور عدة شهور علي حدوثها (Lovass, 1994, 124) .

- **المهارات الخاصة :** يظهر من بعض التوحديين مهارات خاصة في مجال القدرة البصرية المكانية والقدرات الحركية كما أشار كارسون لقدرتهم في مجال القدرة البصرية والقدرات الحركية مثل القدرة علي حل الألغاز أو تصميم المكعبات أو المعالجة اليدوية للأشياء وكذلك منهم من يمتلك ذاكرة خارقة فيستطيع أن يحدد

بدقة أي يوم من أيام الأسبوع كان يوافق أي تاريخ تذكرة له من السنوات الماضية (Carson, , 2000,267).

قدم فراج (2002) في مقال له بعنوان "توحديون ولكن موهوبين" عرض لحالتين من حالات التوحد التي تجمع بين الاضطراب الذاتوي من جهة والخصائص والمواهب العقلية الفذة من جهة أخرى، الحالة الأولي هي تمبل جراندين Temple Grandin الحاصلة علي درجة الدكتوراه في تنمية الثروة الحيوانية وتشغل وظيفة أستاذ في جامعة كولورادو، والحالة الثانية هي دونا ويليامز Doma Williams الحاصلة علي درجة الدكتوراه في علم النفس (فراج، 2002، 65).

وعلي الرغم من وجود قصور معرفي لدى معظم التوحديين إلا أن هناك حوالي 10% منهم يمتلكون بعض القدرات أو المهارات الخاصة ويطلق علي تلك الحالات التوحدي النابغة Autistic savant فمنهم من يمتلك ذاكرة روتينية تمكنه من ترديد أغنية ربما لم يسمعها سوى مرة واحدة ومنهم من يتمتع بقدرات حسابية هائلة فيستطيع القيام بالعمليات الحسابية المعقدة بسرعة فائقة ومنهم من يمتلك قدرات فنية رائعة فيستطيع أن يرسم منظر واقعي بصورة تفصيلية دقيقة ومنهم من يمكنه القراءة بسهولة ويسر في مراحل مبكرة من العمر (عبد الله, خليفة, 2002, 43).

ومما سبق يستخلص دود (2005) أن الخصائص العقلية المعرفية للأطفال التوحديين تتسم بما يلي:

1- يمتلك حوالي 10% من الأطفال التوحديين مهارات خاصة في مجالات مختلفة منها الذاكرة الروتينية- القدرة الحسابية- القدرة الموسيقية- القدرة الفنية.
2- غالبية الأطفال التوحديين لديهم إعاقة عقلية وتتراوح هذه النسبة من 70%- 80%.
3- تتمثل نقاط القوة في البروفيل المعرفي للذاتويين في أداء المهام المرتبطة بالتفكير العياني والمهارات البصرية المكانية والمعالجة اليدوية.
4- تتمثل نقاط الضعف في البروفيل المعرفي للذاتويين في وجود صعوبات تتعلق بعمليات التفكير المجرد والمهام التي ترتبط بالفهم الاجتماعي وارتقاء اللغة.

5- يعاني معظم الأطفال التوحديين من مشكلات ترتبط بعمليات الانتباه بشتي صوره المختلفة.

6- يعاني معظم الأطفال التوحديين من مشكلات خاصة بعمليات التفكير وخاصة التفكير المجرد ومعالجة المفاهيم والاستنتاج.

7- يمتلك بعض التوحديين ذاكرة جيدة بينما يعاني البعض الآخر من قصور في الذاكرة خاصة الذاكرة قصيرة المدي (Dodd, 2005, 51).

3) الخصائص الإجتماعيه والإنفعاليه:

1- التفاعل الاجتماعي:

يعتبر قصور التفاعل الاجتماعي من أكثر الأعراض دلالة علي وجود اضطراب التوحد، حيث أن الطفل الذاتوي يبتعد عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيره، ولا يرغب في صحبة الآخرين، أو تلقي الحب والعطف منهم، كما أنه لا يستجيب لانفعالات الوالدين، أو مبادلتهم نفس المشاعر، ولا يستجيب لما يصل إليه من مثيرات من المحيطين به في بيئته، ويظل الطفل معظم وقته ساكنا لا يطلب من أحد الاهتمام به، وإذا ما ابتسم فإنما يكون لأشياء دون الناس، كما أن الطفل التوحدي يعاني من الوحدة الشديدة، وعدم الاستجابة للآخرين نتيجة عدم القدرة علي فهم واستخدام اللغة بشكل سليم، وقصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين، وعدم الاندماج مع المحيطين به، وعدم إستجابته لهم، وميله الدائم للإنطواء بعيداً عنهم، ومقاومته لمحاولات التقرب منه أو معانقته (خطاب،2005،15).

وغالباً ما يُوصف الأطفال التوحديين بأنهم يعيشون في عالمهم الخاص حيث أن مهاراتهم الاجتماعية تكون محدودة ويتسم تفاعلهم الاجتماعي بالآلية والجمود ونادراً ما يظهرون اهتماماً بمن ولهم (Dodd. 2005,41).

وكما يتعامل معظم الأطفال التوحديين مع الآخرين بوصفهم وسائل أو أدوات تمكنهم من الوصول إلي أهدافهم واحتياجاتهم، فنجد الطفل التوحدي علي سبيل المثال يمسك بيد أحد الأشخاص المحيطين به ويوجهه نحو الشئ الذي يريده كأن يفتح له دولاب

الألعاب أو بصلح له لعبته المكسورة أو يسكب له بعض الشراب. كما أن القصور في السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد يمكن تحديده بثلاثة مجالات هي: التجنب الاجتماعي, اللامبالاة الاجتماعية والإرباك الاجتماعي (الحلبي،2005، 55).

ويؤكد ذلك دراسة جيلسون Gillson(2000,55) التي هدفت إلي الكشف عن الفروق بين الأطفال التوحديين، والأطفال المتأخرين عقلياً في المواقف، والتفاعلات الاجتماعية، والسلوك الانسحابي على 25 طفل ذاتوي و متاخر عقليا من خلال برنامج تدريبي علي تنمية بعض المهارات الاجتماعية، حيث أوضحت نتائجها أن الأطفال التوحديين هم الأقل في تفاعلاتهم الاجتماعية، والأكثر انسحاباً من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، وذلك قياساً بأقرانهم المتأخرين عقلياً.

كما أن بعض الأطفال التوحديين قد يقتربون من الأشخاص المألوفين لديهم، ويحبون الألعاب التي تتطلب اتصالاً بدنياً، بل أن بعضهم قد يجلس في حجر شخص مألوف لديه ويستمع بمعانقته، واحتضانه له، وهناك بعض الأطفال قد يعانون قلقا حاداً إذا غاب عن حياتهم شخصاً مألوفاً لديهم (قنديل، 2000، 47). ومع تقدم الطفل التوحدي في العمر تقل تدريجياً حدة الصعوبات الخاصة بالعلاقات الاجتماعية وخاصة إذا ما وجد رعاية خاصة من المحيطين به كما تقل المقاومة التي كان يبديها أثناء لمسه أو احتضانه كما يقل لديه سلوك التحديق (Gillber ; Coleman, 2000, 13) .

وفي دراسة هال بعنوان "فاعلية برنامج تدريبي لتحسين الكفاءة الاجتماعية للأطفال المصابين بمتلازمة سبرجر والأطفال المصابين بالأوتيزم ممن تتراوح أعمارهم بين 9-16 سنة، تم تصميم برنامج نكسيوس Nexus لمخاطبة حاجات الفرد من خلال الجماعة،على عينة قوامها 60 طفل, وتم التدريب علي ثلاث مهارات اجتماعية لكل طفل، وإصدار تعليمات مباشرة، ومساعدة الأطفال من خلال استخدام أساليب لعب الدور:

أ. توقعات أفضل لفهم المهارة.

ب. زيادة الاستجابة الاجتماعية الإيجابية وخفض الأخطاء الاجتماعية.

ج. نمو علاقات الصداقة من خلال الجماعة.

وتعليم توجيه الذات من خلال سلوكياتهم الاجتماعية، ومن ثم زيادة الاستقلالية بالإضافة إلي ما سبق تضمن البرنامج أنشطة جماعية مسلية مثل: الألعاب الجماعية، طرق بسيطة لإعداد الطعام، الدراما، أنشطة حياتية، وأظهرت النتائج فاعلية البرنامج في زيادة مستوى الكفاءة الاجتماعية (Hall, 2007, 80).

2- **التواصل:**

من أهم مقومات التواصل تكون اللغة وهذا يفتقده الكثير من الأطفال التوحديين حيث تعتبر نقص القدرة علي الكلام من الخصائص المميزة لحالات التوحد (Carson, 2000, 166).

وفي كثير من حالات التوحد يبدأ ظهور اضطراب النمو اللغوي مبكراً في حياة الطفل وربما في الأشهر الثلاثة الأولي حيث يلاحظ الهدوء غير الطبيعي وغياب المناغاة المعتادة عند الطفل السليم وفي قلة أو توقف الأصوات التي يصدرها وفي مناسبتها للموقف ومعانيها بالنسبة إلي ما يريده أو يطلبه من أمه(فراج، 2002، 56) . إن مشكلات اللغة لدي حالات التوحد تتمثل في التأخر في الكلام، وفي نقص النمو اللغوي دون أن تكون هناك إشارات تعويضية، وأيضاً استخدام الكلمات بشكل مفرط للحساسية والترديد لما يقوله الآخرون، والفشل في بدء المحادثة أو تدعيمها بشكل طبيعي الصعوبات الخاصة بالألفاظ والتصورات، الاتصال غير اللفظي غير الطبيعي من حيث (الإشارات أو التعبيرات الوجهية) (عمارة، 2005 ،31) . كما أن هناك مشكلات تظهر لدي الأطفال التوحديين خاصة باللغة الإستقبالية واللغة التعبيرية وتؤثر علي التواصل لديهم يشكل عام (الحلبي،2005: 33).

ولتحقيق ذلك في دراسة الغامدي (2003، 63) بعنوان (العلاج السلوكي لمظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدي أطفال التوحد) طبق البرنامج علي عشرة أطفال، ممن تراوحت أعمارهم (4- 9) سنوات، وقسمت العينة مناصفة بين تجريبية 5 اطفال وضابطة 5 اطفال . وقد تم المكافئة بينهما في درجة كل من العجز في التواصل اللغوي والعجز في التفاعل الاجتماعي، وهدف البرنامج إلى تحسين التواصل

اللغوي والاجتماعي وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مظاهر التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي في اتجاه المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي مجموعة من المظاهر الخاصة باضطراب اللغة والتواصل لدي الأطفال التوحديين:

1- غياب كلي أو قدرة محدودة علي الكلام مع نقص القدرة علي التواصل بالإيماءات.
2- قد يستطيع بعضهم استخدام الكلام ولكن بصورة غير مناسبة.
3- قد يستطيع بعضهم أن يتكلم بعبارات كاملة ولكن بدون القدرة علي المبادأة و الاستمرار في الحديث.
4- التعامل مع الآخرين بوصفهم وسيلة للوصول إلي أهدافه فنجد الطفل التوحدي يمسك بيد أحد المحيطين به ويدفعه نحو الشئ الذي يريده بدلاً من أن يطلب هذا الشئ من خلال الكلام.
5- ترديد كلام الآخرين دون فهم معناه غالباً وإصدار أصوات متكررة.
6- قلب الضمائر فمثلاً يستخدم الضمير "أنت" وهو يريد أن يقول "أنا".
7- شذوذ في خصائص الصوت يشمل التنغيم والإيقاع والسرعة.
8- ميل البعض منهم إلى التواصل عن طريق الصور.
9- تفسير ما يقال له بطريقة حرفية عيانية.
10- صعوبات في استخدام التواصل غير اللفظي مثل لغة الإشارة ولغة الجسم وتعبيرات الوجه والإيماءات (Dodd, 2005, 35).

وفي سياق دراسة صديق (2005) فقد هدفت إلى اختبار فاعلية برنامج تدريبي مقترح لتطوير مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال الذين يعانون من التوحد وأثرها علي التفاعل الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من (38) طفلاً ذاتوياً تراوحت أعمارهم بين (4-6) سنوات، وقد قسمت أفراد العينة إلي مجموعة تجريبية ضمت ثمانية عشر طفلاً (ثلاثة عشر ذكراً، وخمسة إناث)، ومجموعة ضابطة ضمت عشرون طفلاً (خمسة عشر ذكراً وخمسة إناث) وقد تم تطوير قائمة لتقدير مهارات التواصل غير اللفظي شملت (الانتباه

المشترك، والتواصل البصري، والتقليد والاستماع، والفهم والإشارة إلي ما هو مرغوب فيه، وفهم تعبيرات الوجه وتمييزها، ونبرات الصوت الدالة عليها)، كما تطوير قائمة تقدير السلوك الاجتماعي إضافة إلي البرنامج المقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي، وقد توصلت الدراسة إلي وجود فروق ذات دلالة احصائية في مهارات التواصل غير اللفظي بين أفراد المجموعتين علي القياس البعدي وقياس المتابعة في اتجاه المجموعة التجريبية، وتوصلت أيضاً إلي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الاجتماعي المناسب بين أفراد المجموعتين علي القياس البعدي، وقياس المتابعة في اتجاه المجموعة التجريبية (صديق، 2005، 195).

وعن ميل الإطفال التوحديين إلى التعامل باستخدام الصور نجد دراسة أبو دلهوم (2007، 170) بعنوان فاعلية استخدام التواصل بتبادل الصور في تنمية مهارات التواصل عند الأطفال التوحديين، والتي أجراها علي عشرين طفلاً تم توزيعهم عشوائياً إلي مجموعة ضابطة وعددها عشرة أطفال وتجريبية وعددها عشرة أطفال ملتحقين في الأكاديمية الأردنية للتوحد، وهدفت الدراسة إلى تنمية مهارات التواصل للاطفال التوحديين وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تنمية مهارات التواصل في اتجاه أفراد المجموعة التجريبية.

3- السلوكيات النمطية:

تعد هذه الخاصية من الخصائص الأساسية التي يعتمد عليها في تشخيص التوحد حيث يقوم الطفل التوحدي بمجموعة من السلوكيات النمطية الشاذة والاهتمامات المحدودة التي يكررها دون تعب أو ملل وتكون هذه السلوكيات والاهتمامات غريبة وشاذة تختلف عن سلوكيات واهتمامات الأطفال العاديين وهي غالباً ما ترتبط بالموضوعات الجامدة غير الحية وتشير إلي قصور القدرة علي التخيل والفهم الاجتماعي لدي الطفل التوحدي (Dodd, 2005, 41)

ومن الأعراض التي تندرج ضمن السلوكيات النمطية الإستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة وبصورة غير عادية (التكرار) والتقيد الجامد بالعادات أو الطقوس غير

العملية المهمة، واللزمات الحركية النمطية والمتكررة والانشغال بأجزاء الأشياء وليس بالشئ كله (الشخص، 2003، 35)

وقد هدفت دراسة فؤاد (2001، 120) بعنوان تصميم برنامج لتنمية السلوك الإجتماعي للأطفال المصابين بالتوحد إلى تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد، وتدريب الأطفال التوحديين علي اكتساب مهارات الاتصال بالعين، والتقليد، والمبادأة، واتباع الأوامر والاتصال، وذلك علي عينة قوامها ستة عشر طفلاً ذاتوياً تتراوح أعمارهم ما بين (3-7) سنوات، وتوصلت الدراسة إلي عدم وجود فروق دالة بين درجات المجموعات التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي في المجالات الآتية (السلوك التوحدي، السلوك اللفظي والتفاعل الاجتماعي)، ووجود فروق دالة بين درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي ودرجاتها في القياس البعدي في اتجاه المجموعة التجريبية حيث انخفض معدل التكرار والأصوات الفردية المنفصلة وارتفاع معدل ظهور الألفاظ الجديدة المتنوعة ذات المقاطع المتعددة وانخفاض دال في مستوى السلوك التوحدي لدي المجموعة التجريبية في القياس البعدي وتطور في مستوى التفاعل واللعب، في حين قل معدل عدم الاستجابة.

كما أن الطفل التوحدي يقوم ببعض الحركات الغريبة مثل حركات اليدين أو القفز لأعلي وأسفل والمشي علي أطراف الأصابع والدوران دون الإحساس بالدوخة، وتحدث هذه الحركات عندما ينظر الطفل التوحدي إلي شئ يشد انتباهه (موسى،2002، 18).

وكثيراً ما يقوم الطفل التوحدي في فترات طويلة بأداء حركات معينة ويستمر في تكرارها لفترات طويلة كهز رجله أو جسمه أو رأسه أو الطرق بإحدى يديه علي رسغ اليد الأخرى، أو تكرار إصدار نغمه أو صوت أو همهمة بشكل متكرر وقد يمضي الساعات محملقا في اتجاه معين أو نحو مصدر صوت أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بندول ساعة الحائط ، ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استثارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ تلقائياً ثم يعود إلي وحدته المفرطة أو انغلاقه التام علي نفسه وعالمه الخيالي الخاص به (عمارة، 2005 ،32).

ونلاحظ أن الطفل التوحدي يمارس أنواعا سلوكية نمطية تظهر وتختفي بشكل تلقائي ومفاجئ . كما أن السلوك النمطي يتضمن:

1- حركات تلقائية ميكانيكية غير معتمدة.
2- إيذاء النفس بشكل مستمر.
3- هوس الرتابة 4عدم احتمال التغيير.
4- صدي كلامي.
5- رفة العينين ونغز متكرر، رفرفة اليدين وتحريك الأشياء بشكل كروي دائري.

(Wolf, 2005,6)

4- مشكلات سلوكية:

كما أن هناك مشكلات تظهر لدي الأطفال التوحديين خاصة باللغة وتؤثر علي التواصل لديهم يعاني أيضاً من مجموعة مشكلات وإضطراب سلوكية تتمثل فيما يلي:

1. المصاداة : فهي تعتبر من الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدي الأطفال التوحديين، وتعرف سوسن الحلبي المصاداة بأنها ترديد الطفل ما قد يسمعه تواً وفي نفس اللحظة وكأنه صدي لما يقال (الحلبي،2005،33). كما أن الطفل التوحدي يكرر الكلمات، والجمل وهذا الترديد والتكرار من أخص خصائص التوحديين (سليمان،2004، 20).
2. الاستخدام العكسي للضمائر: وهو من المظاهر الشائعة لدي الأطفال التوحديين، حيث يتم استخدام الضمائر بصورة مشوشة فيشير الطفل التوحدي إلي الآخرين بضمير "أنا" وإلي نفسه بضمير "هو" أو "هي" ويستعمل "أنا" عندما يود أن يقول "أنت"، ويستبدل الطفل التوحدي الضمير "أنت"، بالضمير "أنا" فعلي سبيل المثال يقول أحد الوالدين لطفله التوحدي هل تريد البسكويت، فتكون إجابة الطفل، أنت أريد البسكويت وما إلي ذلك (سليمان ,2003، 15).
3. قصور القدرة علي اللعب الرمزي/ التخيلي: في السنوات المبكرة من عمر الطفل التوحدي لا تظهر لديه أي رغبة في اللعب والتعرف علي الأشياء من حوله ولا يبدي

حب الاستطلاع الذي يبديه الطفل العادي، حقيقة أنه قد يقوم باللعب وتناول الأشياء من حوله ولكن بشكل عشوائي نمطي محدود ومتكرر يفتقد إلي الإبداع والتخيل كما أنه يفتقد إلي اللعب الإيهامي والرمزي ويعوزه التقليد أو التعبير المجرد (فراج،2000، 75). وقد ينشغل بعض الأطفال التوحديين الأكثر ذكاء ببعض اللعب التخيلي ولكن ينقصه التنوع والثراء واللعب عادة يكون انفرادياً والتفاعل مع الآخرين لا يكون تلقائياً ويندر أن يحدث اللعب التعاوني (مليكة، 1998أ،273). كما أن الأطفال التوحديين يظهر عليهم في سن ما قبل المدرسة نقص واضح في القدرة علي اللعب الخيالي مثل اللعب بالأدوات وغياب لعب أدوار الكبار واللعب الجماعي ويكون اللعب التخيلي بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام ولا يشترك في اللعب الجماعي ويفضل اللعب الفردي إذا اشترك في اللعب الجماعي يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة (أباظة،2003، 25). ولتقييم فاعلية برنامج لوفاس القائم علي تحليل السلوك التطبيقي في تعليم مهارات اللعب، والتواصل، والعناية بالذات، والتقليد الحركي، والتفاعل الاجتماعي، واللغة الاستقبالية، واللغة التعبيرية قام أوين باختبار ذلك علي حالة طفل مصاب باضطراب التوحد وتم تقديم التدخل العلاجي واحد لواحد، وجمعت البيانات علي مدرا سنتين لتحديد تقدم العلاج، وأظهرت نتائج الإختبارات تحسن سلوك الطفل في كافة المهارات (Owen, 2003, 64) .

4. الاستجابة للمثيرات الحسية: يعاني أغلب التوحديين من قصور في الاستجابة للمثير الحسي بكل أشكاله السمعي والبصري واللمسي والتذوقي والشمي والإحساس بالألم (Dood, 2005, 43) . وتتميز استجابة الطفل التوحدي للمثير الحسي أما بالزيادة أو النقصان في "عتبة الأحساس" فقد يظهر حساسية مفرطة في الاستجابة لمثير ما أو يتجاهل هذا المثير تماماً (Etkin, 2005,45) . إن الأطفال التوحديين لديهم صعوبات في عدم اتساق أو انتظام إدراكهم لبعض الأحاسيس وصعوبة الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم أثناء محاولة معالجة معلومة أخرى والتفكير بالصور وليس بالكلمات وأيضا يتسمون باستخدام قناة واحدة فقط من قنوات الإحساس في وقت

واحد كالسمع فقط أو الإبصار... الخ (كامل،2003 ،62). ويفضل الطفل التوحدي أحياناً استخدام المستقبلات الحسبة القريبة مثل التذوق والشم واللمس عن المستقبلات البعيدة مثل البصر والسمع (مليكة، 1998أ،275). وكثيراً ما يتجاهل الطفل التوحدي حديثاً موجهاً إليه بشكل متكرر مما يفسر أحياناً بأنه طفل اصم بينما هو في الواقع سليم السمع وقد يبدي الطفل التوحدي اهتماماً فائقاً بصوت عادي مثل دقات الساعة أو سقوط المطرأو رنين جرس التلفون وقد يصاب بجرح ويسيل منه الدم ومع هذا لا يشكو أو يصرخ أو يبدو عليه مظاهر الألم وغالباُ ما يبدي حباً للموسيقي وركوب الأرجوحة (فراج،2002، 57) .

5. اضطراب الحالة الوجدانية: الطفل التوحدي يعاني من اضطرابات انفعالية تشمل تغيير مفاجئ في الحالة المزاجية مع نوبات من الضحك أو البكاء دون سبب واضح كما تشمل نقص واضح في الاستجابات الانفعالية وعدم الخوف من مواطن الخطر الحقيقية مع الخوف الزائد من الأشياء غير الضارة والشعور بالقلق العام (Etkin, et al., 2005,43) ، وفي دراسة أبو السعود (2002) بعنوان فعالية استخدام برنامج معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدي الأطفال التوحديين وآبائهم وذلك على عينة عددها ثمانية أطفال من المصابين بالاضطراب التوحدي وأمهاتهم، وثمانية من آباء الأطفال التوحديين وذلك للتدريب علي برنامج علاجي معرفي سلوكي لاستثارة انفعالات وعواطف الطفل التوحدي والوالدين حيث يحتوي البرنامج علي التدريب علي المهارات الاجتماعية، بجانب ما يشمله البرنامج من محتوى واسع المدي، وتوصلت الدراسة إلي فعالية البرنامج التدريبي في تنمية التواصل غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي لأطفال العينة التجريبية قبل وبعد البرنامج في اتجاه التطبيق البعدي هذا بجانب حدوث تحسن وزيادة في المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين.
6. اضطرابات النوم والتغذية: يعاني بعض الأطفال التوحديين من مشكلات تتعلق بالنوم حيث يعاني بعضهم من الاستيقاظ المتكرر أثناء الليل كما يعاني بعضهم من مشكلات تتعلق بأنماط الأكل والشرب فقد يقتصر بعض الأطفال التوحديين علي

أنواع معينة من الطعام وقليلة من الطعام ويكون لـدي بعضـهم نهـم في شرب السـوائل حيث يشربون السوائل بكثرة (Etkin, et al. 2005,420) .

7. نوبات الغضب وإيذاء الذات: بالرغم من أن الطفل التوحدي يظل مستغرقا لفترة طويلة في سلوكيات نمطية إلا أنه أحياناً مـا يثـور في سـلوك عـدواني موجـه إلي ذاتـه. فالأطفـال التوحـديين يعـانون مـن الضـحك والصراخ والبكـاء دون سـبب والسـلوك العـدائي تجـاه الآخرين وإيذاء ذاته (الحلبي،2000،145).

الأطفال التوحديين قد تظهر علي بعضهم سلوكيات غريبة تلفت النظر، مثل القـرع عـلي قطعة أو كتاب بأصابعه ويدور أشياء بيده وكذلك بعضهم قـد يقـوم بعـض أظـافره أو أحـد أظافر الآخرين (الفوزان،2000، 14) ، ويشيع السـلوك العـدواني لـدي الأطفـال التوحـديين في جميع المراحل العمرية وخاصة في مرحلة المراهقة وقد يصل السلوك العـدواني إلي حـد بـالغ يتطلب معه التدخل العلاجي (Gillberg, 2000,21) .

ومن الممكن أن نستخلص مما سبق أن الخصائص السلوكية للأطفال التوحديين تتسم بما يلي:

- قصور كمي وكيفي في عملية التفاعل الاجتماعي.
- قصور في التواصل اللفظي.
- تجنب التواصل بالعين Eye contact.
- قصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية.
- عدم القدرة علي المبادأة أو الاستمرار في الحديث.
- التعامل مع المحيطين بوصفهم أدوات أو وسائل للوصول إلي متطلباته.
- السلوكيات المتكررة والنمطية.
- خلط في استخدام الضمائر إذا تواجدت اللغة (أنا- أنت- نحن).
- مقاومة التغيير سواء فيما يحيط به في البيئة أو في أسلوب حياته.
- قصور القدرة علي اللعب الرمزي- التخيلي والتقليد واللعب الجماعي.
- الاسـتجابات غـير المتوقعـة للمثـيرات الحسـية إمـا بالزيـادة المفرطـة لأشـياء بسـيطة أو

عدم الأخذ في الاعتبار.

- التغيرات المفاجأة بدون أسباب في الحالة المزاجية سواء بالضحك أو البكاء.
- عدم وجود مفهوم للخوف أو الخطر لديه.
- اضطرابات خاصة بالنوم والتغذية.
- وجود نوبات غضب وعدوان مواجهة للذات وأحياناً للآخرين.

وعن كيفية مواجهة المشكلات السلوكية والإجتماعية جاءت دراسة البلشة (2008) حيث استهدفت تحديد فاعلية برنامج يعتمد علي فنيات تحليل السلوك التطبيقي لتنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية ووالسلوكية لدي الأطفال الذين يعانون من التوحد، وتبنت الدراسة منهجين للبحث، الأول منهج البحث الكمي، وفيه تكونت عينة الدراسة من (30) طفلاً وطفلة، تم تقسيمهم إلي مجموعتين تجريبية وضابطة، والثاني منهج البحث النوعي وفيه تكونت عينة الدراسة من خمسة عشر ولي أمر، وسبعة من الأخصائيين العاملين بمستشفي الرميلة في قطر، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً في تنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية والسلوكية في اتجاه المجموعة التجريبية، كما توصلت الدراسة النوعية إلي وجود انطباعات إيجابية حول تطور المهارات الاجتماعية والتواصلية والسلوكية لدي أطفال التوحد بناءاً علي تطبيق البرنامج القائم علي تحليل السلوك التطبيقي لدي أباء الأطفال التوحديين والأخصائيين (البلشة، 2008، 186).

4) الخصائص اللفظية:

تعتبر الخصائص اللفظية من السمات المميزة للأطفال ذوي اضطراب التوحد حيث أشارت معظم الدراسات إلى ضعف القدرة اللغوية بشكل عام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث ذكرت وفاء الشامي أن الطفل ذو اضطراب التوحد يعاني من تأخر أو فقدان التطور اللفظي حيث لا ينطق كلما ت عند بلوغه 16 شهرا من عمره ولا يستخدم جملا مكونه من كلمتين على الأقل عند وصوله 24 شهرا من عمره. وبالنسبة للفئة التي تتمتع بقدرة على الكلام يظهر لديها عجز واضح في القدرة على المبادرة إلى الحديث أو على

الاستمرار في تبادل حديث مع الغير (وفاء الشامي، 2004، 21-22)، وكذلك يعاني الطفل التوحد من النقص النوعي في الاتصال اللفظي واللالفظى كما يعاني من صعوبات في الفهم والاستيعاب لما يقال فيميلون إلى ترديد كلمات وأحيانا شبه جمل دون الوعي والإدراك للمعناها أو مدلولاتها والظروف التي تستخدم بها تلك الجملة أو الكلمة (فضيلة الراوي، 1998، 24).

5) الخصائص السلوكية:

يعاني الأطفال ذوي اضطراب التوحد من السلوكيات السلبية والتي تظهر بشكل واضح أثناء محاولتهم التواصل مع الآخرين،حيث أن معظم سلوكيات الطفل ذو اضطراب التوحد تبدو بسيطة من قبل تكوير قطعة من اللبان بيديه أو تدوير قلم بين أصابعه أو تكرار فك وربط رباط حذائه وهذا قد يجعل الملاحظ لسلوك الطفل ذو اضطراب التوحد يراه وكأنه مقهور، (Dworzynski et al 2009,1197).

كذلك فإن الطفل ذو اضطراب التوحد سلوكه محدود وضيق المدى كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين. (عبد الرحمن سليمان، 2001، 111)، كما يتميز الطفل ذو اضطراب التوحد بالسلوك النمطي ويعنى تكرار نفس السلوك بشكل مستمر بدون أن يشعر بالملل أو التعب، وقد يقوم ببعض الحركات اللاإرادية غير مسيطر عليها مثل شد الذراعين أو الرأس أو المشي على أطراف الأصابع (Chung et al ,2007,423).

وهي تنظيم وترجمة المعلومات الحسية ولاسيما معلومات اللمس . فلم يكن فى وسعها أن تتحمل معانقة شخص أو لمسه لها . كما كانت تحس بألم شديد عند لبسها لبعض الخامات التى تصنع منها الملابس .وقد ابتكرت آلة العصر ، وهى آله يدخل فيها الشخص الذى يعانى من مشكلات فى المعالجة الحسية فتنتج ضغطا شديد او إثارة لكامل الجسم . وتروى غراندين ، أن هذه الآله حررتها من التوتر والعصبية وقلصت من موقفها الدفاعى إتجاه اللمس. فبالرغم من أن العديد من الأطفال المصابيين باضطراب طيف التوحد يصرون على تكرار نفس النشاطات الروتينية إلا أنهم يكونوا على النقيض من هذا

فى صغرهم فقد لاينتظموا ضمن أى روتين غذائى أو نظام للنوم ولكـن حالمـا يبـدءون بـالمشى فهم عادة مايصرون على أن يتم تنفيذ نشاطات معينه بنفس الأسـلوب كـل مـرة. كـما أنهـم غالبا مايرتبطون جدا بأشياء محددة ويرفضون الإنفصال عنها وهذه الأشياء قد تكـون ألعابـا معتادة كالدمى والدببه المصـنوعة مـن الصـوف Teddy Bears. وبعـض الأطفـال يعتـبرون "هواه" لجمع الأجزاء عديمة القيمـة مثـل علـب مسـاحيق التنظيـف الخاليـة، أو علـب مـن الصفيح كما أن صفة مقاومة التغيير تشمل النواحى الغذائية كذلك فقد يرفض بعضهم تناول أكثر من نوعيين من الأطعمة .

6) الخصائص الإجتماعية :

يشير بعض الباحثين إلى وجود نقص نوعي في النطق والتواصل الاجتماعي لدى الأطفـال ذوي اضطراب التوحد، وهناك بعض السلوكيات السلبية التي تظهر على الطفل ذو اضـطراب التوحد وذلك لمحاولته إيصال رسالة مـا إلى الآخـرين تعـبر عـن احتياجاتـه ورغباتـه (محمـد عليـوات، 2007، 44)، كـما أضـاف محمـد خطـاب (2005، 34) أن الأطفـال ذوي اضـطراب التوحد يفشلون في إظهار علاقات عادية مع والديهم ومـع النـاس الآخـرين، وأوضـحت وفـاء الشامي (2004، 20) أن الطفل ذو اضطراب التوحد لا يركز بصره على والديه كما يفعل باقي الأطفال الأسوياء، بل يتفادى الكثير منهم التواصل البصري مع الآخرين، وتذكر فضيلة الـراوي (1998، 22) أن الطفل ذو اضطراب التوحد لا يستجيب إلى الابتسامة التي تصدر من أمه ولا يبدي أي ردة فعل إذا مدت الأم يدها لحمله بين يديها، أعـراض الإصـابة بالضـعف السـمعي التوصيلي.

أشار ماكاى تومى وآخرون أن صعوبات الفهم والتفاعل الإجتماعـى التـى يعـانى منهـا الأفراد ذوى اضطراب طيف التوحدتستمر خلال مراحل العمر المختلفـه ، كـما تـنعكس تلـك الصعوبات فى مشكلات فهم وجهات نظر الآخـرين، والإنخـراط فى التفاعـل التبـادلي ، وإدراك المفاهيم مثل الصداقه . أما بالنسبه للأفراد ذوى الأداء الـوظيفى العـالى فلـديهم إدراك جيـد للمشاعر البسيطة ، عندما تقدم المشاعر بشكل صريـح أو ضـمنى فى مثـيرات مختلفـة بيـنما يظهرون صعوبات فى شرح الأسباب المتعلقة بالمشـاعر البسـيطة والمركبـة وعـلاوه عـلى ذلـك

فإنهم يشهدون فهم ناقصا للمشاعر المعقدة إجتماعيا، والتى تتفاقم مع الفهم الإجتماعى، والمعايير الثقافية، والإتفاقيات، وقواعد السلوك (على سبيل المثال الشعور بالذنب) ؛ مع القدرة على التفكير فى الذات بالمقارنه بالآخرين ؛ كما هو الحال فى القدرة على تحمل المسؤلية لدى الفرد إتجاه سلوكه الشخصى (على سبيل المثال الفخر) .

ولابد من الإشارة فى هدا الصدد إلى أن التفاعل الإجتماعى ليس درجة واحدة لدى جميع الأطفال المصابيين باضطراب طيف التوحدفهناك من لايستجيب لكل أنواع التفاعل الإجتماعى ويحب العزله بذاته ، ويهرب تجنبا للأحتكاك، وقد يكون الحال حتى داخل الأسرة. والبعض الآخر لا يهرب ولايتجنب مخالطة الناس عندما يحتاجون إلى شئ ما ، ولكن تفاعلهم الإجتماعى لايكون بالمستوى المقبول الدى يضاهى أقرانهم من غير ذوى اضطراب طيف التوحد. فأطفال إسبيرجر يتفاعلون إجتماعيا مع الآخرين ، ولكن قد يفشلون فى إقامة علاقات إجتماعية مستمرة للسلوك غير الطبيعى الدى يصدر منهم .

كما أن التدهورات الحادثه فى نوعية التفاعل والتواصل الإجتماعى لدى الأطفال التوحديين قد يكون ذات صله بالقدرة على فهم مغزى السلوكيات غير اللفظية والتى تتسم على سبيل المثال ، بتغيرات فى اتجاه تحديق العين. ونظرا لأن إضطرابات التواصل لدى الأطفال التوحديين من الإضطرابات الأساسية التى توثر بدورها فى ظهور إضطرابات أخرى، فإن محاولات التدخل العلاجى من خلال وضع أسلوب تدريبى أوتعليم مهارات بديلة لهولاء الأطفال تعد بمثابة إمدادهم بحصيلة سلوكية جديدة تساعدهم فى تعليم أشكال بديلة للأتصال، وأيضا تساعدهم على تعلم بعض السلوكيات والمهارات الإجتماعية الجديدة التى تعمل على خفض الإضطرابات السلوكية واللغوية الموجودة لديهم .

7) الخصائص الحسية :

يبدو طفل اضطراب طيف التوحد كما لو أن حواسة (السمع والبصر والشم واللمس) عاجزه عن نقل أى مثير خارجى إلى جهازة العصبى وهذا يؤدى إلى القصور فى إكتساب اللغة وكافة وسائل الإتصال الأخرى،وإلى قصور فى عمليات الإدراك الحسى وغيرها من العمليات العقلية الأخرى. كما يلاحظ على صغار الأطفال التوحديين عدم حساسيتهم تجاه البرد أو الألم فهم قد يهرعون إلى الخارج دون ملابس ، رغم شدة برودة الجو كما أنهم لايبالون باصطدامهم بالأشياء ولكن غالبا ما يبدء ذلك السلوك بالتضاؤل بصورة ملحوظة مع مرور الوقت وقد يصبح الأطفال الأكبر سنا مفرطى الحساسية اتجاه الضيق والإزعاج ، وهاهى تمبل غراندين إمرأه أوتيزم بالغة وتعمل الآن مساعدة برفيسور فى جامعة كولورادو .

ومن خلال ما سبق نستعرض أوجه الاختلافات حول مظاهر اضطراب طيف التوحد وتعددها على النحو التالي :

- **مظهر الإضطرابات النمائية الشاملة :**

هو مصطلح استخدم بشكل مترادف مع إضطرابات طيف اضطراب طيف التوحد) ويمثل مجموعه من الظروف والتى من ملامحها الأساسية إختلالات نمائية فى التنشئه الإجتماعية والتواصل والمرونه السلوكيه(Rea , et al. , 2010, 93).

كما تعرف الإضطرابات النمائية الشاملة فى معجم مصطلحات اضطراب طيف التوحد بأنها مجموعه من الإضطرابات تتضمن تشوهات كبيرة فى العديد من الوظائف النفسية مثل اللغة والمهارات الإجتماعية ، والإنتباه والإدراك، واختبار الواقع والحركه ، وتشتمل على :

- **مظهر إضطراب إسبرجر :**

فى عام 1944 اكتشف الطبيب النمساوى مجموعة من الأطفال النمساويين، أن خصائصهم مشابه ،إلى حد ما لأطفال كانر ، ولكن اخبارهم لم تنتشر كما انتشرت أخبار إكتشاف كانر فى أمريكا بسبب الحرب العالمية الثانية، حتى وصل خبرها إلى الطبيب النفسى النمساوى الذى كان له ابنة تعانى من حالة أوتيزم فنشرت بالإنجليزية ترجمة تقريره وعرف تلك الحالات باسم اسبرجر نظرا لوجود بعض الإختلافات بينها وبين أعراض حالات كانر

التى كان يطلق عليها حالات اضطراب طيف التوحد ، ومع هذا الإكتشاف المبكر لم تظهر حالات اضطراب طيف التوحد والإسبرجر فى الدليل التشخيصى الإحصائى للإضطرابات النفسية إلا فى طبعتها الثالثة المعدلة التى ظهرت عام 1994 .

والطفل المصاب باضطراب اسبرجر أقرب إلى الطبيعى ، فهو يعانى من تأخر فى النمو المعرفى ، أو اللغوى ، ويستطيع الإعتماد على نفسة ويملك فضولا اتجاه العالم المحيط به وهو مدرك لوجود الآخرين ، بل أنه قد يسعى للتواصل معهم ، وتكمن مشكلة هذا الطفل فى الآتي :

- وجود قصور لدية فى التواصل الإجتماعى .
- لايستطيع إستخدام لغة الإشارات بكفاءة مثل تعبيرات الوجة وحركة الجسم والتواصل بالعين
- يفشل فى تكوين صداقات .
- يصعب علية مشاركة الآخرين فى نشاطاتهم المختلفة .
- تبدو إهتماماته غريبة بالنسبة للمحيطين ، فقد يهتم بأشياء بعينها ويتمسك بطقوس معينة ،أو يقوم بحركات مكررة .

- **مظهر إضطراب الريت :**

يعرف لاينش (lynch)إضطراب الريت على أنه إضطراب غير وراثى تدريجى تقدمى عصبى ، غالبا مايصيب الإناث ينتج عن طفرة جينية ، يبدأ الأطفال حياتهم كأمثالهم من الأطفال العاديين ويفقدوا المهارات خلال مراحل حياتهم بدءا من عمر الثمانى عشر شهرا. الإناث الذين يعانون من متلازمة ريت يظهرون حركات مميزة للأيدى ، مثل لوى أيديهم ، التصفيق، النقر على الأشياء،ووضع أيديهم فى أفواههم ، بالرغم من أن هذا الإضطراب يختلف بشكل كبير عن إضطرابات طيف اضطراب طيف التوحد الأخرى إلا أنه تم تضمينه مع اضطراب طيف التوحد فى الدليل الأحصائى التشخيصى الرابع .

ويذكر هيوارد(2009) Heward أن إضطراب الريت هو إضطراب جينى نادر يؤثر على الإناث . كما يتسم هذا الإضطراب بفتره من النمو الطبيعى يعقبه تباطؤ فى نمو

الرأس مصحوب بزياده فى الأعراض ذات الصله باضطراب طيف التوحـد(مـابين 6 ،18 عشرة شهرا) ، وأعراض أخرى تتضمن تراجع فى النمو العقـلى والنمـو الإجتماعـى ، فقـدان اللغـه ، نوبات ، وفقدان فى مهارات اليد والتى تتسبب فى حركـة فـرك اليـد الدائمـة، أعتقـد أنـه يـتم تشخيصة من خلال الملاحظة لنمو الطفل المبكـر والرجـوع إلى التـاريخ الطبـى وأنـه لاتوجـد مقاييس مقننه إلى الآن نستطيع على أساسها وضـع تشـخيص إكلينـيكى ولكـن يحـاول أطبـاء الأطفال النيرولوجيين وأطباء التطور وضع قائمة مبسطة تؤدى إلى تقديم نوع مـن المعونـة فى التشخيص ، وهذه القائمة تشمل الآتى :

1. الولادة ظاهريا تبدو طبيعية ، مع نمو طبيعى للحركات الإرادية من 18:6شهرا.
2. يكون محيط دائرة الرأس طبيعى عند الـولادة لكـن يتبعـه تبـاطؤ فى نمـو الـرأس ويكـون مابين 48:6 شهرا .
3. يظهر إختلال فى مهارات استخدام اليد ويكون مابين 30:5شهرا ويصاحبها اتصـال وظيفـى سيئ مع انطواء أو عدم تفاعل إجتماعى سليم .
4. يظهر نمو لغوى متدنى مشتمل الكلام والفهم اللغوى مع تخلف عقلى شديد .
5. افتقاد فى تعلم السلوك ، النواحى الإجتماعى والمهارات الحركية الإرادية .
6. تظهر نماذج معقـدة لحركـات اليـد متمثلـة فى الكتابـة – المصـافحة – التصـفيق – النقـر وغيرها من المهارات التى تستخدم فيها اليد .
7. يشخص دائما فى مرحلة من 5:2سنوات.

- **مظهر إضطراب الطفولة التحللى :**

يمر الطفل المصاب بهذا الإضطراب بفترة نمو طبيعية ، حتى بلوغه العامين ، حيـث يـتمكن فى هذه الفترة من إكتساب مهارات تواصلية واجتماعية تتماثل مـع أقرانـه فى نفـس العمـر . يعقب هذا فقدان ملحوظ لتلك المهارات التى تمكن الطفل من إكتسـابها ويكـون هـذا عـلى الأقل فى مجاليين مما يلى :

- القدرة على التعبير باللغة أو إستقبالها .
- اللعب .

- المهارات الحركية .
- القدرة على التحكم فى البول أو البراز .
- المهارات الإجتماعية حيث يعانى على الأقل فى إثنيين مما يلى.
  - قصور القدرة على الأندماج مع الآخرين .
  - قصور فى التواصل مع المحيطين.
  - عدم الإهتمام بالعالم المحيط والأشياء من حوله .
  - وجود اهتمامات محدودة وغريبة وسلوكيات نمطية ومكررة .

- **مظهر الإضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة :**

يعرف وينج وكولد (Wing & Could(1979الإضطراب النمائى الشامل - غير المحدد أيضا باضطراب طيف التوحدغير النمطىAtypical وهو يمثل عادة الإضطراب الأكثر تشخيصا بين الإضطرابات النمائية الشاملة . كما يتم تشخيص هذا الإضطراب عند وجود قصور شديد وشامل فى نمو القدرة على التفاعل الذى يقترن بقصور فى مهارات التواصل اللفظى وغير اللفظى أو مع وجود أنماط سلوكية واهتمامات ونشاطات نمطية ثابته ومتكررة، إلا أن معايير التشخيص للإضطرابات النمائية

الشاملة الأخرى والشيزوفرينيا وإضطرابات الشخصية لاتكتمل . وعلى سبيل المثال، فإن هذه الفئة تتضمن اضطراب طيف التوحدغير النمطى Atypical أى أن معايير اضطراب طيف التوحدلاتنطبق نظرا لتأخر عمر البداية ، أو لأعراض غير نمطية ، أو لدرجة شدتها ، أو لجميع هذه الأسباب .

ولقد ثبت بشكل قاطع أن التدخل المبكر يفيد ويثمر بشكل إيجابي مع الأطفال التوحديين، وعلى الرغم من الاختلاف بين برامج رياض الأطفال ، إلا أنها تشترك جميعها في التركيز على أهمية التدخل التربوي الملائمة والمكثف في سن مبكرة من حياة الطفل ، ومن العوامل المشتركة الأخرى بين تلك البرامج درجة معينة من مستويات الدمج خاصة في حالات التدخل المستندة إلى السلوك ، والبرامج التي تعزز من اهتمامات الطفل،

والاستخدام الواسع للمثيرات البصرية أثناء عملية التدريس ، والجداول عالية التنظيم للأنشطة وتدريب آباء الأطفال التوحديين والمهنيين العاملين معهم ، والتخطيط والمتابعة المستمرة للمرحلة الانتقالية .

ومن غير الممكن تحديد أسلوب واحد أثبت فعاليته أكثر من غيره للتخفيف من أعراض اضطراب طيف التوحدالمختلفة، ويعود ذلك إلى الطبيعة المتشعبة للتوحد وكثرة السلوكات المتداخلة المرتبطة به، ولذلك فإنه لا مناص للتعامل مع اضطراب طيف التوحدوالاضطرابات المصاحبة له من خلال جهود فريق من الأخصائيين ، كمعلم التربية الخاصة ، وأخصائي تعديل السلوك ، وأخصائي علاج النطق والكلام، والتدريب السمعي ، والدمج الحسي ، وبعض العقاقير الطبية والحمية الغذائية .

وقد أظهرت الدراسات أن الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحديستجيبون جيداً لبرامج التربية الخاصة المتخصصة عالية التنظيم والتي تصمم لتلبية الاحتياجات الفردية ، وقد يتضمن أسلوب التدخل الذي يتم تصميمه بعناية أجزاءً تعنى بعلاج المشاكل التواصلية ، وتنمية المهارات الاجتماعية ، وعلاج الضعف الحسي ، وتعديل السلوك يقدمها مختصون مدربون في مجال اضطراب طيف التوحدعلى نحو متوافق وشامل ومنسق، ومن الأفضل أن يتم التعامل مع التحديات الأكثر حدة للأطفال التوحديين من خلال برنامج سلوكي تربوي منظم يقوم على توفير معلم تربية خاصة لكل طالب أو من خلال العمل في مجموعات صغيرة .

ينبغي أن يتلقى الطلاب المصابين باضطراب طيف التوحدتدريباً على مهارات الحياة اليومية في أصغر سنٍ ممكنة ، فتعلم عبور الشارع بأمان ، أو القيام بعملية تسوق بسيطة ، أو طلب المساعدة عند الحاجة هي مهارات أساسية قد تكون صعبة حتى لأولئك الذين يتمتعون بمستويات ذكاء عادية ، ومن المهارات الهامة كذلك التي يجب أن يعتنى بتنميتها لدى الطفل التوحدي تلك التي تنمي الاستقلالية الفردية أو تنمي قدرته على الاختيار بين البدائل ، وتمنحه هامش حرية أكثر في المجتمع ، ولكي يكون الأسلوب المتبع فعالاً ينبغي أن يتصف بالمرونة ويقوم على التعزيز الإيجابي ، ويخضع للتقييم المنتظم

ويمثل نقلة سلسة من البيت إلى المدرسة ومنها إلى البيئة الاجتماعية ، مع أهمية عدم إغفال حاجة العاملين للتدريب والدعم المهني المستمر إذ نادراً ما يكون بوسع الأسرة أو المعلم أو غيرهما من القائمين على البرنامج النجاح الكامل في تأهيل الطفل التوحدي بشكل فعال ما لم تتوفر لهم الاستشارة والتدريب على رأس العمل من قبل المختصين .

ولقد كان في الماضي يتم إلحاق ما يقارب 90% من المصابين باضطراب طيف التوحدفي مراكز داخلية وكان المختصون عندئذ أقل معرفة وتثقيفاً باضطراب طيف التوحدوما يصاحبته من اضطرابات ، كما أن الخدمات المتخصصة في مجال اضطراب طيف التوحدلم تكن متوفرة . أما الآن فإن الصورة تبدو أكثر إشراقاً، فبتوفر الخدمات الملائمة ارتفع عدد الأسر القادرة على رعاية أطفالها في البيت ، في حين توفر المراكز والمعاهد والبرامج المتخصصة خيارات أوسع للرعاية خارج المنزل تمكن المصابين بإعاقة التوحدمن اكتساب المهارات إلى الحدود القصوى التي تسمح بها طاقاتهم الكامنة حتى وإن كانت حالات إصابتهم شديدة ومعقدة .

- **المظهر الوراثي :**

الدراسات أوضحت وجود توحد في التوائم بنسبة أكبر من غير التوائم وبالذات التوائم من خلية واحدة وهذا يثبت أن للوراثة دور كبير وأيضاً هناك العديد من الدراسات .. التي تقوم بعمل مقارنة بنسبة حدوث اضطراب طيف التوحدبين التوائم المتطابقة في الجنس (توأم من خلية واحدة) والتوائم الغير متطابقة ، ومن أوائل الدراسات في هذا المجال كانت في عام 1977 للباحث الشهير رتر في بريطانيا وتلاها العديد والعديد من الدراسات لعدد من الباحثين الأخريين مثل ستفنبرق في سكندنافيا ووجدوا النسبة تتراوح بين 36 الى 91 % في التوائم المتطابقة مقارنة بصفر للتوائم الغير متطابقة . لكن السؤال الذي يطرح نفسه هل هذه الاختلافات ناتجة حقاً عن الاستعداد الجيني أم ناتجة من الضغوط النفسية التي تسببها تربية طفل توحدي حيث لم تتضح الأسباب وراء حدوث بعض الاضطرابات على الصعيد الاجتماعي واللغوي والعاطفي بين والدي الأطفال لتوحديين فعلى الرغم من أن الاستعداد الجيني لمثل هذه الاضطرابات قد يلعب دوراً

أساسيا في ظهورها إلا انه حتى الآن لم يتضح مدى دور الجينات ومدى دور الضغوط والبيئة الناتجة عن إنجاب طفل توحدي في مثل هذه الاضطرابات .فلا بد من إجراء المزيد من الدراسات للنظر في تأثير العوامل البيئية على ظهور صعوبات عاطفية واجتماعية وتواصلية على الوالدين والى أن تتم الإجابة عن كثير من الأسئلة فان من الضروري مساندة الأسرة عوضاً عن الإسراع إلى وصمهما بوراثة الانعزال والجمود العاطفي وضعف القدرة على التواصل والاتصاف باضطرابات الشخصية الفصامانية .

خلاصة العوامل الجينية :

1- إن 4% من حالات اضطراب طيف التوحدتقترن باضطرابات جينية فمعظم المصابين باضطراب طيف التوحدلا يظهر لديهم خلل واضح في الكروسومات .
2- الدراسات التي أجريت على التوائم المتطابقة أشارت إلى انه 96%من التوائم المتطابقين يصاب كلاهما باضطراب طيف التوحد وحيث أن هذا النوع من التوائم يشتركون في نفس الجينات قيل إن اضطراب طيف التوحد سببه جيني .
3- دليل آخر لكون اضطراب جيني وهو احتمالية تكرار الإصابة بين الإخوة بمعدل 3-9% فحدوثه يتضاعف 100مرة بالمقارنة مع الناس عامة .
4- إن الاضطرابات الجينية ليست بالضرورة وراثية فقد يحدث تغيير مفاجئ في الكر وموسومات والجينات نتيجة لعوامل بيئية .
5- في الحالات التي يكون فيها اضطراب طيف التوحد وراثياً فهو لايصيب الجنين باضطراب طيف التوحد نظراً لانتقال جينة واحدة فقط من احد الأبوين
6- نسبة توارث اضطراب طيف التوحدتراوحت بين 36-96% بين التوائم المتطابقين و3-9% بين الأخوة وأقل من 1% للأقرباء.
7- استنتج الباحثون أن نمط وراثة اضطراب طيف التوحد متعدد الجينات أي انه يحكمه عدد من الجينات التي تتفاعل معاً ويكون أشد مظاهره اضطراب طيف التوحد مكتملاً بجميع معاييره التشخيصية وأخف مظاهرة اضطرابات اجتماعية أو لغوية أو

صعوبات إدراكية وهذا الاستعداد الجيني لظهور اضطرابات مختلفة ضمن أفراد اسر الأشخاص اضطراب طيف التوحديين يعرف باسم النموذج الوراثي الواسع النطاق .

8- تظهر الاضطرابات الاجتماعية واللغوية مثل صعوبة في القراءة والهجاء والتفاعل الاجتماعي لدى إخوة فرد توحدي أكثر ثباتاً من انخفاض درجات الذكاء لديهم .

9- جاء في الدراسات التي وجدت انخفاضاً في درجات ذكاء إخوة الطفل التوحدي إن هذا الانخفاض كان مرتبطاً بانخفاض درجة ذكاء الأخ اضطراب طيف التوحدي ولذا فإن إخوة طفل توحدي ذي درجة ذكاء منخفضة من الذكاء عرضة لأن يكونوا ذوي درجات ذكاء منخفضة مما لو كانوا إخوة طفل توحدي ذي درجة ذكاء مرتفعة .

10- هناك علاقة بين درجة ذكاء الأخ اضطراب طيف التوحدي والنمط الوراثي سواء بالنسبة للخصائص المشابهة واسعة النطاق أو بالنسبة للتوحد .

11- الأخوة الذكور لطفلة توحديه أكثر عرضة من غيرهم لإظهار خصائص النموذج الوراثي واسع النطاق ولإحراز درجة ذكاء منخفضة هذا إلى جانب أن نسبة إصابة الإخوة والأخوات باضطراب طيف التوحد ترتفع إذا كانت المصابة أنثى .

12- تظهر خصائص النموذج الوراثي واسع النطاق بين الإخوة والأخوات بشكل أكثر ثباتاً مما هي عليه بالنسبة لآباء وأمهات الأطفال التوحديين .

13- لا شك في وجود علاقة بين اضطراب طيف التوحد والجينات ولكن النمط الوراثي المحدد ما يزال مبهماً .

14- هناك سبه إجماع على أن اضطراب طيف التوحد ناتج عن عدد من الجينات لا جين واحد فقط وقد يتم توارثها من احد أو كلا الوالدين أو قد تظهر نتيجة لتغير مفاجئ طرا أثناء عملية تزاوج الكرو موسومات تؤدي إلى ظهور اضطراب طيف التوحد بدرجات متفاوتة .

15- تختلف أنماط ونسبة الوراثة باختلاف جنس المصاب باضطراب طيف التوحد ودرجة الذكاء لديه .

16- لم يتم التحقق تماماً حتى وقتنا الحالي من النمط المحدد ولا الجينات أو الكر وموسومات المتوارثة المسئولة عن اضطراب طيف التوحد.

17- هناك احتمال إنجاب أقارب من الدرجة الثانية كأبناء وبنات الأعمام والأخوال والخالات والعمات طفلا توحديا فهي ضئيلة وتقل عن 1%.

18- وهناك نسبة ممن يتزوجون من اضطراب طيف التوحديين وينجبون أطفالا فانه لم يتم بصورة نهائية تحديد مخاطر إنجابهم لأطفال توحديين ومع ذلك تم تقدير هذه النسبة بين 5الى 50% (وفاء الشامي ، 1424هـ ، 121-150).

- **مظهر القصور الحسي :**

يبدو الطفل الذي يعاني من حالة اضطراب طيف التوحد كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي ، فإذا مر شخص قريبا منه وضحك أو أصدر أي صوت أو نادى عليه مثلا فإنه يبدو كما انه لو لم يرى أو يسمع أو انه قد اصابه الصم أو كف البصر . وما ان تزداد معرفتنا بالطفل فإننا ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الإستجابة للمثيرات الخارجية .

- **مظهر البرود الانفعالي :**

حيث لا يتجاوب الطفل مع أي محاولة لإبداء العطف أو الحب له وكثيرا ما يشكو أبواه من عدم اكتراثه أو استجابته لمحاولاتهما تدليله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته بل وربما لا يجدان منه اهتماما بحضورهما أو غيابهما عنه وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما وقد تمضي ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد آخرين معه ومن النادر ان يبدي عاطفه نحو الآخرين . وكل ما ذكر سابقا يؤدي إلى غياب القدرات الإجتماعية.

- **مظهر التصرفات النمطي :**

كثيرا ما يقوم الطفل لفترات طويلة بأداء حركات معينة يستمر في أدائها بتكرار متصل لفترات طويلة . كهز رجله أو جسمه أو رأسه أو الطرق بإحدى يديه على كف اليد الأخرى أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو همهمه بشكل متكرر وقد تمضي الساعات مركزا نظره في

اتجاه معين أو نحو مصدر ضوء أو صوت قريب أو بعيد أو نحو عقارب ساعة الحائط ولا تكون هذه الأفعال أو الانماط السلوكية استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استثارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ تلقائي ثم يعود إلى وحدته المفرطة وانغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي الخاص ورغبة قلقة متسلطة في البقاء طويلا على حالته كما هي. بالرغم من ان الطفل قد يمضي ساعات طويلة مستغرقا في أداء حركات نمطية أو منطويا على نفسه لا يكاد يشعر بما يجري حوله ، فإنه أحيانا ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد اسرته أو أصدقائه أو العاملين على رعايته أوتأهيله ، ويتميز هذا السلوك العدواني بالبدائية كالعض والخدش والرفس . وقد يكون بشكل إزعاج مستمر بالصراخ وإصدار أصوات مزعجة أو بشكل تدمير أدوات أو أثاث أو تمزيق الكتب أو الملابس أو بعثرة أشياء على الأرض أو إلقاء أدوات من النافذة إلى غير ذلك من أنماط السلوك التي تزعج المحيطين والذين يقفوا أمامها حائرين ماذا يفعلون وكثيرا ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعضّ نفسه حتى يدمى أو بطرق رأسه في الحائط أو الاثاث بما يؤدي إلى إصابة الراس بجروح أو كدمات أو أورام . أو قد يتكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه ويضاف إلى كل ما ذكر نوبات الضحك والبكاء والصراخ بدون سبب واضح .

- **مظهر غياب القدرة على الاتصال اللغوي :**

كثيرا ما يعتقد بعض الآباء أن الطفل يعاني من الصم وبالتالي البكم بينما تثبت الملاحظة الطويلة أن الطفل رغم ان الأصوات العالية قد لا تثير أي إستجابة لديه، بينما يمكن أن يلفت انتباهه صوت غطاء زجاجة المرطبات في غرفة ثانية أو صوت ورقة الألمنيوم التي تغلف قطعة الشوكولاته . وعلى هذا لا يكون عدم تجاوبه نتيجة صمم ولكن نتيجة عدم قدرته على تفهم الرموز اللغوية وما هو مفروض ان تنقله اليه من معاني وبالتالي - كما هو الحال في معظم أطفال "اضطراب طيف التوحد" لا يمكن ان يتقن الكلام للتعبير عن نفسه ورغباته بل يصدر اصواتا ليست ذات معنى أو همهمة غير مفهومة وحتى بالنسبة لمن يتعلم منهم فهو كثيرا ما لا يفهم ما يقول ، وإذا قال شيئا فإنه يكون إعادة أو صدى ما

يوجه اليه من كلام فإذا سألته ما إسمك فإنه يردد نفس السؤال ما إسمك؟ بشكل ترددي وبنفس شدةالصوت والنغمة التي توجه بها السؤال . وفي بعض الأحيان قد يتأخر الرد على السؤال أو يبدأ الطفل بترديد العبارة أو السؤال بعد ساعات من سماعه أو حتى بعد مرور يوم أو اكثر وكثيرا ما نلاحظ ان الطفل يردد جملة أو كلمة أو لحنا موسيقيا في غياب التواصل غير اللفظي تعبيرا أو فهما .

- **مظهر التفكير الأناني :**

يتميز تفكير الطفل التوحدي بالتركيز على حاجات ورغبات النفس ويبعده هذا التفكير عن الواقعية التي تحكمها الظروف الإجتماعية المحيطة فهو يدرك العالم المحيط في حدود الرغبات والحاجات الشخصية فكل ما يشد انتباهه هو الانشغال المفرط برغباته وأفكاره وتخيلاته دون أي مبالاة أو احساس بالآخرين والرفض لكل ما حوله فهو يعيش فقط في عالمه الخاص في توحد وعجز عن الاتصال بالآخرين أو لإقامة علاقة معهم . فمن الغريب ان نعرف نواحي القصور في العديد من الانماط السلوكية التي يستطيع أدائها الأطفال العاديين الذي في نفس سنه ومستواه الاجتماعي والاقتصادي ، ففي سن 5 إلى 10 سنوات من عمره قد لا يستطيع أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني سنتين أو أقل . يضاف إلى ذلك غياب المشاركة مع الأقران في اللعب والأنشطة وغياب التقليد واللعب الايهامي والخيالي، وهو يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج من يطعمه أو يقوم بخلع أو ارتداء ملابسه ، وقد لا يهمه عند اعطائه لعبة ان يلعب بها بل يسارع بوضعها في فمه أو الطرق المستمر بها أو عليها . وهو في نفس الوقت يعجز عن فهم أو تقدير الاخطار التي قد يتعرض لها .

غالبا ما يغضب الطفل عند إحداث أي تغيير في سلوكه الروتيني اليومي أو في المحيط الذي يعيش فيه . فمجرد تغيير الكوب الذي اعتاد ان يشرب فيه الحليب أو تغيير ترتيب قطع الأثاث قد يدفعه إلى البكاء أو اندلاع ثورة غضب ، حتى اسلوب مقابلته أو تحيته لا يحتمل تغييرها وقد يعاني نتيجة أي تغيير في أنماط حياته من وسواس عنيف أو قلق مزعج.

الفصل الرابع

حقائق واختلافات حول مسببات الاضطراب وطرق العلاج

أولاً : الحقائق والاختلافات حول الافتراضيات المسببة للاضطراب

ثانياً : الحقائق والاختلافات بين الاضطراب والاعاقات الأخرى

ثالثاً : الحقائق والاختلافات حول التدخلات العلاجية للاضطراب

الفصل الرابع
حقائق واختلافات حول مسببات الاضطراب وطرق العلاج

أولاً : الحقائق والاختلافات حول الافتراضيات المسببة للاضطراب

في كل مرة نقرأ تعريف عن اضطراب طيف التوحد تشدنا عبارة "لم يصل العلم لتحديد أسبابه " وهذه العبارة هي لغز بحد ذاته ولكن السبب في هذه العبارة يعود إلى ان أنواع الاصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي تتحدد وتتنوع فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي (مثل الرصاص والمعادن الثقيلة) أو التلوث الاشعاعي الطبيعي أوالصناعي أو نتيجة للتدخين أو ادمان المخدرات أوالكحوليات أو التعرض للمبيدات الحشرية أو نتيجة الاصابة بالأمراض التناسلية والأمراض البكتيرية أو الفيروسية كالحصبة والحصبة الألمانية والحمى الشوكية أو نتيجة التهاب الغدد الصماء (الغدة الدرقية) أو التصلب الدرني أو سرطان المخ أو الدم .وغير ذلك من عشرات الأمراض المسببة لإصابة المخ أثناء فترة الحمل أو بعد الولادة . كل هذا بالإضافة إلى الفرضية التي ظهرت سنة 1996 ويدعمها كل من الدكتور بول شاتوك ودون سيفري وتقول هذه النظرية أن عدم إنحلال بعض الاطعمة – وعلى وجه الخصوص الغلوتين من القمح ومشتقاته وبعض الحبوب الأخرى والكازين من الحليب الحيواني ومشتقاته - يمكن ان يصيب الجهاز العصبي بإضطرابات ناتجة عن بيتونات Pepatides تحدث تأثيرات أفيونية طبيعية .

كانت المشكله الأكثر بروزا والتى واجهت العديد من الباحثين والعاملين فى مجال اضطراب طيف التوحدهى معرفة الأسباب الكامنه وراء حدوث هذا الإضطراب ، وتعددت الدراسات وتباينت نتائجها كل حسب إتجاهه البحثى وبالرغم من ذلك لم يتم التوصل إلى الأسباب والعوامل المباشره وراء حدوث اضطراب طيف التوحد، ولا يمكننا أن نقول ان هناك أسباب واضحة ومحددة لاضطراب طيف التوحدوانما نستطيع القول أنها افتراضيات قد تصح في بعض الأحيان وقد لا تصيب ، أن بعض الأطفال التوحديين يستجيبون إلى الإحساسات السمعية واللمسية والبصرية بطريقة غريبة وشاذة. فإما أن يكونوا

شديدي الحساسية، أو لديهم قصور في الإستجابة الحسية ، بسبب مشكلات في معالجة المدخلات الحسية لدى الأطفال التوحديين. فبعض الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحديستجيبون كأنهم صم مع أن حاسة السمع سليمة . ومن الغريب أنهم قد يستمتعون بتلك الألعاب التي تنطوي على التلامس الجسدي على الرغم من أنهم لا يحبون في الغالب أن يلمسهم أحد .

ومن الأمور أيضا الغير مبررة ظهور السلوك النمطي لدى الأطفال التوحديين عندما يحدق بسير محرك سيارة وهو يدور لمدة طويلة من الزمن دون أن يشعر بالتعب أو الملل، كذلك قد يظهر الطفل التوحدي انشغالاً غالبًا بعجلات لعبته، فيعمل على تدويرها مرارًا وتكرارًا بدلا من التعامل مع اللعبة بشكل طبيعي، بالإضافةإلى ظهور حركات متكررة ونمطية في الأصابع واليدين والذراعين وتدوير الأشياء والألعاب بشكل مستمر (Helflin & Alaimo, 2007) .

كذلك، فإن الطفل التوحدي كثيرًا ما ياتي بحركات جسمية غير عادية، وتكون مثل هذه الحركات الجسمية بمثابة حركات غريبة وكثيرة ومتكررة في بعض الأحيان؛ حيث نجده على سبيل المثال يرفرف بيديه وذراعيه وكأنه طائر يحلق في الفضاء، كما يكثر من القفز في المكان، ويميل إلى أن يمشي على أطراف أصابعه أي إن حركاته بشكل عام لا تتسم بالرشاقة، سواء حركاته في المشي أو التسلق أو الاتزان (عادل عبد الله,2011, 80).

ويظهر التعلق بأشياء محددة ذلك عندما يبدي الأطفال التوحديين تعلقًا وارتباطًا بأشياء محددة وغير طبيعية ولفترة طبيعية، وتركيز الاهتمام علىأنشطة محددة وإظهار انشغال عالٍ فيها، بالإضافة إلى تعلق شديد ببعض الأشياء أو الألعاب، وعدم التنويع في اللعب والتركيز على لعبة واحدة، والاحتفاظ بمفاتيح معينة، وجمع أشياء والاحتفاظ بها وقد يكون شديد الولع بأشياء ومواضيع معينة (Heward, 2006, 231).

فالطفل التوحدي الذي لا يستجيب للأصوات نجده يقوم بردة فعل للأصوات الناعمة مثل صوت الطباشير عند الكتابة على اللوح ، وإن عدم الإتساق هذا في الإستجابات إلى المثيرات السمعية ، قد يكون ناتجاً عن مشكلات في الإدراك والإحساس . ونجد أن الجهاز الحسي سليم

ولكن بعض الشذوذات في القشرة الدماغية في دمج وإدراج المدخلات الحسية تؤدى إلى ردود فعل غريبة ومتنوعة للأصوات والأضواء واللمس . وتعزز هذه النتيجه اهمية تنمية الادراك الحسي لدى الطفل التوحدي . ومن الأشياء التي تميز الأطفال التوحديين عدم استطاعتهم تكوين صداقات، وليس السبب أنهم لايريدون ولكن لأنهم لايعرفون كيف يفعلون ذلك، وعدم مقدرتهم علي تطوير الكلام، وسلوكهم النمطي، وتعلقهم بالأشياء، وكذلك ليس لديهم أي شكل من أشكال اللعب الرمزي والتخيلي. فالطفل التوحدي يركز على حاسة واحدة أثناء اللعب، أما السمع أو البصر فعن طريق الفم والحواس يستطيعون اكتشاف ماحولهم، وكذلك يتجاهل الأطفال التوحديين يون الأشياء التي يحبها الأطفال العاديون، فهم يفكرون فيما لانفكر فيه ويرون مالانراه . ومن هنا يمكننا استعراض بعض الاختلافات حول الفرضيات المسببة للتوحد على النحو التالي :

الفرضيات الجينية والوراثية :

توصلت نتائج الفحوص التى أجريت على الأطفال التوحديين إلى وجود كروموزوم إكس الهش الذى يظهر فى صورة معقدة فى نسبة تتراوح من (5- 16%) من الحالات ، وقد يظهر ذلك فى الأولاد من البنات خاصة فى الأطفال المصابيين باضطراب طيف التوحد المصحوب بتخلف عقلى ، كما أن التصلب الذى ينقل بواسطة الجين المسيطر يكون ذا صلة بإعاقة التوحد فى نسبة تصل إلى حوالى 5%من الحالات تقريبا (ماجد عمارة ، 2005، 27). كما أشارت دراسات سابقة ، إلى أن الجينات الوراثية تلعب دورا مهما فى تحديد احتمالات تعرض الشخص للمرض الذى قد تكون له انعكاسات إجتماعية خطيرة (محمد عليوات، 2007، 143).

وقد توصلت بعض الأبحاث الطبية إلى وجود عوامل ذات جذور وراثية أو جينية تعد ذات تأثير مباشر فى الإصابة بهذا الإضطراب حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضه واحدة) أكثر من التوائم غيلر المتطابقين (من بويضتين مختلفتين) . ومن المعروف أن التوأمين المتطابقين يشتركان فى نفس التركيبة الجينية (علا عبد الباقى ،2011، 55) .

وأشارت بعض الدراسات إلي أن المكون الوراثي Genetic component له دور في حدوث التوحد حيث أظهرت بعض النتائج أن نسبة من 2: 4% من أشقاء الأطفال التوحديين يعانون من اضطراب التوحد(Etkin, et al., 2000,82).

ومن جهة أخرى تبين أن اضطراب اضطراب التوحد ينتشر بين الأطفال الذين تعاني أسرهم من صعوبات لغوية أو معرفة رغم أنهم لا يعانون من اضطراب التوحد نفسه. (فراج، 2002: 60) ، ولقد وجد أن حوالي 8% من الأطفال التوحديين الذكور يعانون من زملة كروموسوم × الهش fragile (x) syndrome وأن نسبة تتراوح من 15: 20% من الحالات التي تعاني من زملة كروموسوم× لديها بعض الأعراض التوحد ولقد ثبت أن ضعف كروموسوم × له أساسا وراثيا (Carson, et al, 2000, 69) . ولعل هذا الارتباط أيضاً بين التوحد وضعف كروموسم × يبرر إلي حد ما زيادة نسبة الذكور عن الإناث في الإصابة بالتوحد (خليل، 2007، 78).

وتشكل العوامل الوراثية دوراً أساسياً في الإصابة بالعديد من الإعاقات والتي قد يكون اضطراب التوحد أحداً منها،حيث أظهرت بعض الدراسات أنه يوجد ضعف في جهاز المناعة عند الطفل ذو اضطراب التوحد (محمد الإمام، 2010، 90)،كما أن الشذوذ الكروموزومي يعد في الكروموزوم رقم 13 من أكثر هذه الحالات شيوعا ومن المعروف أن شذوذ هذا الكروموزوم يرتبط بمتلازمة أوشر (عادل عبد الله، 2008، 40)،كما وجد بعض العلماء أن العامل الوراثي الجنسي الذكري الهش (Fragile + syndrome) أعلى في حالات التوحد، كما دلت الأبحاث المختلفة أن نسبة حدوث هذا العامل الوراثي تتراوح من صفر إلى 16 % في حالات التوحد (Baron-cohen,2006,865).

وقد اعتاد الناس في مجتمعاتنا عند إقدامهم على الزواج ان يبحثوا كل ما يتعلق بأمور الزفاف فيساومون على المهر ، ويحددون نوع الهدايا والحلي ، ويتفقون على شكل الأثاث المنزلي وثياب العرس وعدد المدعوين لحفلة الزفاف والجهة التي يجب ان يتجه اليها العروسان لقضاء شهر العسل .

ويتداولون في الكثير من التفاصيل ، المهم فيها والتافه ، متغافلون بذلك عن مدى صلاحية العروسين أحدهما للآخر من الناحية الصحية ، وعن امكانية انجابها أطفالا يتمتعون بقسط وافر من الصحة يكفل لهم طول البقاء . وقد جرت العادة بأن يتم الفحص الطبي للمقبلين على الزواج بصورة شكلية (إذا كان هناك فحص طبي) دون الإهتمام بما قد يتبع ذلك من خطر ظهور امراض وراثية مستعصية أو آفات وتشوهات خلقية على الأسرة والمجتمع بأضرار بالغة . وعليه كيف يتم اختيار الزوج أو الزوجة من الوجهة الطبية ؟

ولابد قبل كل شئ من تحديد درجة القرابة بين الشاب والفتاة والابتعاد ما أمكن عن المصاهرة داخل الأسرة الواحدة للتقليل من إمكانية ظهور الاعراض المرضية التي قد يتناقلها أفراد الأسرة بالوراثة ، كما يجب ان نتحرى وجود الآفات الوراثية عند افراد العائلتين ، وعن ثبوت المرض الوراثي في كلتا الأسرتين أو في احداهما . ولا ينصح الأطباء الأفراد الذين يحملون نفس الصفات المرضية الوراثية بالتزاوج وإن لم تظهر عليه أعراض المرض ويجب تعيين زمرة الدم وعامل الريزوس ودراسة أشكال الكريات الحمراء وغيرها من الفحوص الضرورية ثم الأخذ بنصيحة الأطباء بعدم الزواج أو الامتناع عن انجاب الأطفال أو تحديد النسل ووضع المرأة تحت الرقابة الطبية وقت الحمل والولادة ، عند احتمال ظهور الأمراض الوراثية عند الطفل .

ومع ان تطبيق مثل هذه القواعد في مجتمعاتنا صعب جدا لأن العوامل التي تتحكم بالزواج كثيرة منها اجتماعية واقتصادية ودينية وعاطفية الخ .... إلا ان على المقدمين على الزواج أن يضعوا العوامل الوراثية في مكانها إلهام بين العوامل الاخرى عند اتخاذ قرارهم هذا قبل الزواج ، أما بعد الزواج فيمكن اجراء اختبارات خاصة في حالات معينة لبعض الأمراض الوراثية إذا سبق وجودها في العائلة . وقسم من هذه الأمراض يمكن معالجتها باكرا لتخفيف الكثير من مظاهرها .

وقد دلت الدراسات الطبية والأبحاث العلمية التي شهدها العالم في السنوات الأخيرة ، على ان بعض الحالات الوراثية يمكن اكتشافها في وقت مبكر من الحمل . وإذا اثبت

الطبيب بأن صحة الأم أو الجنين قد تتعرض لخطر ما فإنه قد يقترح عليها إجراء عملية إجهاض (حسب القوانين الصحية في البلد الذي تقطن فيه الحامل).

ورغم هذه النتائج التي تشير إلي دور الوراثة كعامل مسبب لإعاقة التوحد، إلا أن الجدل ما زال قائماً بين المهتمين بالمشكلة في طبيعة هذا الدور ويعتبروا أن العامل الوراثي لا يزيد عن كونه عاملاً ممهداً للإصابة بهذا الاضطراب (فراج، 2002، 60)

الفرضيات العصبية :

هناك دليل على أن اضطراب طيف التوحد هو مشكلة عصبية مع وجود أسباب متعددة مثل الإضطرابات الأيضية ، وإصابات الدماغ قبل الولادة أو بعد الولادة بالعدوى الفيروسية أو الأمراض ، وبالرغم من هذا فإن العوامل المحددة لم يتم تحديدها بشكل يمكن أن يعول علية (أحمد النجار ، 2006 ، 18) .

من موقع
https://www.syr-res.com/article/13276.html
الإصابة الفيروسية أثناء الحمل وخطر إصابة المواليد بالتوحد

طرح وجهة نظر علمية أن الفيروسات الناتجة عن الامراض التناسلية تسبب خللفي الجهاز العصبي للطفل ممن يدفع به الى التوحد.

وقد أشار كثير من الباحثيين إلى وجود خلل فى الخلايا العصبية للأطفال التوحديين فى الجوانب التالية :

1- خلل فى إرتباط الدوائر العصبية فى الفصيين الأماميين.
2- خلل فى إرتباط الدوائر العصبية ومعالجة المعلومات فى الفصيين الجداريين .
3- قلة عدد وحجم خلايا البوركنجى فى المخيخ وصغر فروعها نسبة للعاديين.
4- الخلايا العصبية فى الجهاز الطرفى أصغر حجما وأكثر تكثفا مقارنة بالأسوياء .

وما تشير إلية جميع الدراسات هو أن المصابيين بالأوتييزم يعانون خللا وضعفا فى نشاط الدوائر العصبية فى المخ وغيره من المناطق الواقعة تحت المخ ولذلك يمكن وصف اضطراب طيف التوحد بأنه إضطراب فى التنظيم العصبى (سليمان عبد الواحد ، 2010، 44-45).

الفرضيات النيورولوجية:

قد ترجع إعاقة التوحد إلي خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي فقد يكون هناك قصوراً معيناً في الوظائف الفسيولوجية ولكهربائية، وقد أثبتت دراسة بلوتين وآخرون أن صورة الرنين المغناطيسي التي تقارن الأشخاص التوحديين والمجموعة الضابطة من الأشخاص العاديين وجدت أن الحجم الكلي للمخ يتزايد لدي المصابين بالتوحد والنسبة الكبرى للزيادة في الحجم حدثت في كل من: الفص القذالي Occipital lobe والفص الجداري Barietal lobe والفص الصدغي Temporal lobe ولم توجد فروقاً في الفصوص الأمامية (Balottin, Begor, Cechini, Martelli, Polazzi, 1998,23).

كما أثبتت دراسة ابو العلا (1995) وعنوانها الجوانب النفسعصبية في أمراض الأطفال النفسية والعصبية أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية والتصوير بالرنين المغناطيسي يشير إلي احتمال وجود دور لجذع المخ في حالات التوحد، كما يوجد اضطرابات في أسفل المخ والجهد المستثار لهؤلاء الأطفال بنسبة كبيرة، ولكنها اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث .

ويرى القذافي(1994) أن الاضطراب العضوي الذي يصيب بعض مراكز المخ قد يؤدي إلي إحداث خلل في وظائف تلك المراكز، وخاصة في مجالات الإدراك والتوافق الحركي.

كما يوجد اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية المنتشرة في مركز المخ وبصفة خاصة في مراكز الانتباه والتعلم. ومن خلال فحص أدمغة الموتى من التوحديين وجد أن منطقتان في الجهاز الطرفي كانتا أقل تطوراً وهما اللوزة والخصيتين، وهاتان المنطقتان مسئولتان عن العواطف والعدوان والمدخل الحسي والتعلم، كما وجد أيضاً نقص في خلايا باركينيين parkinie في المخيخ Cerebellum مستخدمين التصوير بالرنين المغناطيسي، كما وجد أن منطقتين في المخيخ والفصيصات القرمية 6، 7 حيث كانتا أصغر من الأسوياء، ومن المثير للاهتمام أن بعض الأفراد التوحديين لديهم فصيصات قرمية 6، 7 أكبر من الأسوياء.

وقد قام كاوسكي (1997) ايضا بدراسة بعنوان رسم المخ الإلكتروني للاطفال التوحديين في مرحلة الطفولة وتهدف للتعرف علي اختلال وظائف المخ لدي 158 مريضاً بالتوحد من خلال فحص تغيرات غير طبيعية في رسم المخ الكهربي والتعرف علي نشأة مرض الصرع في المراهقين المصابين بالتوحد، وكشفت النتائج أن 47.5 من المرضي لديهم هذه التغيرات غير الطبيعية في المنطقة الجبهية في المخ(Kawasaki, 1997,120).

وقد تم فحص الأنسجة وعملية الأيض والهرمونات والأحماض الأمينية وأيضا الوصلات العصبية ودورها في حدوث التوحد وتبين أن مستوى السيرتونين في الدم أعلي لدي الأطفال التوحديين مقارنة بالأطفال الأسوياء (ملكية،1998، 185).

الفرضيات البيولوجية:

أوضح العديد من الباحثين في مجال الإعاقة أن الأسباب البيولوجية تعد أحد العوامل المؤدية للإصابة باضطراب التوحد (Acampa, M Guideri F, 2009,160) أشارت البحوث والدراسات إلى أن هناك فيروسات معينة ربما تكون من الأسباب المؤدية للإصابة باضطراب التوحد مثل فيروس الهيربس البسيط وفيروس عراك الخلايا (عبد الرحمن سليمان،2004، 55)، كما أوضح السيد الكردي (2005، 34) أن هناك نظرية تقرر إن فايروساً يصيب الطفل وهو جنين يولد معه ،وينشط عند تعرض الطفل لصدمة معينة مثل انتقاله من البيت إلى المدرسة أو ولادة طفل آخر، وأضاف عادل عبد الله (2008، 4) أن التلوث البيئي الكيميائي والتلوث الغذائي، وتعرض البويضات والحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية والإشعاعات يمكن أن يؤدي للإصابة باضطراب التوحد.

الفرضيات العضوية :

وهي الفرضية التي ظهرت سنة 1996 وتقول أنه من الممكن ان يصاب الولد بإضطرابات في الجهاز العصبي ناجمة عن بيتونات Peptides تحدث تأثيرات أفيونية طبيعية تؤثر على الجهاز العصبي وتؤمن هذه الفرضية ان هذه البيتونات تشتق وتنتج من عدم إكتمال إنحلال بعض الأطعمة وعلى وجه الخصوص الغلوتين من القمح ومشتقاته وبعض الحبوب الأخرى والكازين من الحليب ومشتقاته وسوف نتكلم عن هذا الموضوع

بالتفصيل في باب طرق التدخل والعلاج فقرة الحمية الغذائية الخالية من الغلوتين والكازين.
يقوم الباحثون الطبيون بالتعرف على تفسيرات مختلفة لحالات اضطراب طيف التوحد المتعددة، وعلى الرغم من عدم التوصل إلى سبب محدد واحد للتوحد فإن الأبحاث الحالية تربط بينه وبين الاختلافات الحيوية أو العصبية في الدماغ . ويبدو من خلال تحليل الصور الإشعاعية المغناطيسية (MRI) وجود اختلاف في تركيب الدماغ لدى الطفل التوحدي تبرز بشكل أكبر في الجزء المسؤول عن الحركات اللاإرادية للجسم .

ويبدو في بعض الأسر وجود نمط للتوحد أو الاضطرابات المتصلة به، وهو ما يوحي بوجود سبب جيني لحالات اضطراب طيف التوحدعلماً بأنه لم يتم حتى الآن الربط بين أي من الجينات والإصابة باضطراب طيف التوحد. وقد ثبت مؤخراً فشل العديد من النظريات القديمة ذات العلاقة بأسباب اضطراب طيف التوحدفهو ليس مرضاً عقلياً ، وكذلك فإن الأطفال التوحديين ليسوا أطفالاً اختاروا الخروج على قواعد السلوك المرغوب فيه ، كما أن اضطراب طيف التوحدلا يحدث نتيجة لسوء تربية الأبوين لأطفالهم، كما لم يثبت إلى الآن تأثير أي من العوامل النفسية التي يمر بها الطفل خلال مراحل نموه على إصابته باضطراب طيف التوحد.

الفرضيات النفسية والاجتماعية :

تشكل الأسباب النفسية عنصراً أساسياً في الإصابة بالعديد من الاضطرابات، والأمراض التي تؤثر على نمو الفرد، وتشكيل شخصيته، والفشل في تكوين علاقة بين الطفل، ووالديه قد تكون أحد أسباب اضراب طيف التوحد (ماجد عمارة، 2005، 26)، وقد أثبتت مارثا ولش Martha Welch نظرية تسمى بالعلاج المتماسك، حيث تري أنه ليس فقط العاطفة بين الطفل والأم في الحوار ولكن يجب بالضرورة الطلب من الأم حماية الطفل وإجبارهم على إقامة علاقة قوية بين الطفل وبينها بالرغم من صراخه وبكائه (في السيد الكردي، 2005، 31)،كما أضاف محمد خطاب (2005، 42) أن الطفل ذو اضطراب التوحد يتعرض لانفعالات حادة وهناك من يرى أن التوحد سبب مرض الفصام في

الطفولة ومع تزايد العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في المراهقة وهذا احتمال ضعيف لحدوث اضطراب التوحد.

وقد تصور كانر (kanner, 1943) في أول تقرير له عن اضطراب التوحد أن العامل المسبب للإعاقة هو مجموعة من العوامل الذاتية المحيطة بالطفل في مراحل نموه المبكر في نطاق الأسرة منها أسلوب التنشئة ومنها افتقار الطفل الحب والحنان ودفء العلاقة بينه وبين أمه ومنها غياب الاستثارة والنبذ واضطراب العلاقات الأسرية الوظيفية وغياب العلاقات العاطفية (فراج، 2002، 59).

ويرى كانر أن اضطراب التوحد لدي الطفل ينشأ من خلال عاملين هما المشاعر الباردة وعدم الاستجابة من الأم حيث يؤدي العامل الأول إلي الانسحاب الاجتماعي ويؤدي العامل الثاني إلي استمرارية بقاء الطفل منعزلاً (Carson, Butcher, Mineka, 2000, 68)

وتتمثل هذه الأسباب فيما يتعرض له الطفل من مثيرات ، وما تحيط به من خبرات الوالدين والمربين وما يظهر فى بيئته من مشكلات مادية إقتصادية ، ومايترتب عليها من مشكلات اجتماعية انفعالية . الأمر الذى يؤدى إلى عدم توافق الطفل مع المحيطين به ، والتكيف مع البيئة التلى يعيش فيها . بما يؤدى إلى إنسحابه وعزلته ، وتقوقعه حول ذاته (نبية إسماعيل ، 2009، 35-36).

فقد تصور كانر أن العامل المسبب للإعاقة هو مجموعة من العوامل الذاتية المحيطة بالطفل فى مراحل نموة المبكرة فى نطاق الأسرة ، منها أسلوب تنشئة أوتعامل الطفل مع الأسرة ، ومنها إفتقاد الطفل الحب والحنان ودفء العلاقة بينه وبين أمه، وغياب الإستثارة والنبذ وإضطراب العلاقات الأسرية وغياب العلاقات العاطفية (عثمان فراج،2002، 59) .

وقد لوحظ على والدى الشخص التوحدي مايلى :

- حوالى (24%) منهم يفضلون العزلة و(6%)إلى الإنعزال وإفتقار القدرة على التعبير العاطفى أو الجمود فى تعبيرات الوجه .
- هناك نسبه من الوالدين قد يعانى إضطرابا فى الشخصية يتمثل فى فقدان القدرة على التقمص العاطفى والميل إلى الشك وتفضيل الإنفراد .

- يعانى بعض الوالدين من صعوبات فى التواصل فقد تكون أحاديثهم غير مترابطة أى انهم قد يقفزون من موضوع الى آخر دون معرفة الحد المناسب من المعلومات الواجب سردها .
- يلاحظ على الوالدين أنهم عرضة لإضطرابات القلق .

لكن السؤال الذى يطرح نفسة هل هذه الإختلافات ناتجة حقا عن الإستعداد الجينى أم ناتجة من الضغوط النفسية التى تسببها تربية طفل أوتيزم ، فعلى الرغم من أن الإستعداد الجينى لمثل هذه الإضطرابات قد يلعب دورا أساسيا فى ظهورها إلا انه حتى الآن لم يتضح مدى دور الجينات ومدى دور الضغوط والبيئة الناتجة عن إنجاب طفل أوتيزم (هلا السعيد ، 2009، 68) .

الفرضيات الادراكيه :

يعتبر الطفل التوحدي غير قادر على الاستجابه للألم بشكل مناسب بسبب ضعف حاسة اللمس لديه وكذلك الشعور بالزمن والتوقيت (Tang Brill, 2001,4-5) ، إن الأطفال التوحديين لديهم صعوبات في عدم اتساق أو انتظام إدراكهم لبعض الأحاسيس وصعوبة الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم أثناء محاولة معالجة معلومة أخرى والتفكير بالصور وليس بالكلمات، وأيضا يتميزون باستخدام قناة واحدة فقط من قنوات الإحساس في وقت واحد كالسمع فقط أو الإبصار ... إلخ (محمد كامل، 2003 ، 62).

إن بعض الأطفال التوحديين يستمرون في مواصلة اكتشاف الأشياء عن طريق وضعها في الفم أو تقريب بعض الأشياء إلى الأنف أو تقريبها إلى العين، والبعض الآخر قد يثبِّت بصره على الأضواء أو الأشياء المتحركة أمامه (Creak, et.al 2003)

ويعاني اضطراب طيف التوحديون من القصور في التكامل الحسي الذي يتمثل في الحساسية الزائدة أو المنخفضة لأي مثيرات حسية تتمثل في البصر أو السمع أو اللمس. والحساسية المنخفضة تعني الاستجابة الأقل من العادية والحساسية الزائدة تعني الاستجابة الأعلى من العادية لأي مثيرات حسية سواء سمعية أو بصرية أو شمية أو لمسية وهذه الحساسية المفرطة سواء زائدة أو منخفضة يمكن ملاحظتها لدى الفرد في مواقف مختلفة وتجاه أشياء مختلفة (Scott, et al., 2000, 27) ويعاني الطفل التوحدي قصوراً

حسياً وإدراكياً ، وهو لايدرك أحياناً مرور شخص أمامه أو أي مثير خارجي ، وقد لا يتأثر حتى إذا وجد وحده مع أشخاص غرباء . كما أن حواس الطفل التوحدي قد تصبح عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي، وبمعرفتنا بالطفل التوحدي ندرك تماما بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية (سعد رياض، 2008، 18-20)

وإن بعض الأطفال يمتلك خبرات إدراكية غير سوية مثل: تجاهل الأصوات، ورفض النظر إلى الأشياء أو الناس، واختفاء الإحساس بالألم وغياب الإحساس بدرجات الحرارة.

ويظن الناس عادة أن الطفل ذا اضطراب طيف التوحدية مصاب بالصمم لأنه يتجاهل أصواتًا مرتفعة جدًّا كالفرقعة أو صوت انفجار ولايبدي أي استجابة لتلك الأصوات، ولكن في الغالب يعلم الوالدان أن طفلهما ليس أصم بل هو يسمع كل شيء لأنه قد يلتفت عند فتحهم مثلا (كيس شيبسي) أو مغلف شيكولاته أو أي شيء من الأشياء المفضلة لديه .

الفرضيات البيئية :

إن نسبة الوراثة بين التوائم المتطابقين لا تصل إلى نسبة 100%وهذا يوحي بوجود عوامل بيئية ينتج عنها بعض حالات اضطراب طيف التوحدحيث تتسبب في تلف الدماغ أو وظائفه ومن هذه العوامل ظروف الحمل والولادة والتعسر أثناء الولادة . وتقدر نسبة ظهور هذه المشكلات ب25% من المصابين باضطراب طيف التوحد وفي التوأمين المتطابقين عندما يكون احدهما مصابا بتوحد دون الأخر اتضح إن عملية الولادة كانت مختلفة فالطفل الذي أصيب باضطراب طيف التوحد غالبا ما يكون هو الذي تعرض لتعسر ومشكلات أثناء ولادته. وعلى الرغم من ذلك فان الباحثون يتفقون على إن صعوبات الولادة تعود للتطور غير الطبيعي للجنين أثناء فترة الحمل ولا تعد سببا للإصابة باضطراب طيف التوحد. فالمناعة نعمة من نعم الله سبحانه على الإنسان ووظيفتها حماية الجسم والتصدي لأي هجوم من جراثيم أو فيروسات خارجية دخلت الجسم ونستطيع قياس هذه الأجسام المضادة في الدم وعندما تكون المعدلات عالية نعرف أن الجسم تعرض لهجوم فيروسي والمتخصصون في مناعة الجهاز العصبي يرون أن اضطراب طيف التوحد بسبب تفاعل ذاتي مناعي أصبح يعمل بشكل غير طبيعي حيث أصبح يهاجم أعضاء الجسم نفسه

ويعتبرها أجسام غريبة ويهاجم بالتحديد المخ والغشاء المغطي للأعصاب ومن هنا أتت التسمية (ذاتي) وهذا التفاعل يؤدي إلى ضرر بالغشاء المغطي للأعصاب وهو في طور النمو كما يؤدي إلى تغيرات في الغشاء تبقى مدى العمر وتؤثر على وظائف المخ مثل السمع والذاكرة والتواصل والعلاقات الاجتماعية ومن العوامل التي تؤدي إلى التفاعل الذاتي هو تعرض الإنسان إلى فيروسات أو التهابات أو تطعيم أو تكون بسبب جين يتحكم في الجهاز المناعي فتؤدي هذه العوامل إلى تغيرات غير طبيعية في كرات الدم البيضاء من نوع ليمفوسايت وأيضاً زيادة نسبة الأجسام المضادة الذاتية .

فالأطفال التوحديين تزيد لديهم العوامل الجينية الخاصة في التفاعل المناعي ويتواجد في العائلات أمراض متعلقة بالمناعة مثل الروماتويد وهناك ثلاث دراسات تحاول إن تثبت علاقة التفاعل المناعي الذاتي باضطراب طيف التوحد(رابية حكيم، 1424هـ 43-44).

وهناك عدة عوامل بيئية ارتبطت باضطراب طيف التوحد لاحتمال كونها سببا من أسباب الإصابة باضطراب طيف التوحد وتشمل العديد من الاحتمالات ومنها:-

1- المشكلات التي تتعرض لها الأم أثناء الحمل والولادة.
2- هناك اضطرابات جينية قد تؤدي إلى نمو غير طبيعي أثناء الحمل مما كان من شانه أن يسبب مشكلات في الحمل والولادة .
3- حظي لقاح mmr باهتمام بالغ لكونه احد الأسباب المحتملة للإصابة باضطراب طيف التوحد إلا أن الدليل العلمي يشير إلى عكس ذلك.
4- قد تسبب الفيروسات وبعض الأمراض المعدية في إصابة قلة اضطراب طيف التوحد ولكنها لا تتعدى نسبة 4%من حالات اضطراب طيف التوحد.
5- إن التعرض للمواد الكيماوية السامة قد يتسبب في حدوث إصابات باضطراب طيف التوحدولكنه ايضابحاجة إلى المزيد من التقصي .
6- هناك على وجه التقريب 5% من المصابين باضطراب طيف التوحدممن يعانون اضطرابات في العمليات الايضية وهي تظهر في تحاليل البول والدم ولكن كيفية ارتباطها وعلاقتها باضطراب طيف التوحد تظل غير واضحة وهناك من يرى أن

العديد من المصابين باضطراب طيف التوحدلديهم حساسية من تناول الألبان والقمح وانه نتيجة لهذه الحساسية تظهر سمات اضطراب طيف التوحد وقد بذلت محاولات عديدة لإخضاع بعض الأطفال لحمية غذائية تبتعد عن تناول أي من الألبان والقمح ومنتجاتها وذكر عدد من الأسر أن أبنائهم ظهر عليهم بعض التحسن إلا أن هذا لاينطبق على معظم الأطفال .

7- جاء ربط المضادات الحيوية التي يتناولها الأطفال لالتهابات الأذن باضطراب طيف التوحد ولكن الدليل العلمي لهذا يعد ضعيفاً جداً

8- وفي النتيجة وبناء على ما سلف ذكره تختلف أسباب الإصابة باضطراب طيف التوحد من حالة إلى أخرى فالفيروسات تسبب اضطراب طيف التوحد لبعض الأشخاص ويسببه التعرض لكيماويات سامة لدى نسبة قليلة منهم وهناك بعض الحالات التي توارثت الاضطراب بينما أصيب بعض الأشخاص باضطراب طيف التوحد نتيجة لتغير مفاجئ في الجينات إلا أن جميع هذه الأسباب تنتج نموا غير طبيعي لوظائف المخ (وفاء الشامي، 1424هـ 1559-160).

ثانياً : الحقائق والاختلافات بين الاضطراب والاعاقات الأخرى

- **اضطراب التوحد كإعاقة عقلية:**

يشير عادل عبدالله محمد(2004) إلى أن اضطراب التوحد يؤثر بشكل سلبى على العديد من جوانب النمو الأخرى لدى الطفل ومنها الجانب العقلى المعرفى بطبيعة الحال لدرجة أن القصور العقلى المعرفى يعد من السمات الأساسية التى تميز اضطراب التوحد حيث نلاحظ وجود قصور فى الانتباه، والإدراك ، والذاكرة، والتفكير، والتجهيز المعرفى للمعلومات وتناولها، وانخفاض معامل الذكاء إلى حدود الإعاقة الفكرية. ونظرًا لزيادة انتشار اضطراب التوحد بين الأطفال واعتباره ثانى أكثر الاضطرابات النمائية شيوعًا وفقًا لتقريرالاتحاد الوطنى لبحوث اضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية **National Alliance for Autism Research(2003)** فإنه قد أضحى يمثل ثانى أكبر أنماط الإعاقة العقلية شيوعًا ولايسبقه سوى الإعاقة الفكرية.

- **اضطراب التوحد كإعاقة اجتماعية:**

من الملامح الأساسية المميزة لاضطراب التوحد أنه يعد بمثابة إعاقة اجتماعية يعانى الطفل على أثرها من قصور واضح في

©2019، حقوق النشر محفوظة لجريدة "الخليج"

اتضح من خلال سعي العلماء المستمر لكشف المزيد من الحقائق عن التوحد أن التوحد المصحوب بالإعاقة الذهنية يبدأ داخل رحم الأم عند تعرضها للالتهاب خلال الأشهر الـ3 الوسطى من الحمل.

تتعرض بعض النساء إلى ارتفاع معدلات «السيتوكينات» و«الكيموكينات» خلال فترة الحمل، وهي مواد مرتبطة بالالتهابات وتنظم عملية التواصل بين خلايا جهاز المناعة، ووجد علماء أن ارتفاع معدلات تلك المواد يرتبط بدرجة كبيرة بإنجاب طفل يعاني التوحد المصحوب بالإعاقة الذهنية، فقد اتضح من خلال الدراسة أن الالتهاب خلال الأشهر الـ3 التي تتوسط فترة الحمل كان واضحاً جداً لدى النساء اللاتي أنجبن أطفالاً يعانون التوحد المصحوب بالإعاقة الذهنية أكثر عن النساء اللاتي أنجبن أطفالاً يعانون التوحد فقط، وتعتبر الكيموكينات التي ترتفع خلال فترة الالتهاب أن لها دوراً في تنظيم تزايد وهجرة وتمايز الخلايا العصبية، كما وجد أن هنالك دورا خاصا ببعض السيتوكينات أثناء النمو العصبي للجنين كالسيطرة في تكون الخلايا العصبية وهجرة الخلايا العصبية والدبقية وتمايزها وتزايدها ونضوجها، وجميعها عوامل تشير إلى اضطراب المناعة لدى أولئك الأمهات، ويرى الباحثون أن التغيرات التي تطرأ على البيئة المناعية خلال فترة الحمل لدى أمهات الأطفال الذين يعانون التوحد مع الإعاقة الذهنية ربما أدت بدورها إلى تغير بمسار النمو العصبي للجنين والذي أدى إلى تغيرات بالنمط السلوكي الظاهري له والذي يظهر في حالة التوحد المصحوب بالإعاقة الذهنية، ويقول العلماء إن النشاط المناعي للأم يمثل أحد المسارات التي تؤدي إلى ارتفاع السيتوكينات، ومن العوامل المرتبطة بذلك السموم البيئية كمبيدات الحشرات وبعض الكيماويات الأخرى التي تكون بالبيئة المحيطة، ومن ناحية أخرى فإن تلك السيتوكينات والكيموكينات يمكن أن تتفاعل مع عوامل أخرى كجينات الوالدين.

مستوى نموه الاجتماعى فلا يصل غالبية هؤلاء الأطفال إلى المرحلة الثالثة من مراحل النمو الاجتماعى التى حددها إريكسون **Erickson** وهو الأمر الذى يستتبعه والضرورة حدوث قصور واضح وصارخ فى علاقاتهم الاجتماعية، ونقص أو قصور مماثل فى مهاراتهم اللفظية منها وغير اللفظية ينسحبون على أثره من المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة، ويتحركون بالتالى بعيدًا عن الأخرين وفقًا لتعبير كارين هورنى **K.Horney** ولا يتمكنون بالتالى من إقامة التواصل معهم، بل إنهم لا يتمكنون من إقامة حوار مع الأخرين، أوتكوين الصداقات معهم. والأكثر من ذلك أنهم لا يتمكنون من الحفاظ على تلك الصداقات الآلية مع أخوتهم أو أقاربهم أوجيرانهم لكونهم أخوتهم أو أقاربهم أوجيرانهم وذلك نظرًا لتفضيلهم العزلة والوحدة وقيامهم بالترديد المرضى للكلام.

- **اضطراب التوحد كإعاقة عقلية اجتماعية متزامنة :**

لا يعد اضطراب التوحد إعاقة عقلية فقط، أو إعاقة اجتماعية فقط وإلا كان الأمر أسهل وأيسر من ذلك بكثير، ولكننا نرى فى الواقع أن هذا الإضطراب إنما يجمع بين الإعاقتين فى ذات الوقت أى أنه بذات الوقت يعتبر إعاقة عقلية واجتماعية متزامنة وهوالأمر الذى يعنى أن كلتا الإعاقتين تحدثان فى الوقت ذاته وذلك جنبًا إلى جنب وإن اختلفت كل منهما عن الأخرى فى مستواها أو درجة حدتها بحيث تزيد حدة الإعاقة الإجتماعية عن مثيلتها العقلية، وإذا كان المستوى العقلى للطفل ذى اضطراب التوحد يعد متدنيًا للغاية فكيف يكون الحال إذن بالنسبة للجانب الاجتماعى.

**الفرق بين طفل التوحد وطفل التخلف العقلى:

وجه المقارنة	طفل التوحد	طفل التخلف العقلى
اللغة	النمو اللغوى متوقف وهالبا محدود يعكس الضمائر يعانى من الايكولاليا	يستطيع تكوين حصيلة لغوية عالية واستخدامها لا يعكس الضمائر لا يعانى من الايكولاليا
التواصل الغير لفظى	لا يفهم التعبيرات الوجهية بشكل صحيح لا يستطيع استخدام الإشارة بشكل سليم للتعبير عن احتياجاته	يفهم التعبيرات الوجهية يستطيع استعمال الاشارة بشكل سليم
التفاعل الاجتماعى	لا يوجد تواصل اجتماعى حتى مع الوالدين لا يوجد تواصل بصرى لا يتضايق من وجودة بمفردة	تفاعل اجتماعى عالى مع الأخرين يتواصل بصريا لا يحب ان يكون بمفردة
الرعاية الذاتية	يحتاج الى مجهود وصبر فى التدريب يحتاج الى رعاية مستقبلية مدى الحياة لا يستطيع الاعتماد على الذات	يمكن تدريبة بسهولة خاصة (المتوسط والبسيط) يمكنة الاعتماد على نفسة
سبب الإصابة	اعاقة نمائية يولد بها تظهر خلال الثلاث سنوات الاولى	اعاقة تحدث نتيجة حادث و اصابة للطفل بعد الولادة

وفضلاً عن ذلك هناك عدد من السمات التى تميز الأطفال ذوى اضطراب التوحد فى عدد من المجالات والتى تعتبر من الملامح الأساسية المميزة لهذا البعد من الإضطراب، وبالتالى يتم الإعتماد بدرجة كبيرة على وجودها لدى الطفل حتى يتم تشخيصه على أنه يعانى من الإضطراب وتندرج هذه السمات تحت خمسة مجالات أساسية هى : العلاقات الإجتماعية، والتواصل، والسلوكيات، والعمليات الحسية والإدراكية، واللعب.

- **اضطراب التوحد والتلازم المرضى مع قصور الانتباه :**

يعرف التلازم المرضى بأنه وجود حالتين مرضيتين لدى نفس الفرد فى ذات الوقت، أى تزامنهما معًا ككيانين مستقلين دون أن يتضمن طبيعة إحدهما طبيعة الحالة الأخرى لأن مثل هذا التضمن إنما يعنى التداخل ليس التلازم المرضى. ويعد اضطراب قصور الانتباه أحد ثلاثة أنماط يتضمنها اضطراب قصورالانتباه والنشاط الحركى المفرط ويعد أحد الاضطرابات النمائية الشائعة بين الأطفال، ويتسم فى الأساس بعدم القدرة على الانتباه للتفاصيل، وقصر مدى الانتباه، سهولة التشتيت، وعدم القدرة على التركيزأو اتباع التعليمات أو الترتيب أو التنظيم فضلاً عن كثرة النسيان فى الأعمال المتكررة والمعتادة، فقد الأدوات الضرورية للقيام بالأنشطة المختلفة. ويشترط أن تظهر بعض الأعراض الدالة على الإعاقة فى محيطين بيئيين أو أكثر كالمدرسة والعمل والمنزل، وأن تكون هناك أدلة واضحة على وجود إعاقة ذات دلالة من الناحية الإكلينيكية فى الأداء الوظيفى الاجتماعى، الأكاديمى، المهنى (عادل عبدالله محمد، 2014، 107).

من موقع
https://www.sayidaty.net/node/869221/
في الوضع الحالي للعلوم، لا يمكن الشفاء من التوحد. ومع ذلك يمكن تحقيق الكثير من التقدم بفضل الدعم المبكّر، والإدارة المتخصصة المناسبة لنوع "التعليم الاجتماعي – التربوي الممنهج"، بغضّ النظر عن سن ومستوى الشخص المصاب. وبغضّ النظر عن السن، فإنَّ أيّ شخص مصاب بالتوحد يمكنه أن يتعلم، ولكن ليس بالطريقة نفسها التي يتعلم بها الأشخاص العاديون. ولهذا السبب يجب أن تكون طريقة التعليم مفصلة ومناسبة لكل شخص على حدة. وحيث إنّ مستوى الفهم ووتيرة التعلم والحاجات الفردية تختلف بشكل كبير، يجب أن تكون استراتيجيات التعليم مفصلة ومناسبة لكل شخص بمفرده. بالإضافة إلى ذلك، يجب الأخذ بعين الاعتبار المواهب والمهارات التي يتمتع بها كل شخص. وعلى الشخص المعني بالتعليم والتدريب، أن يكون قادرًا على إدراك ما هو المتوقع من الشخص المصاب بالتوحد، بالنظر إلى صعوبات التواصل، ومعالجة المعلومات، حيث يقتضي ذلك أن يكون الشخص المهني على مستوى مناسب.

ثالثاً : الحقائق والاختلافات حول التدخلات العلاجية للاضطراب

اضطراب طيف التوحد اضطراب ولادي ، استعرضنا كثيرا أوجه الاختلافات في التعريف والمعايير والتشخيص والافتراضيات المسببة ، ومن الطبيعي بعد هذا الكم من الاختلافات في فهم جوهر هذا الاضطراب أن نجد اختلافات في طرق التدخلات العلاجية ووسائل التدريب والمساعدة لهؤلاء الأطفال التوحديين ، ولا شك أن البدء في العلاج في سن مبكر يتيح فرص أفضل لمنع حدوث آثار سلبية على قدرات الطفل في المجالات المختلفة، فهو مفيد لكل من الأهل والطفل، حيث يتدرب كل منهما كيف يتعامل ويتعايش مع الآخر. كما أن التدخل المبكر مهم لمنع التأخر اللغوي ولتطوير القدرات العاطفية والاجتماعية لدى الطفل وهي عناصر بلا شك يحتاجها كل من الطفل وأسرته. ولابد من الاخذ في الاعتبار بعض العناصر الاساسيه في تطبيق البرامج التربويه التي تعتبر من اهم التدخلات للطفل اضطراب طيف التوحدي :

1- تحديد احتياجات الطفل الفردية من خلال أساليب التشخيص والتقييم المناسبة لهؤلاء الأطفال.
2- تقديم المهارات الأكثر إلحاحا في عملية التعليم والتدريب، كالبدء بتدريب حواسه ومدركاته الحسيه والتواصل والمهارات الاستقلالية والاجتماعية، والاهتمام بالتخلص من العادات السلوكية الخاطئه، ثم في مرحلة لاحقه الانتقال إلى المهارات الأخرى كالأكاديمية والرياضية والترويحية والمهنية وغيرها.
3- مراعاة الفروق الفردية وعدم الإسراع بالطفل قبل التأكد من إنجاز المهام.
4- التدريس الفردي في جلسات فرديه مع عدم إهمال المشاركات الجماعية.
5- تنظيم البيئة الصفية بشكل يتيح عملية الحركة والانتقال بسهوله في الفصل.
6- استخدام جداول عامه وجداول خاصة بالا نشطه لكل طفل وحسب قدراته.
7- استخدام جداول وبطاقات للتواصل تناسب الاطفال مع تعميمها في المدرسة والبيت.
8- الاعتماد على خطة الطفل الفرديه في تعليمه وإكسابه للمهارات.
9- الاهتمام بالجانب الترفيهي والرحلات والزيارات لربط الطفل بالمجتمع.

10- متابعة وضع الطفل الصحي وما يطرأ من تغيرات نتيجة تعاطي الأدوية او الحميه الغذائية.

ونستعرض الآن أوجه الاختلافات في طرق التدخل العلاجية والارشادية للتوحد على النحو التالي :

- **العلاج المركز على اللعب :**

هو فلسفه وفنيه ابتكرها ستانلي جرنسبان والفلورتايم أسلوب جديد لعلاج الأطفال التوحديين ويركز هذا الاسلوب على النمو الانفعالي من خلال تشجيع التفاعل الاجتماعي مع الأطفال التوحديين . ومفادها أنه يجب إبعاد كل أدوات اللعب عن الطفل التوحدي حتى لا يرتبك ولا بد من تشجيعه على الاستكشاف حيث يمكن أن نضع الطفل على سجادة ناعمة مع ألعابه التي يفضلها (Greenspan, 2006) ، وهو اسلوب منظم للعمل مع الطفل التوحدي لتنمية تواصل انفعالي جيد مع مناحي الرعايه لهذا الطفل فهو اسلوب يستخدم الكفاءات النمائيه الاساسيه للطفل والتي تتضمن قدرات الانتباه والارتباط والتواصل ثنائي الاتجاه من اجل تقديم وتميز الخبره وبذلك لايعد الفلور تايم برنامجا للعب بمفهومه المعروف ولكن الفلوتايم يشبه التفاعل واللعب الاعتيادي في التلقائيه والمتعه لكنه يختلف عن اللعب الاعتيادي في ان المعالج والوالد يتخذون دورا نمائيا (Kalek,2008,58) ، فطريقة (الفلور تايم) أو ما قد يسمى وقت الجلوس الايجابي مع الطفل يعتمد على دعم وتعاون الاهل والاختصاصين للطفل باتاحة الفرصه له للتعبير عن ما بداخله ولتوجيهه ولمساعدته ليخطو خطوات اعلى في السلم التطوري ويستعيد الطفل مافقده من مهارات او يكتسب مهارات تطوريه ضروريه لتقدمه (محمد الامام ,2009).

وأول من وضع الأسس الأولى للفلورتايم 1970 هو بروفسور علم النفس جرين سبام المختص في مراحل تطور الطفوله ويمكننا وصف طريقة الفلور تايم بانها عباره عن

علاقة تواصل ناتجه عن خبرة مكثفه بين الطفل واحد الابوين او احد الاختصاصيين واذا نظرنا الى المعنى الحرفي للفلور تايم وهو وقت الجلوس على الارض فانه كذلك لان هذه الطريقه تتطلب من الاهل النزول الى مستوى الطفل ومحاكاة شعوره واعطائه زمام هذا الوقت مع توجيه بسيط له (اسامه فاروق ,234,2011) ، ولا شك ان التركيز على الترابط والتواصل والتفاعل مع الاخرين يعتبر منهجا اساسيا لعملية التعلم والتطور لأن العقل والمخ لايتطوران دون ان تتم عملية تغذيه من خلال العلاقات الانسانيه لذلك فان الثقه بالنفس والمبادره والتفكير الابداعي او التخيلي لاتنمو دون وجود علاقات اجتماعيه او دون منبع دائم ومستمر من التواصل والتفاعل مع الاخرين واكتساب خبرات مختلفه (ابراهيم العثمان ,2012, 215).

وقد أظهرت نتائج دراسة أشرف عطيه (2010) بعنوان :فاعلية برنامج قائم على أستخدام الفلورتايم في تنمية التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين وهدفت الى : التحقق من مدى فاعلية برنامج قائم على استخدام استراتيجية الفلوتايم العلاجيه في تنمية التفاعل الاجتماعي لدى عينه من الأطفال التوحديين عددهم عشرة اطفال في مرحلة ماقبل المدرسه واستخدم مجموعه من الادوات منها :مقياس التفاعلات الاجتماعيه وبرنامج قائم على استراتيجية الفلور تايم وكشفت النتائج انه توجد فروق ذات دلاله احصائيه عند مستوى (0.01) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيه والضابطه في القياس البعدي على مقياس التفاعلات الاجتماعيه في اتجاه التطبيق البعدي في حين لم تسفر النتائج عن وجود فروق ذات دلاله احصائيه لنفس المجموعه التجريبيه في القياسين البعدي والتتبعي بعد مرور شهرين.

إن التخيل أو التظاهر باللعب مثل الأطفال الذين يلعبون بالدمى أو قيادة كرسي كأنه سيارة هو أمر يجب اعتباره من المسلَّمات كجزء من نمو الأطفال، وهذا جزء مهم في نمو الطفل ولا يكون لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحدية رغبة في اللعب بهذه الطريقة أبدًا، والأطفال ذووالاضطراب طيف التوحدي يفتقرون إلى الكثير من أشكال اللعب الاستكشافي في السنوات الأولى من العمر، وعندما يقوم الطفل التوحدي

بتناول الألعاب من أجل اللعب فإنه يلعب بها بطريقة غير هادفة وغير مقصودة وغير عادية تفتقر إلى التنوع والابتكار والتخيل، كما يظهر الأطفال ذووالاضطراب طيف التوحدي قصورًا في اللعب الرمزي والتخيلي والتلقائي، ويقصد هنا اللعب الرمزي التخيلي واستخدام أشياء معينة للتعبير عن أشياء أخرى مثل استخدام سيارة صغيرة كأنها سيارة شرطةأو استخدام علبة بيبسي مثلا كأنها مثلا سيارة،أو المشي بطريقة تشبه الأب للتشبه بالأب مثلا أو الأم،أو فتح الذراعين على طولهما والتحرك بشكل يشبه حركة الطائرة مثلا، وهكذا (Marshell, 2003).

إن الأطفال التوحديين يظهر عليهم في سن ما قبل المدرسة نقص واضح في القدرة على اللعب الخيالى مثل: اللعب بالأدوات، وغياب لعب أدوار الكبار، واللعب الجماعى، ويكون اللعب التخيلى بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام، ولا يشترك في اللعب الجماعى ويفضل اللعب الفردى،وإذا اشترك في اللعب الجماعى فإنه يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة (آمال باظة، 2003، 25).

إن لعب الأطفال التوحديين يكون في نطاق محدود تمامًا؛ فهذه الفئة من الأطفال تميل إلى تكرار نفس النشاط ولا تنمى أو تطور من اللعب التظاهرى أو اللعب التخيلى؛ الأمر الذى يجعل سلوك الأطفال التوحديين خلال ممارسة اللعب يفتقد إلى الإبداع والتجديد والتخيل، فى حين يبدأ الأطفال العاديون باستخدام خيالهم في اللعب ابتداءً من سن 18 شهرا، كأن يلعب الطفل بكوب ورق يستخدمه على أنه قبعة (عبد الرحمن سليمان، 2004 ، 35).

وقد لاحظ علماء الصحة النفسية والتربية الخاصة أن بعض الأطفال التوحديين لا يفهمون أبعاد اللعبة كما في لعبة السيارات مثلاً حيث نرى أنهم يضعونها خلف بعضها البعض دون حركة, و إنما يقومون فقط بصفها بشكل واحد أو على هيئة واحدة, بعكس أطفال آخرين في لعبهم مع الأحجية (البازل Puzzle) فقد يُركب أحدهم 1000 قطعة بشكل مرتب و منظم و محكم وقسم ثالث من الأطفال التوحديين يقومون برسم أشكال و ألوان يعجز الإنسان العادي عن رسمها . و قد أوضحت أمثال هذه المشاهدات و

الملاحظات التي جاءت في الدراسات الخاصة بهذا الموضوع أن الخلايا و المراكز الموزعة في المخ هي المنطقة الوحيدة السليمة وغير مصابة بإعاقة المراكز التي لها علاقة بالنشاطات التي يعملها الطفل التوحدي .

وأن بعض الإشارات العصبية المسؤولة في بعض أجزاء المخ سليمة وأن بعض الأجزاء تالفة أو أصابها خلل لذلك فإنها تنعكس على مدركات الطفل التوحدي و تفكيره مما يعطي إنطباعاً لدى الجميع بأنه لا يعرف العلاقات في اللعب أو أنه غير مثقف اتجاه اللعبة التي يلعبها. فالأطفال التوحديين ثقافتهم تختلف عن ثقافة الأطفال العاديين وكذلك مدى سلامة الأجهزة العصبية و المخية و الجهاز العصبي المركزي ومدى تطورهم و نضجهم النفسي و الجسمي و العقلي و تناسبها مع مجريات الأحداث و الخبرة العملية والتدرج لنمو العقل و الخبرة في مجال الحياة .

ويُطلق على اضطراب طيف التوحد مُسمى ذوي القصور النمائي الشامل و يختلفون في سماتهم من مستوى إلى مستوى آخر مما يعكس إختلافاً في اللعب حسب شدة الإصابة بالمخ و شدة الأعراض المصاحبة للحالة المرضية . فالعملية المعرفية و العقلية و الرضاء الوجداني للتوحديين شيء صعب جداً مع ظروف التطور التكنولوجي الحديث و مستوى الألعاب الحديثة و مدى التعقيدات التي بها, و تجدر الإشارة هنا إلى أن الوالدين في الأسرة أو الهيئة التدريسية في المدرسة أو المعهد يجب أن تختار نوعية الألعاب و مستواها العلاجي التي تُلائم ثقافة و مستوى وحدة الأطفال التوحديين , علماً بأن ألعاب العصر الحديث أصبحت مُعقدة ومُتطورة وتحتاج إلى إرتياح نفسي و إنعدام القلق و التحكم الجيد في اللعبة ويمكننا أن نتدرج في الألعاب حسب تطور الطفل و نضجه العقلي و سلامته النفسية و أن تقدم إليه من خلال الوسائل التي تسمح لنا باللعب معه و حسب الجدول الوظيفي لمعززات اللعب و أن تقدم إليه كذلك من خلال أجهزة الكمبيوتر ألعاب و برامج مُسلية و في نفس الوقت تعليمية و ترفيهية بسيطة حيث يكون اضطراب طيف التوحدي بإستطاعته أن يلعب اللعبة التي يختارها مثل لعبة الأتاري أو السيجا إلى جانب أن هناك ألعاباً رياضية قد نشاهدها في التلفزيون أو الفيديو.

ولا شك أن الجهات المُختصة من قطاعات الدولة يجب أن توفر للأفراد الذين لديهم إعاقة (فئة اضطراب طيف التوحد) المرافق العامة التي تتوفر فيها الألعاب والأجهزة الترفيهية و الأجهزة الإلكترونية ذات الألعاب التعليمية المتنوعة المناسبة لهم, حيث أن هذه المشاركة والتعاون و التنسيق بين وزارة التربية ووزارة الصحة ووزارة الشؤون الإجتماعية و العمل والمؤسسات الخاصة و الخيرية سوف تكون مثمرة و مفيدة لأطفالنا من ذوي الحاجات الخاصة و التي يكون لها دور فعال في وضع استراتيجيات علاجية تُحسن وتطور وضع طفل اضطراب طيف التوحد. ومن الضروري أن تدرك الأسرة المنزلية والمدرسية أن برامج الأطفال التوحديين ذات فائدة ترفيهية و ذات فائدة علاجية بطريقة تعليمية و عليها أيضاً أن تعرف مدى العلاقة بين الألعاب و المشاكل والحساسية التي يعاني منها اضطراب طيف التوحدي, فمثلاً هناك ألعاب خاصة على تدريب الحواس و العقل كتلك التي قد يعاني من مشكلتها الطفل التوحدي فلا بد أن يعرف الفريق المختص العارف بالأهداف والمهارات الوجدانية و المعرفية كيف يصل إلى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحدعن طريقها .

فالتدخل السريع مع تطور النمو الإدراكي لفئة اضطراب طيف التوحد أمر مهم, لمنعهم من التكسير و التخريب و هذا شيء طبيعي كما إختياره للعبة شرط رئيسي لراحته النفسية و لو أن الخبراء و المختصين يرون أهمية التدقيق في نوع اللعبة مع مراعاة نوع الإعاقة و شدتها و الإهتمام بإخضاع اللعبة للبحث العلمي بعد ملاحظة الطفل وسلوكه حيالها و الأعراض الملازمة له لأن التدخل في حل مشاكل اضطراب طيف التوحديين ضروري جداً و أن الغفلة عنهم و عدم الإرشاد و التوجيه اللازم لهم أمر ضار على العلاج وعلى التطور المنتظر للطفل .

وبما أن الأطفال التوحديين تفكيرهم غير مرن في الغالب و غير منطقي فإننا نجد أن إستجابتهم بطيئة للمواقف المعقدة في اللعبة و تنعكس على تعاملهم مع اللعبة بشكل عدواني فيقومون بالتكسير و التدمير, لذلك كان مهماً أن نبين الأهداف العلاجية للعب عن طريق إدراك القدرات المعرفية و الجسمية و النفسية لتقدم هؤلاء الأطفال و

تطورهم النمائي الشامل, مثلاً لعبة الفك و التركيب التي تُعطي للتوحديين بعض المفاهيم البسيطة والخاصة عن منهج الحياة التي يُمارسها الطفل التوحدي من واقع منزله أو مدرسته سواء كان ذلك في مأكله أو ملبسه أو أي جانب آخر من حياته الإجتماعية , علماً بأن الألعاب تتنوع بأشكال وهيئات و صور متعددة تخدم الجانب العلاجي للطفل المصاب باضطراب طيف التوحدو كما قلنا أن نوع اللعبة و شكلها يرجع لمدى فهم الأسرة لحاجات الطفل مثال ذلك : الألعاب ذات التنمية للعضلات الصغيرة (أصابع اليد) و الألعاب ذات التنمية للعضلات الكبيرة (اليدين والرجلين) و هذه الألعاب و غيرها من الألعاب ذات العلاقة بالجانب الجسمي و الحركي يجب أن تكون محل إهتمام الأسرة و المدرسة . و تأتي هذه الخطوات العلاجية من خلال التشاور مع المُختصين و إقامة الندوات العلمية و الإطلاع على البحوث التجريبية لرسم استراتيجيات مُستقبلية , و بالمتابعة المستمرة لخطوات تنفيذ البرامج العلاجية للأطفال التوحديين حيث نجد أن النتائج جيدة و مثمرة لهم .

يحتار الاهل والمدرسين للأطفال التوحديين في كيفية اختيار ألعاب هؤلاء الأطفال وما هي نوعيتها وهل يتم اختيارها حسب سلوك الطفل ام حسب مستواه العقلي أم مستوى النضج ام مستوى التكيف العلاجي وكل ذلك بسبب التداخل المتشابك في السلوكيات المتنوعة والاعراض المختلفة ، والإجابة العلمية والسليمة على جميع هذه التساؤلات مسألة ضرورية للأسرة التي لديها طفل توحدي فاللعب يعتبر امرا لازما للطفل عموما ،ولكنه للطفل اضطراب طيف التوحدي يكون ضروريا أو حتميا ، ولهذا يصنف اللعب ضمن الحاجات النفسية والجسمية له، ومثله مثل الحاجة إلى الطعام والشراب والاستحمام.

ونظرا لأهمية اللعب في حياة الطفل التوحدي فقد ارتكزت أكثر الاختبارات لتشخيص اضطراب طيف التوحدفي عمر 18 شهر على عدة ألعاب يمكن للوالدين لعبها مع الطفل ومن هذه الأختبارات الـ (CHAT) وهو اختصار لـ (Check List For In Toddlers) وبنيت الألعاب في هذا الإختبار على البحث الذي أظهر ان الطفل المصاب باضطراب طيف

التوحد يفشل في تطوير مهارتين في اللعب بعكس الطفل السوي ، المهارة الأولى هي اللعب التمثيلي والثانية هي انه لا يؤشر حتى يجذب انتباه من حوله ويقول كبير الباحثين ممن وضعوا هذا الاختبار ان الطفل الطبيعي في عمر 9 إلى 14 شهر يمكنه متابعة نظرات البالغ إلى لعبة او شئ قريب من الطفل في نفس الغرفة كما يمكنه التأشير إلى لعبة او شئ غريب لجذب انتباه البالغ اليه ، وهي خطوة مهمة في التطوير الاجتماعي بينما لا يقوم الطفل التوحدي باللعب التخيلي أو التمثيلي كأن يصب الشاي في الكوب ويطعم اللعبة ومن احدى الألعاب في هذه الاختبارات لمعرفة قدرة الطفل على اللعب التخيلي هو ان يقدم الوالدين إلى الطفل أكواب شاي أو أبريق شاي (لعبة) ويسأله أحد الوالدين هل تشرب الشاي؟ والطفل الطبيعي في هذا العمر عادة يمثل انه يصب لنفسه كوبا من الشاي وقد يظهر بعض الأصوات التي تمثل الشاي وهو يصب ، ثم يقرب الكوب من فمه وكأنه يشرب ، أو يقربه للعبة لتشرب ، ولكن لن يقوم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحدبذلك .

ومن هنا يأتي دور الأهل والمدرسة لاختيار مجموعة من الألعاب وهذه الألعاب يتم اختيارها حسب سلوك الطفل ومستواه العقلي ومستوى التكيف العلاجي مع أهمية ان تخدم هذه اللعبة أحد حقول التطور السبعة عند الطفل التوحدي و التي سنتكلم عنها لاحقا فمثلا هناك ألعاب ذات آثار خاصة مثل تمارين خاصة للعضلات الدقيقة للأصابع والوجه أو العضلات الكبيرة لليدين والرجلين ومن هذه الألعاب قذف الكرة ، التسلق ، السباحة ، الركض ، المشي، شد الحبل (عضلات كبيرة) أو ألعاب الفك والتركيب الضغط على المعجنات الطينية (عضلات دقيقة) وألعاب الحساب والمطابقة والتصنيف (مهارة أكاديمية) وألعاب القص واللصق والتفييل وضع مجسمات صغيرة وألعاب التهجئة (مهارة مهنية) وألعاب الحوارات والقصص والتكلم على الهاتف (تواصل) وأخيرا ألعاب التعارف واللعب الخيالي (مهارة اجتماعية) ويستهدف من وراء هذه الألعاب تقويم عيب بدني أو الحد من إعاقة جسدية معينة للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد أو تخفيف قصور نمائي يعاني منه .

وتوضح ماكنتاير (2004، 3) أن بعض أطفال التوحديين لا يفهمون أبعاد اللعبة كما في لعبة السيارات مثلاً حيث نري أنهم يضعونها خلف بعضها البعض دون حركة, و إنما يقومون فقط بصفها بشكل واحد أو علي هيئة واحدة, بعكس أطفال آخرين في لعبهم مع الأحجية (البازل **Puzzle**) فقد يُركب أحدهم 1000 قطعة بشكل مرتب و منظم و محكم. و قسم ثالث من أطفال التوحد يقومون برسم أشكال و ألوان يعجز الإنسان العادي عن رسمها. و قد أوضحت أمثال هذه المشاهدات و الملاحظات التي جاءت في الدراسات الخاصة بهذا الموضوع أن الخلايا و المراكز الموزعة في المخ هي المنطقة الوحيدة السليمة و غير مصابة بإعاقة المراكز التي لها علاقة بالنشاطات التي يعملها الطفل التوحدي. و أن بعض الإشارات العصبية المسئولة في بعض أجزاء المخ سليمة و أن بعض الأجزاء تالفة أو أصابها خلل لذلك فإنها تنعكس علي مدركات الطفل التوحدي و تفكيره مما يعطي انطباعا لدي الجميع بأنه لا يعرف العلاقات في اللعب أو أنه غير مثقف اتجاه اللعبة التي يلعبها. فأطفال التوحد ثقافتهم تختلف عن ثقافة الأطفال العاديين و كذلك مدي سلامة الأجهزة العصبية و المخية و الجهاز العصبي المركزي و مدي تطورهم و نضجهم النفسي و الجسمي و العقلي و تناسبها مع مجريات الأحداث و الخبرة العملية والتدرج لنمو العقل و الخبرة في مجال الحياة .يحتاج الطفل المصاب بالتوحد إلي أن يتعلم مهارات اللعب مع الأقران والمجتمع المحيط فيه بحرية وبجو آمن مطمئن مما يساعد الطفل علي التواصل والتفاعل مع الآخرين والخروج من العزلة المتقوقع داخلها ..وذلك بالتعامل مع الطفل وجذبة وذلك عبربعض الاستيراتيجيات .

انواع أنشطة اللعب لدي الأطفال التوحديين :

1-أنشطة الألعاب الفنية :

تشير(الزيات ،2006 : 186) أن هذه الأنشطة تحظي بإهتمام كبير للغاية واتفاق بين كثير من الباحثين نظرا للأهمية المتعددة لهذه الأنشطة الفنية مثل التلوين والتشكيل والرسم باختلاف الخامات المستخدمة اضافة إلي أن هذه الأنشطة المحببة

تحظي لدي جميع الأطفال بأهمية وتحقق أعلي درجات الاستمتاع التي يمكن أن تنال في مواقف اللعب .

وقد جاء أخر تعريف من الرابطة الأمريكية للعلاج بالفن **(AATA,2004)** (بأن العلاج بالفن هو الاستعمال العلاجي للإنتاج الفني، وفي حدود علاقة مهنية، من قبل أفراد يعانون من مرض، أو صدمة، أو مصاعب في الحياة، ومن قبل أفراد يسعون للنمو الشخصي).ومن خلال ابتكار الفن والتمعن في إنتاجه وعملياته يستطيع الأفراد أن يرفعوا من درجة إدراكهم لأنفسهم وللآخرين، والتأقلم مع أعراضهم المرضية، والضغوط التي تنتابهم، والصدمات التي يمرون بها، فيحسنون من قدراتهم المعرفية، ويستمتعون بمتعة الحياة الأكيدة من خلال عمل .

ويوضح عبد الله (2002) أن الرسم يعد عملاً فنياً تعبيرياً يقوم به الطفل وهو بديل عن اللغة المنطوقة ، وشكل من أشكال التواصل غير اللفظي . وكذلك له وظيفة التنفيس الانفعالي ، حيث تمثل الرسوم انعكاسا لحقيقة مشاعرهم نحو أنفسهم والآخرين ومن ثم كانت الرسوم وسيلة ممتازة لفهم العوامل النفسية وراء السلوك المشكل . وقد أثبتت الدراسات النفسية التحليلية للأطفال أننا نستطيع من خلال الرسم الحر الذي يقوم به الطفل أن نصل إلي الجزء غير المفهوم من سلوكه ومشاعره ، أو إلي أمور لا شعورية غير ظاهرة ، والتعرف بالتالي علي مشكلاته وما يعانيه . وكذلك التعرف علي ميوله واتجاهاته ومدي اهتمامه بموضوعات معينة في البيئة التي يعيش فيها , وعلاقته بالآخرين سواء بالأسرة أو الأصدقاء أو الكبار . وعلي هذا يكون الرسم أداة مناسبة لأقامه حوار وتحقيق التواصل مع كل الأشخاص علي حد سواء ، حتي أولئك الذين لا يجيدون الرسم .

ويشير جوهر (2007) بأن يُلاحظ علي الأطفال العاديين أنهم يُعبرون في رسوماتهم أحياناُ عن أشكال اللعب فيختار كل منهم الشكل الذي يروقه و ينبعث ذلك من الطفل ليرضي حاجاته حيناُ أو لمواجهة بعض المواقف الخاصة أحياناُ أخري . و هو نشاط يحتاجه الطفل لتنمية قدراته الذهنية و تطوير أفكاره و إثراء خياله وإثراء معرفته. فالتعبير الفني للطفل العادي يشبه اللعب الإيهامي الذي يُعبر فيه الطفل عن الأشياء المحيطة بهو هي في

الغالب أشياء ملموسة - ذات طابع واقعي - يحدثها وفقاً لصورة ينقلها لـه خيالـه الشـخصي الذي هو وحده وليد إنفعالاته الذاتية , و إذا كـان هنـاك فوائـد هامـة تعـود عـلي الأطفـال العاديين من خلال التعبير الفني فإن من الممكن أن يُستفاد منها لأطفال التوحدي.

ويحدد (عبد الحميد ،1999) الفوائد الناجمة عن استخدام الأنشطة الفنيـة مـع الأطفـال فيما يلي :

1- التعبير عن الحاجات والرغبات والدوافع التي لا يستطيع الأطفال التلفظ بها شفهيا .
2- البحث عن الصراعات الدفينة في الشخصية .
3- التعرف علي المشكلات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها الطفل .
4- التعـرف عـلي شـبكة العلاقـات الاجتماعيـة التـي يعـيش في ظلهـا الطفـل , والأشـخاص المؤثرين في حياته .
5- التعرف علي مدي علاقة الطفل بأشخاص معينين ومـدي المشـاعر الايجابيـة أو السـلبية التي يكنها نحوهم.
6- تفريغ طاقات الطفل في أمور ايجابية مثمرة .والتعرف علي الألـوان وعلاقتهـا بالطبيعـة والحياة الاجتماعية المحيطة ، ودلالات استخدام الأطفال لها في رسومات الطفل .
7- تنمية الحس الجمالي والذوق الفني عند الطفل .
8- تنمية روح الخيال عند الطفل .
9- تفريغ الشحنات الانفعالية السلبية كالغضب والعدوان والخوف .
10- وسيلة للتعبير والتواصل مع الآخرين عند الأطفال الانطوائيين .
11- التعرف علي الحالة التي يعيشها الطفل أثناء الرسم كالخوف والغضب والقلق.
12- قياس التطورات العلاجية التي وصل إليها الطفل بعد إخضاعه للعلاج .
13- التعرف علي جوانب القوة والضعف الموجودة عند الطفل .

2-انشطة الألعاب الموسيقية

أن الموسيقي تعتبر وسط فعال ، وذلك لأن جميع الناس تقريبا يتجاوبون معها بايجابية، علي الأقل لبعض الأنواع منها ومن خلال الأنشطة الموسيقية يتم تعديل أو تغيير الكثير من السلوكيات الغير مرغوبة لدي الطفل التوحدي والحلال سلوكيات أخري.

وتشير (الزيات ،2006 :86) أن الموسيقي تعد أحد وسائل التعبير عن المشاعر والانفعالات ،كما أنها وسيلة فعالة للتعبير فالأطفال يستمتعون بالحركة خاصة أذا كانت مصاحبة مع الإيقاع الموسيقي والالات الإيقاعية كما أن الأطفال يستمتعون بأنهم قادرون علي انتاج أصوات خاصة بهم من خلال لمحاولاتهم فالموسيقي مساحة كبيرة من الاستمتاع وهذا في حد ذاته أحد أهم الأهداف المرجوة من العمل مع الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة فنجد الأغاني والحركات المصاحبة لها أحد أهم محاور منهج التعليم الذي يستخدم مع رياض الأطفال .

ويشير (عبد الله ،2005) أن الموسيقي هي الفن الوحيد الذي يمكن أن يحسه أو يشعر به الأطفال المعوقين عقليا والأطفال التوحديين لأنها تتضمن في حد ذاتها عاملا طبيعيا صرفا أشبه بالتيار الكهربائي من شانه أن يؤثر علي الأعصاب بغض النظر عن مستوي النمو ونسبة الذكاء وهو الأمر الذي يجعل المعوقين عقليا يقبلون علي الموسيقي أكثر من أي أنشطة أخري فضلا عن أن الطفل التوحدي يميل إلي الموسيقي وينجذب اليها .

وتحدد (خليل ،1997 :178) أهداف العلاج بالأنشطة الموسيقية فيما يلي :

1- تساعد الأطفال علي الاشتراك في أنشطة ممتعة وتحقق أعلي درجات السعادة والمرح في اللعب .

2- تنمية الاستعداد للاستمتاع للموسيقي وفهم الايقاعات المختلفة .

3- الاستجابة لايقاعات حركية بسيطة باستخدام ادوات موسيقية .

4- اكتساب كثير من المفاهيم مثل سريع وبطيء طبقات الصوت المختلفة .

5- تعتبر الموسيقي من أهم الوسائل المنتجة للحركات الأمر الذي يجعلها أداة مهمة في التعبيرية والابتكارية

3-أنشطة الألعاب الرياضية :

يشير (**Cannon, N. , 2006**) أن من الأمور ذات الأهمية الشديدة للأطفال التوحديين تكوين وإقامة علاقات اجتماعية وعلاقات لعب مع الأقران لمنع العزلة والوحدة الاجتماعية والحصول علي الفوائد الكثيرة الناتجة عن تنمية التواصلات الاجتماعية فالأنشطة الرياضية لها أهمية خاصة للأطفال التوحديين :

- تنمية بعض جوانب النمو المعرفي. كزيادة فترات الأنتباه علماً بأن الأنتباه أحد العمليات المعرفية الهامة والضرورية والمتطلبة لكثير من المهارات الأخري .
- تعمل الرياضة علي توجيه سلوك الأفراد ذوي اضطراب التوحد نحو أداء مهمة معينة وبذلك تنمو القدرة علي الحرص علي إنهاء المهمات بشكل تام وكامل.
- وبذلك تؤثر كل من هذه الأجهزة علي بعضها البعض وبذلك تعمل علي تنمية وتقوية وزيادة مستوي أداء الجسم في شتي المجالات .
- لا نغفل عمل الأنشطة الرياضية علي زيادة مستوي الأداء الجسمي وقدرته وكفاءته حيث أنها تعمل علي تنشيط و تفعيل الجهاز العضلي والجهاز العصبي والجهاز الحسي والجهاز الدوري الدموي وغير من الأجهزة ذات العلاقة عن دور الأنشطة الرياضية لذوي اضطراب التوحد في كونها تضبط السلوكيات غير المناسبة والمصاحبة في بعض الحالات لاضطراب التوحد التوحد، كالعدوان والإثارة الذاتية والنشاط الزائد والقلق وغيره من الاضطرابات المصاحبة ذات العلاقة باضطراب التوحد.
- تحقق الرياضة نوعاً من الاستمتاع والاستجمام والترويح وهي بذلك قد تعمل علي التخفيف من الضغوط النفسية الداخلية التي يعاني منها الأفراد ذوي اضطراب التوحد والتي لا نستطيع الكشف عنها بسبب غموض وضوحها.
- تزيد الأنشطة الرياضية من قدرة الفرد ذي اضطراب التوحد علي الاستجابة الصحيحة للفعل المقصود حيث نلاحظ علي سبيل المثال إن إدخال الكرة في مرمي الفريق الضدّ هي استجابة صحيحة لمباراة كرة القدم وقس علي ذلك الرياضيات الأخري وعندما يتم تعزيز الفرد ذي اضطراب التوحد علي استجابته الصحيحة فإنه بالتالي يعمل علي الحرص علي الوصول للاستجابة الصحيحة بإدخال الكرة في مرمي

الفريق الضدّ وبذلك يتعلم أهمية الاستجابة الصحيحة في الحصول علي المعزز ويزيد لديه مستوي الاستجابات الصحيحة في مجالات مختلفة إذا تم تعميم هذه المهارة.

- ويضيف (الزيود ،1995 :131) أن التدريب علي الأنشطة الحركية قد يساعد علي التعرف علي القدرات الجسمية والاجتماعية والرياضية التي لدي كل طفل من الأطفال المعاقيين وذلك من خلال بعض التمرينات الرياضية والتي قد يكون لها أثر كبير في تعليم الطفل المعاق المهارات العددية واللغوية والمعرفية .
- أنشطة الألعاب البنائية والتشكيلية :
- تعتمد أنشطة اللعب البنائي علي المعالجة اليدوية للأشياء فك و تركيب وبناء أو تشكيل شيء ما مثل(لعبة الميكانو، المكعبات ، لعبة تركيب الصور الدومينو بأنواعه – بازل – خرز – ...) . وهي مجموعة من الألعاب تنمي مهارات الأنتباه والتركيز والمهارات الحركية الصغري وتحسين التفاعل الاجتماعي .
- أنشطة الألعاب المائية والسوائل :

تعتمد أنشطة الالعاب المائية علي جميع المدخلات المائية التي من شأنها ادخال روح الألفة والسرور والبهجة وزيادة تركيز الأنتباة لديهم وزيادة القدرة الفعلية علي التفاعل الاجتماعي لدي الأطفال .

وأتفق كل من ويليامز(**Williams , 1998; Stanton, 2000 ; Moor,2002**) علي أن اللعب يعد أسلوبًا علاجيًّا فعالاً مع الأطفال التوحديين، وتأتي ألعاب الدمي وألعاب الماء في مقدمة هذه الألعاب، ويعتبر اللعب مع الأقران من الألعاب ذات الدور البالغ الأهمية مع الأطفال التوحديين إذ يتيح لهم فرصًا جيده لتحسين التفاعل الاجتماعي لديهم.

ويحدد (خطاب ،2008 : 197) أهداف العاب السوائل والأنشطة المائية فيما يلي :

1- التنفيس عن انفعالات الطفل كالغضب والخوف .

2- تساهم في تحقيق النمو الانفعالي .

3- تنمية ضبط الحواس الحسية والحركية .

4- تنمية قدرتة علي الاكتشاف والتجريب واختبار الفروض .

5- أنشطة الألعاب الدرامية :

يشير إلي أهمية اللعب والأنشطة الدرامية بأنها نتاج طبيعي للتطور النمائي للطفل وخاصة بعد أن يدخل عالم الرمز. وتمثل الأدوار والمحاكاة واستخدام الرمز والإيمائية المطلقة واللغة والتواصل الاجتماعي وإقامة علاقات وتمثيل الدور الجنسي وتكوين الأنا كل هذا أمور تلقائية تنصهر معا في بوتقة اللعب الدرامي ويبدو الطفل كأنة صانع عالمة بكل شخوصة ويستحضر من يشاء ويتوحد بمن يشاء ويسقط من يشاء وكل ذلك في مواقف اللعب (الزيات ،2006 :184) .

- **العلاج بالتعلم الاجتماعي :**

ترى نظرية التعلم الاجتماعي أن خصائص اضطراب طيف التوحديين تكون نتيجة لفشل عمليات التعلم الاجتماعي. والقصور في الجانب المعرفي يكون في التشفير وفي النوعية في إطار تشكيل التمثيلات الذاتية الأخرى، والقصور المعرفي منخفض المستوى يعلن عن نفسه في قصور التقليد الاجتماعي، وقصور الطفل عن التقليد في المراحل المبكرة من حياته يؤثر سلباً على قدرته على النمو الاجتماعي (أسامة فاروق ، السيد الشربيني، 2011 ، 61 -62) ، فالتعلم بالنمذجة هو العملية التى من خلالها يلاحظ الشخص أنماطًا لسلوك الآخرين , ويكون فكرة عن الأداء ونتائج الأنماط السلوكية الملاحظة, بمعنى أن يكون هناك شخص فعلى يكون سلوكه قدوة يقتدى به من يلاحظه, أى إن الفرد قد يتعلم فى موقف ما سلوكًا ما حتى ولو لم يظهر هذا السلوك المتعلم من خلال الملاحظة بصورة فورية, ولكنه قد يؤدى هذا السلوك فى ظروف مستقبلية بصورة لا يستطيع معها إلا أن يستنتج أنه قد تعلم بالفعل من الموقف السابق (سهير كامل، 2010 , 170 – 171).

كما تؤكد هذه النظرية على أهمية الجوانب المعرفية فى التعلم، فالإنسان يفكر فى المثيرات التى يتعرض لها فى البيئة ويتخذ قرارات بشأن استجابته لها، وهنا تبدو أهمية نظرية باندورا فبينما يغفل السلوكيون السابقون دور العمليات المعرفية يبرز باندورا دور المعرفة فى التعلم، وتنعكس هذه التطورات فى مدرسة علمية متميزة فى الإرشاد أو العلاج تعرف بالإرشاد / العلاج المعرفى – السلوكى (محمد عيد، 2005، 52، بطرس حافظ، 2010،

80) . وتعرف هذه النظرية بأسماء أخرى مثل: نظرية التعلم بالملاحظة والتقليد, أو نظرية التعلم بالنمذجة ؛ وهي من النظريات الانتقائية التوفيقية لأنها حلقة وصل بين النظريات المعرفية والسلوكية (نظريات الارتباط - المثير والاستجابة)، ويرجع الفضل في تطوير الكثير من أفكار هذه النظرية إلى عالمي النفس ألبرت باندورا وولترز (Bandura & Walters, 1963), وفيها يؤكدان مبدأ الحتمية التبادلية" في عملية التعلم من حيث التفاعل بين ثلاثة مكونات رئيسية وهي: السلوك والمحددات المرتبطة بالشخص والمحددات البيئية (عماد الزغول , 2003 ,121). حيث يركز باندورا على قدرة الإنسان على تعلم سلوكيات متقنة تتشكل على نحو يتواءم داخل النظام المعقد للحياة الاجتماعية، وذلك هو ما يعنيه مصطلح التعلم الاجتماعى، فالإنسان كائن اجتماعى يعمل وفقاً لمبادئ السلوك الذى يلاحظه فى الآخرين (محمد عيد، 2005،51).

بينما تركز نظرية التعلم الاجتماعى لباندورا على الملاحظة والنمذجة، وقد نشأت هذه النظرية من النظرية السلوكية وتركز على التعلم فى السياق الاجتماعى أى كيف يتعلم الناس من بعضهم البعض (منذر الضامن، 2008، 102). وهذا المزج يستهدف الوصول إلى فكر يؤلف تاليفا متوازنا بين تعديل السلوك فى المواقف الإكلينيكية والتربوية على السواء, غير أن عملية التعزيز عند " باندورا " لها معنى خاص (سهير كامل,2010, 170).

- **العلاج باستخدام طريقة لوفاس :**

يُسمى أحياناً بالعلاج التحليلى السلوكي أو تحليل السلوك ، ومبتكر هذا الأسلوب العلاجي هو Ivor Lovaas في عام 1978، وهو أستاذ الطب النفسيب جامعة لوس أنجلوس وهذا النوع من التدخل قائم على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية بشكل مكثف، فيجب ألا تقل مدة العلاج عن (40) ساعة في الأسبوع ولمدة عامين على الأقل، ويُركز هذا البرنامج على تنمية مهارات التقليد لدى الطفل وكذلك التدريبعلى مهارات المطابقة واستخدام المهارات الاجتماعية والتواصل. وتُعتبر هذه الطريقة مكلفة جداً نظراً لارتفاع تكاليف العلاج، كما أن كثيرًا من الأطفال يؤدون بشكل جيد في المدرسة أو العيادة ولكنهم لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوهافي حياتهم العادية. وبالرغم من ذلك فهناك بعض

البحوث التي أشارت إلى النجاح الكبير الذي حققه استخدام هذا البرنامج في مناطق كثيرة من العالم (سهير سلامة ، 2007، 283- 286).

ويشير (الزريقات ،2005) أن برنامج لوفاس يركز أيضاً علي تنمية الفكرة بأن السلوك الإنساني يمكن تعلمه من خلال ضبط المثيرات القبلية ومن خلال التعزيز اللاحق، وتؤكد هذه النظرية علي إمكانية تعليم السلوك من خلال التشكيل، وبذلك فهي تختلف عن العلاج السلوكي التقليدي الذي يركز علي زيادة السلوك المرغوب فيه من خلال التلقين الذي لا يناسب الطفل التوحدي كون هذا الطفل ليس لديه سلوك اجتماعي أو سلوك لغوي أو مهارات ملحوظة ومقبولة في مجال العناية بالذات .

وفي التجارب التي قام بها لوفاس وزملاؤه كان سن الأطفال صغيراً، وقد تم انتقاؤهم بطريقة معينة وغير عشوائية، وقد كانت النتائج إيجابية، حيث استمر العلاج المكثف لمدة سنتين . هذا وتقوم العديد من المراكز باتباع أجزاء من هذه الطريقة. وتعتبر هذه الطريقة مكلفة جداً نظراً لارتفاع تكاليف العلاج، خاصة مع هذا العدد الكبير من الساعات المخصصة للعلاج. كما أن كثيراً من الأطفال الذين يؤدون بشكل جيد في العيادة قد لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية .

وعلى طريقة لوفاس تم اعداد برنامج TEACCH وهذا البرنامج من إعداد إيريك شوبلر وزملائه في ولاية نورث كارولينا في أوائل السبعينيات، ويشتمل البرنامج على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية، ويتم التعامل مع كل منها بشكل فردى.كما يقدم أيضاً هذا البرنامج خدمات التشخيص والتقييم لحالات اضطراب طيف التوحديين وكذلك يقدم المركز القائم على هذا البرنامج وهو TEACCH Division في جامعة نورث كارولينا خدمات استشارية فنية للأسر والمدارس والمؤسسات التي تعمل في مجال اضطراب طيف التوحدية والإعاقات المشابهة. ويُعطى برنامج TEACCH اهتماما كبيراً للبناء التنظيمي للعملية التعليمية الذي يؤدى إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والاجتماعية عن طريق الإكثارمن استخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص الذاتوى. وتعتبر أهم الوحدات البنائية القائم عليها البرنامج هي: تنظيم الأنشطة التعليمية-

تنظيم العمل - جدول العمل. استغلال وظيفي متكامل للوسائل التعليمية.

ويمتاز برنامج TEACCH بأنه طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك فقط بلتقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل كما تمتاز بأنها طريقة مصممة بشكل فردى على حسب احتياجات كل طفل؛ حيث يتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يُلبى احتياجات هذا الطفل. وبالرغم من الانتشار الواسع الذي حققه برنامجTEACCH في العالم إلا أنه مازال في حاجة إلى إثبات فعاليته من خلال بحوث ميدانية علمية تطبيقية فلم تجرِ المؤسسات والمراكز العلمية مقارنة بين فعالية هذا البرنامج والبرامج العلاجية الأخرى (كوثر حسن,2006، 223).

- **العلاج بالتكامل الحسي:** أول من بحث في هذا النوع من العلاج هي دكتورة Jane Ayres ، وهذا العلاج مأخوذ من علم العلاج المهني ويعتمد على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم وبالتالي فإن خللاً في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل (حواس الشم ، السمع ، البصر ، اللمس ، التوازن ،التذوق) قد يؤدى إلى أعراض ذاتوية، وهذا النوع من العلاج قائم على تحليل هذه الأحاسيس، ومن ثم العمل على توازنها. ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أنه ليس كللأطفال التوحديين يون يُظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي، كما أنه ليس هناك أبحاث لها نتائج واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحديين.(Parhame & Moilloux 2001)

وتشير دراسة قامت بها أمل الدوة (2010) بعنوان: فعالية برنامج للتكامل الحسي والعلاج الوظيفي في تحسين تعلم اضطراب طيف التوحديين وعينة بلغت ستة أطفال (أربعة ذكور وبنتين) ؛ وتراوحت أعمارهم بين أربع سنوات إلى سبع سنوات واستخدمت في الدراسة

مجموعة من المقاييس التشخيصية للذاتوية؛ حيث يتم خلالها تحديد نقطة البداية لوضع الخطط الفردية العلاجية بمعرفة نقاط القوى والضعف؛ وهذه المقاييس هي: (مقياس الملف النفس تربوي PEP-3، وقياس تقدير اضطراب طيف التوحدية CARS، ومقياس الدمج الحسي من إعداد الباحثة والمأخوذ عن قائمة الملاحظات الإكلينيكية للأداء الحركي العصبي CONP، ومقياس تشخيص سلوك إيذاء الذات Self-Punishment، ومقياس جليام لتشخيص اضطراب طيف التوحدية ومقياس النضج الاجتماعي)، وتم تطبيق القياسين القبلي والبعدي، وقد أظهرت نتائج التحليل الكيفي للحالات المشاركة في هذا البرنامج حدوث تحسن نوعي في سلوكيات الأطفال في الجوانب الحركية والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية وحدوث تحسن نسبي وضئيل في الجوانب اللغوية، وترجع الباحثة قلة حدوث تحسن في الجوانب اللغوية إلى تعقد النمو اللغوي ومشاركة العديد من الحواس في حدوثه، وحاجته إلى زمن أطول في تطبيق البرنامج . وأكدت دراسة بعنوان «تصميم برنامج لتنمية بعض المهارات الحسية والحياتية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحدية» على أهمية تصميم برنامج لتنمية المهارات الحسية والحياتية للأطفال، وتكونت العينة من 20 طفلا وطفلة وأثبتت الدراسة فعالية البرنامج المقترح (أشواق صيام، 2007).

ويعتبر أحدث طريقة للعلاج بالتكامل الحسي هي الطريقة التي يوصي بها الأخصائيين بإخضاع الطفل لخليط أو أكثر من جلسات العلاج يشترك فيها أخصائي في الحركة (وظيفي أو حسي) وشخص متخصص في الكلام واللغة يعمل كلا الأخصائيان مع الأطفال لكامل الجلسة مستخدمين خطة علاج مشتركة موضوعة لمعرفة الطريقة التي تعتمد فيها مهارات الحركة الحسية ومهارات اللغة والكلام كلا منها على الأخرى .

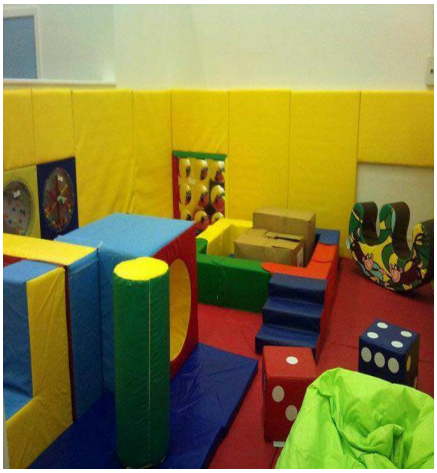
قد تبدو هذه الجلسات مختلفة عن جلسات أخرى للعلاج الحركي أو اللغوي وقد يبدوا الأطفال أقل تركيزا وغير موجهين بدرجة كافية نحو إتمام أداء وظيفة محددة . ولكن التجربة أظهرت ان الكثير من الأطفال يحدث لديهم تغيير اسرع وأكبر في النواحي المعنية حين تم دمج علاج الحركة الحسية مع العلاج اللغوي الكلامي و توفر هذه الطريقة اسناد

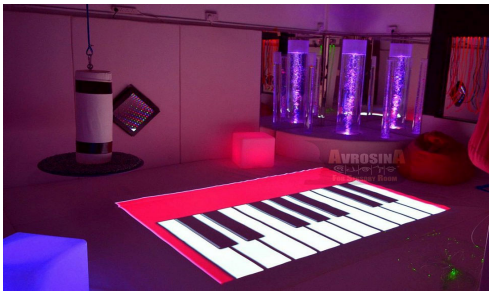
متبادل للنمو في كل ناحية، و النتيجة التي كانت غير متوقعة هو استمتاع الأطفال باهتمام المختصين بهم إلى جانب اختلاف بنية جلسات العلاج .

ان مستوى القدرة العقلية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التكامل الحسي يكون احيانا على نفس الدرجة لدى الأطفال السليمين من هذه الناحية فأكثرهم يكون مستوى الذكاء لديهم أقل من الوسط ، ومع ذلك فإنه بالنسبة لجميع هؤلاء الأطفال ، تكون متطلبات المدرسة الأساسية صعبة جدا عليهم وتتمثل هذه المتطلبات في القدرة على الجلوس بهدوء ، الانتباه ، اكتساب المعلومات. إنهم بحاجة للمساعدة لكي يتمكنوا من التعامل مع المعلومات الحسية والحركية حتى يستفيدوا من حركات مدرسيهم . يستطيع المدرسون تقديم هذه المساعدة عن طريق استخدام البيئة ، تصميم وابتكار طرق ومهمات تعليمية والأهم من ذلك فهم ومساعدة أولئك الأطفال.

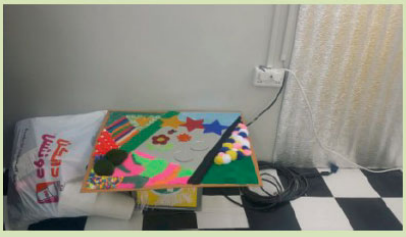
ان الأطفال ، وعلى الرغم من عجزهم ، ينمون أفضل في بيئة تشعرهم بالأمان والمساندة والتعزيز جسديا وعاطفيا يجب عليهم ان يتعلموا تقبل الحدود الملائمة ويحققوا المطالب المعقولة التي تتغير كلما ازداد نموهم واقتربوا من مرحلة النضوج ، بهذه الطريقة تتطور مهاراتهم الضرورية لكي يكونوا واثقين من أنفسهم ، منتجين ، مستقلين .

غرف التكامل الحسي:





من خلال زيارتي الشخصية لجمعية الأمل المنشود النسائية بمكة المكرمة اطلعت على غرفة معدة للتكامل الحسي بمجهود ذاتي للمعلمات وقمت بتصويرها على النحو التالي :



- **أساليب التدخل النفسي :**

ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج التوحد وقد اعتمدت هذه الطرق النفسية علي فكرة أن النمو النفسي لدي الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل و الانفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم . ويُركز العلاج النفسي علي أهمية أن يخبر الطفل علاقات نفسيه وانفعاليه جيدة ومشبعة مع الأم ، كما أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاكا جسديا مع الطفل وذلك لأنه يصعب عليه تحمله في

هذه الفترة كما أنه لا ينبغي دفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلي استجابات ذهانية حادة.

ويرى سليمان (2004، 92) أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل علي مرحلتين الأولي : يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم ، وتقديم الإشباع ، وتجنب الإحباط مع التفهم ، والثبات الانفعالي من قبِل المعالج والثانية يركز المعالج النفسي علي تطوير المهارات الاجتماعية ، كما تتضمن هذه المرحلة التدريب علي تأجيل وإرجاء الإشباع.

اساليب التدخل الطبي :

ويتضمن التدخل الطبي الاتي :

1- العلاج الدوائي : **Medicin Treatment**

ويُركز العلاج الدوائي أو الطبي في الطفولة المبكرة علي أعراض مثل العدائية وسلوك إيذاء الذات في الطفوله الوسطي والمتأخرة, أما في المراهقة والرشد وخاصة لدي التوحديين من ذوي الاداء المرتفع فقد يكون الاكتئاب والوسواس القهري هي الظواهر التي تتداخل مع أدائه الوظيفي وكل من الخبرة الاكلينيكية والبحث العلمي يظهر أن فاعلية العقار يمكن أن تجعل الشخص التوحدي أكثر قبولاً للتعلم الخاص أو للمداخل النفسية الاجتماعية وقد تُسير عملية التعلم وهناك العديد من العقاقير التي تُستخدم مع الاطفال التوحديين مثل العقاقير المنبهة **Stimulant Meauiation** أو منشطات الأعصاب **Neuralpties** أو مضادات الاكتئاب **Antidepressant** والعقاقير المضادة للقلق **Antianxiety Medication** والعقاقير المضادة للتشنجات.

ويري الشربيني (2000، 13) أن العلاج المستخدم لحالات التوحد محصور في استخدام بعض الأدوية النفسية مثل هالوبيريدول والليثيوم وفنفلورامين مع تنظيم برامج للتأهيل يقوم بها فريق علاجي بمساعدة الأسرة لكن النتائج كانت متواضعة لا تزيد على 2 % للتحسن الكامل و20% للتحسن الجزئي.

2- أساليب العلاج بالفيتامينات **Vitamins Treatment** :

الفيتامينات مجموعة من المركبات العضوية التي يتطلبها الجسم لضمان سلامته ونموه ووقايته من الأمراض والاضطرابات الفسيولوجية المختلفة . ويذكر(كوهين و بولتون، 2000) أن بعض الدراسات إلي أن إستخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسناً في السلوكيات حيث أجريت في فرنسا دراسة(**Lelard, et al., 1982**) وأشارت نتائج الدراسة إلي أن العلاج بفيتامين "ب6" ينتج عنه تحسنات سلوكية في (15) طفل ضمن

موقع العربية : https://www.alarabiya.net/ar/medicine-and-health

علاج غير مسبوق لمرضى التوحد في عام 2020

حقق عقار جديد باسم"balovaptan" ، نتائج إيجابية غير مسبوقة في مجال الأبحاث السريرية لعلاج مرضى طيف التوحد. ASD autism spectrum disorder . أيضا حاز العقار على موافقة هيئة الغذاء والدواء الأميركية FDA مؤخرا، وهو الأمر الذي زاد من حماس شركة Roche لصناعة وتطوير الأدوية السويسرية، والتي تم تطوير العقار الجديد في معامل وحدة Genentech للتطوير والأبحاث التابعة لها في الولايات المتحدة، إلى الإعلان عن الإسراع من وتيرة العمل ليخرج العقار الجديد إلى الأسواق في عام 2020 على الأكثر . ذكر بيان صادر عن شركة Roche أن عقارBalovaptan ، وهو مضاد مستقبلات الهرمون النخامي vasopressin 1a (V1a) المعروف سابقا باسمRG7314 ، أظهر إمكانيات إيجابية في تحسين التفاعل الاجتماعي والتواصل عند الأشخاص الذين يعانون من طيف التوحدASD ، وفقا لما نشره موقع."PharmaTimes " وأضاف البيان أن الأدلة التجريبية السريرية تثبت أن مضاد مستقبلات V1a يسهم ضمنيا في تعديل وتحسين السلوكيات الاجتماعية الرئيسية، مثل السلوكيات المتكررة، والاهتمامات المقيدة ومشاكل التواصل، التي تشكل تحديا للأفراد الذين يعانون من التوحد والتي لا يوجد حاليا علاجات دوائية لها. في الوقت نفسه، أعربت ساندرا هورنينغ، المسؤولة الطبية في Roche ورئيس قطاع تطوير المنتجات العالمية بالشركة، في تصريح نقلته وكالة أنباءReuters ، عن سعادة Rocheبقرار منح FDAالعقار balovaptan مرتبة "علاج غير مسبوق"، تعبيرا عن قناعة الهيئة الأميركية بالنتائج الإيجابية التي سيقدمها balovaptan لمرضى اضطراب التوحد حول العالم. وأضافت هورنينغ: أن" Roche تتطلع إلى العمل بشكل وثيق مع FDA لكي يتم إنتاج الدواء بأسرع ما يمكن." تأتي تصريحات هورنينغ في أعقاب ما أثير حول حدوث تأخر في تاريخ إنتاج العقار من جانب وحدة Genentech التابعة لقطاع البحث والتطوير المبكر للأدوية pRED فيRoche ، ومقرها كاليفورنيا. وبحسب موقع scoop disability، تمنح FDA مرتبة أو تسمية "علاج غير مسبوق" لتسريع وتيرة تطوير الأدوية الواعدة التي تعالج حالات مرضية خطيرة. وتقدم FDA ، بموجب هذا التصنيف، مساعدات إضافية وأولوية للشركة المصنعة للدواء أثناء قيامها بتطوير وصنع العقار الجديد، ليتم توفيره للمرضى في أسرع وقت ممكن.

عينه قوامها (44) طفل ذاتوي وفي دراسات أخري قام بها **Martieau et aL 1988** قررت أن خلط فيتامين "ب6" مع الماغنسيوم **Magnesieum** يُنتج تحسناً أفضل من إستخدام فيتامين "ب" بمفرده .

- فيتامين "**B6**":

وهناك العديد من مركبات فيتامين "**B**" إلي أن أكثرها استخداماً وأفضلها تأثيراً هو فيتامين "**B6**". وذكر كوهين و بولتون (2000) إلي أن العلاج بفيتامين "**B6**" كان له أثر كبير في أحداث تغييرات سلوكية في 15 طفل ذاتوي من عينة بحث تكونت من 44 طفل و أن خلط فيتامين "**B6**" مع المغنسيوم يؤدي إلي تحسناً أفضل من استخدام فيتامين "**B6**" فقط. كما أنه لا توجد أثار جانبية لتناول فيتامين "**B6**" بجرعات كبيرة كما أشارت بعض الدراسات أنه يمكن أن تصل الكميات التي تعطي من من خلال تحليل البراز وتعالج بعقار النستاتين**Nystatin** . وتوصلت العديد الدراسات الي ان تناول جرعات من فيتامين "**B6**" بمقدار10 - 200 مجم/يوم.قد تساهم في علاج حالات الصرع المرتبطة بنقص البيريدوكسين الموجود فيتامين "**B6**" و الذي قد يكون مصاحبا للذاتوية .

- فيتامين **C**:

وقد أشار الخطاب (2001 : 33) عن دولكسي (1993) إلي أن فيتامين "**C**" يؤدي إلي حدوث تحسناً لحالة الأطفال التوحديين في نواحي متعددة، وعادة ما يستخدم هذا الفيتامين مع فيتامين"**B6**"للحصول علي نتائج أفضل.

- اومجا 3 **Omega3** :

وتعرف ويكبيديا (**Wikipedia ,2008**) **Omega3** : بأنها أحماض دهنية غير المشبعة ويستطيع الجسم الحصول عليها من الحمض الدهني الأساسي لينولينيك**(linolenic)** و الذي يجب الحصول عليها من تصنعها ولذلك بعد حدوث عمليات إطالة وعدم التشبع.

ويشير بورا .**(Bourre , 2005)** إلي أن **Omega3** هي من الأحماض الدهنية الأساسية دوراً في منع بعض الاختلالات منها الاكتئاب وفقدان الذاكرة وخاصة الزهايمر

وصعوبة التعلم والتوحد ، وأن طبيعة الأحماض الدهنية غير المشبعة المتعددة وخاصة أوميجا 3 الموجودة في ألبان الأطفال تحدد القدرات البصرية والمخية والفكرية ، ويعتبر نقص هذه الأحماض في الغذاء مشكلة ترتبط بكيفية تصحيح العادات الغذائية بحيث يختار المستهلك أغذية غنية بأحماض أوميجا 3 وخاصة زيت اللفت وزيت الجوز وزيوت الأسماك .

- **العلاج بالحمية الغذائية** Dietary Treatment (DT)

أشار بعض الباحثين إلي أن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية للغذاء في حياة الطفل الذي يعاني من التوحد دور بالغ الأهمية . وقد كانت **Mary Callaha** أول من أشار إلي العلاقة بين الحساسية المخية والتوحد وقد أشارت إلي أن طفلها الذي يعاني من التوحد قد تحسن بشكل ملحوظ عندما توقفت عن إعطائه الحليب البقري . والمقصود بمصطلح الحساسية المخية هو التأثير السلبي علي الدماغ الذي يحدث بفعل الحساسية للغذاء فالحساسية للغذاء تؤدي إلي إنتفاخ أنسجة الدماغ والتهابات مما يؤدي إلي اضطرابات في التعلم والسلوك ومن أشهر المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية المصاحبة للذاتوية السكر، الطحين ، القمح ، الشيكولاتة ، الدجاج ، الطماطم ، وبعض الفواكة .

و تشير دراسة ويتلي **(Whiteley, P,2003 ,P.4-5)** إلي أن استخدام الحمية الغذائية الخالية من الكازين والجلوتين لها فائدة في تخفيض اعراض التوحد خاصة السلوكية.

وفي دراسة كنفسبير **(Knivsberg, 2003)** لتقييم أثر الحمية الغذائية الخالية

من أشهر مراكز تأهيل مصابي التوحد في مصر

مركز "Challenge" بالدقي

يوجد المركز في 7 ميدان محمد صالح متفرع من ش مصدق. يتخصص المركز في علاج حالات التوحد والشلل الدماغي، وهو أول مركز في مصر يستخدم أحدث الطرق في علاج التوحد مثل التكامل السمعي والأكسجين تحت ضغط جوي والتدخل البيوحيوي. لمزيد من المعلومات، يمكن الاتصال على: 0233359569/ 0237619837/ 01006084896.

مـن الجلـوتين والكـازين عـلي 20 طفـل ذاتـوي تـم اختيـارهم بشـكل عشـوائي (المجموعـة التجريبية) وتم مقارنتهم بمجموعة ضابطة لم تخضع للحمية واستمرت الفترة التجريبية لمـدة 12 شهر، وقد أشارت النتـائج إلي انخفـاض ذا دلالـة في السـلوك التوحـدي للمجموعـة التـي خضعت للحمية الغذائية ولم يلاحظ هذا التغير في المجموعة الضابطة.

وهناك أنواع مختلفة من أعراض الحساسية تظهـر تبعـا لنـوع المـادة المسـببة لهـا والتـي تسمى (Trigger) أو المحفز وهو مسبب الحساسية ، فمـن الأخطـاء الشـائعة أننـا دائمـا مـا ننسب أمراض مثل الربو والاكزيما والطفح الجلدي والإلتهابات الجلديـة إلى الحساسـية علـما بأنه في كثير من الأحيان تكون الحساسية وعدم القدرة على تحمـل الطعـام السـبب الـرئيسي لأمراض أخرى لا تقل أهمية عـما سـلف مثـل أمـراض الجهـاز الهضـمي كالقرحـة والقولـون العصبي بالإضافة إلى حالات الإمساك أو الإسهال المزمنة ووجود غازات شبه دائمـة في الجهـاز الهضمي . هذا بالإضافة إلى ان الحساسية من الطعام قد تؤثر بصورة او بأخرى على السـلوك العاطفي للإنسان من حيث التواترات العصبية وحالات الكآبة والحـالات الفكريـة المتأرجحـة بالإضافة إلى جفاف البشرة وتساقط الشعر وتكسر الأظافر . ولا ننسى هنا ان الحساسـية مـن بعض انواع المواد الغذائية لها التأثير المباشر لآلام الراس والصداع والنصفي.

ولقد تم التعرف على اكثر المواد الغذائية المثيرة للحساسية لأكـثر مـن 60% مـن المصـابين باضطراب طيف التوحد وهذه الأغذية هي منتجات الحليب الحيواني على أنواعـه ومنتجـات القمح والجاودار والشعير والشوفان وسوف نـتكلم عـن هـذه الأغذيـة بالتفصـيل في الفقـرة التالية هذا بالإضافة إلى أنواع أخرى من الأغذية وهي :

من أشهر مراكز تأهيل مصابي التوحد في مصر

الجمعية المصرية لتقدم الأشخاص ذوي الإعاقة والتوحد بالمعادي

توجد الجمعية في 34 ش النادي الجديد بالمعادي، وهي تهـتم بعـلاج الأطفـال المصـابين بالتوحـد، ومشـاكل صعوبات التعلم بداية من عمر سنتين. توفر الجمعية أساليب تعليمية وتأهيلية للأطفال مـن خـلال أنشـطة تهدف إلى تنمية القدرات الإدراكية واللغوية والمهارات الحركيـة والتعليميـة لـديهم. لمزيـد مـن المعلومـات، يمكن الاتصال على: 0225193721 / 0225193723.

- الشوكولا والشاي والقهوة .
- سكر القصب وسكر الشمندر .
- الالوان الصناعية والمواد الحافظة الكيميائية .
- الخميرة والفول السوداني .
- الحمضيات والكحول .

- **العلاج بالحمية الغذائية الخالية من الكازيين والجلوتين :**

في العام 1996 ظهرت فرضية في بريطانيا وبالتحديد في جامعة ساندرلاند بأن اضطراب طيف التوحديمكن ان يكون ناتجا عن فعل بيتونات ذات تكوين خارجي ويمكن لهذه البيتونات ان تحدث تاثيرات افيونية طبيعية تؤثر على الجهاز العصبي وتؤمن هذه الفرضية أن هذه البيتونات تشتق وتنتج من عدم اكتمال إنحلال بعض الأطعمة وعلى وجه الخصوص الغلوتين من الدقيق (القمح) ومن بعض الحبوب الأخرى والكازيين من الحليب أو منتجات الألبان .

والجلوتين أو الغروين باللغة العربية وهو البروتين الموجود في القمح أو الشعير والشوفان والجاودار وهذا البروتين لزج يجعل الخبز مرنا على سبيل المثال . أما الكازيين أو الجبنين باللغة العربية هو البرويتن الاساسي الموجود في الحليب الحيواني ومنتجات الألبان ويمثل الكازين في المجتمعات الحضرية أحد أكبر المكونات البروتينية في مختلف أطعمتنا ويوجد في المعكرونة الباستا، والمعجنات والكيك والأيس كريم ، والبسكويت وفي العديد من المنتجات الاخرى وتستخدم كذلك في تغليف وتقوية بعض الأطعمة الأخرى .

من أشهر مراكز تأهيل مصابي التوحد في مصر

مؤسسة آلاء لذوي الاحتياجات الخاصة "مدرسة هابي ورلد"

توجد المؤسسة بجمعية أحمد عرابي – خط 2 شمال – قطعة 5047. تستقبل المؤسسة الأطفال بداية من سن شهر واحد فقط، وهي تتخصص في علاج جميع أنواع الإعاقات الذهنية مثل بطء وصعوبات التعلم وحالات التوحد. يوجد برامج فردية لكل طالب لتنمية كافة المهارات الإدراكية واللغوية والرعاية الذاتية والاجتماعية، كما يوجد جلسات كمبيوتر فردية وجلسات تخاطب باستخدام الكمبيوتر وجلسات فردية في جميع المواد الدراسية وغيرها مما يساعد الطالب على سرعة التأقلم والعلاج. لمزيد من المعلومات، يمكن الاتصال على : 01006068988

ويجب ان يتوقف أي قرار بشان إدخال نظام الحمية الغذائية للطفل اضطراب طيف التوحدي على الوالدين نفسهما لأنه موضوع غير سهل ويحتاج إلى متابعة دائمة وذلك للأسباب التالية :

أولا : هذا النظام يحتاج للمراقبة والتنسيق التام مع أفراد الأسرة وبقية العائلة و الاصدقاء والأهم أعلام المسؤولين المباشرين عن التعامل مع الطفل في المدرسة .

ثانيا : صعوبة ايجاد الاطعمة الخالية من الغلوتين ، والكازيين فهذه المواد لا نجدها في كل مكان وفي كل زمان .

ثالثا : العبئ المالي الكبير في استعمال حمية الأغذية الخالية من الغلوتين والكازيين لأن هذه الأغذية أغلى بكثير من المواد الأخرى المتضمنة ، ونسبة للفترة الغير محددة لاستخدام الطفل لتلك الأغذية فسوف ترتفع التكلفة أكثر وأكثر .

رابعا : تفادي الحفلات والأماكن التي تتوفر فيها المشهيات والمغريات في الأطعمة مثل هذه المناسبات حيث ان الطفل سوف يشعر بالعزلة والتفرقة اذا لم يسمح له بتناول ما يتناوله الأطفال الآخرين .

خامسا : اعتماد هذا النظام على زيارات واستشارات دورية للأطباء وأخصائي التغذية .

وتفيد التجارب والدراسات أنه برغم استفادة العديد من الأطفال من استخدام الأغذية الخالية من الغلوتين ، فإن معظم التغيرات الإيجابية التي تصاحب هذه الحمية تظهر بدرجة أقل لدى الأطفال اللذين يتبعون سلوكا ضارا بالذات وبالغير واؤلئك الذين يتبعون علامات تحمل الألم والسبب في ذلك يرجع إلى الشك في ان بعض المواد المشتقة

من أشهر مراكز تأهيل مصابي التوحد في مصر

الجمعية المصرية للأوتيزم بالمعادي

توجد الجمعية في 8 شارع زهراء المعادي، وقد بدأت نشاطها عام 1999 بهدف العناية بمرضى التوحد وزيادة الوعي حول مرض التوحد في مصر، وهي جمعية غير هادفة للربح مرخصة من وزارة الشئون الاجتماعية. تقدم الجمعية عدة خدمات مثل تشخيص حالات التوحد عند الأطفال، وتحديد أي المهارات التي تناسبهم عن طريق تحديد مستوى التواصل والمهارات الاجتماعية والأكاديمية لديهم، وتحديد خطة تعليمية لهم، وتدريبهم على بعض الانشطة مثل الموسيقى والرسم والألعاب، وغير ذلك. لمزيد من المعلومات، يمكن الاتصال على: 01064756444/ 0225216919

من الغلوتين قد تكون مخزنة في الجسم ، ويعني ذلك ان الجسم مازال به بعض الأحتياطي منها ولم يصل العلماء بعد إلى النقطة التي تقول بأنه يمكن إعادة الأطعمة التي تحتوي على الغلوتينن بدون حدوث أي تأثير سلبي على السلوك ويبدو ان الطفل سيكون على هذه الحمية للأبد .

وتشير الأبحاث إلى ان الأطفال الذين يوقفون اتباع الحمية تحدث لهم نكسة سايكولوجية في السلوك ، عائدين إلى حالتهم السابقة ما قبل الحمية .

وبعد اعتماد نظام الحمية الغذائية للطفل اضطراب طيف التوحدي يجب اتخاذ الحيطة والحذر والتاكد من عدم تناول هذا الطفل لاي منتجات تحتوي على الغلوتين أو الكازيين وقد أثبتت التجارب والخبرات حدوث انتكاسات سلوكية لدى الأطفال الذين يتبعون الحمية في حصولهم على المنتجات التي تحتويها . وتختلف هذه الإنتكاسات وتعتمد على حالة كل طفل على حدة ، عموما وكما أشارت التقارير تتخذ هذه الانتكاسات شكل النشاط المفرط أو السلوك الهلوسي وربما حدوث بعض السلوك العدواني (التعدي على الذات وعلى الآخرين) وهنا لا يجب ان نصاب بالإنزعاج اذا حدث ذلك حيث ان ذلك السلوك لا يتعدى كونه مرحليا ينتهي في فترة بين 12- 36 ساعة اعتمادا على حالة الطفل وكمية الجلوتين التي تناولها .

وليس من الممكن اعطاء مدلول للأنماط السلوكية التي تنتج من الحمية. ومن الواضح ان خصوصية استجابة الطفل له هي المفتاح لذلك برغم حدوث مظاهر جديدة وقد بينت الدراسات على حصول تغيرات ايجابية أثر للحمية .

- ازدياد معدلات التركيز والانتباه .
- أكثر هدوءا واستقرارا .
- انخفاض معدل الاعتداء على الذات وعلى الآخرين .
- تحسن في نظام النوم .

- **التدريب علي المهارات الاجتماعية** (Social Skills Training(SST

يعرفها مدبولي (2006) بأنها القدرة علي التفاعل مع الآخرين في البيئة الاجتماعية بطرق مقبولة اجتماعياً أو ذات قيمة ، وفي الوقت نفسه تعد ذات فائدة للفرد نفسه ولمن يتعامل معه وللآخرين عموماً ، وعلي ذلك فالمهارات الاجتماعية هي مجموعة الأنماط السلوكية اللفظية وغير اللفظية التي يستجيب بها الأطفال للأشخاص الآخرين (كالأقران ، الوالدين ، الأشقاء ، المعلمون) في تفاعلاتهم الشخصية ، هذه المجموعة من التفاعلات تعمل كميكانيزم يؤثر به الأطفال في بيئتهم عن طريق التحرك نحو ، أو بعيداً عن المكاسب المرغوبة أو غير المرغوبة في البيئة الاجتماعية بدون الحاق الأذي والضرر بالآخرين.

- **برنامج استخدام الصور في التواصل** (PECS):

Picture Exchange Communication System

قد نشأت فكرة هذا البرنامج عن طريق **Bondy Frost** في عام 1994 حيث ابتكر هذا البرنامج الذي يقوم علي استخدام الشخص التوحدي لصورة شئ يرغب في الحصول عليه و يقدم هذه الصورة للشخص الموجود أمامه الذي يلبي له ما يرغب و يُبني هذا البرنامج علي مبادئ المدرسة السلوكية في تطبيقاته مثل التعزيز ، التلقين ، التسلسل العكسي ..... وغيرها. ولا تقتصر فائدة برنامج **PECS** علي تسهيل التواصل فقط بل أيضا يُستخدم في التدريب والتعليم داخل الفصل .

إن نظام التواصل بتبادل الصورة **PECS** حصل علي الكثير من التقدير والاحترام بين الباحثين من حيث نتائجه الفعالة مع أطفال التوحديين وبخاصة غير المتكلمين ، إذ ساعدهم في الكلام التلقائي الوظيفي، كما كان له بالغ الأثر في تحسين قدرتهم علي البدء في تواصل اجتماعي فعال، ومن خلال نظام التواصل بتبادل الصورة **PECS** تمكنوا من تحسين حالةِ أكثر من 85 طفلاً مصابًا بالتوحد ، إذ أكسبهم القدرة علي الكلام بعد أن كانوا صامتين لا يتكلمون، علاوة علي تحسين قدرتهم علي التواصل بشكل

من أشهر مراكز تأهيل مصابي التوحد في مصر

مؤسسة ابني للفئات الخاصة والتوحد

أسست الدكتورة سهام خيري المؤسسة عام 2001، وهي تهتم بقضايا الإعاقة الذهنية بداية من نشر الوعي إلى الاهتمام بعلاج جميع حالات الإعاقة الذهنية بصفة عامة، وحالات التوحد بصفة خاصة. يوجد الفرع الرئيسي للمؤسسة بالكلية الحربية. كما يوجد فروع أخرى بالمنيل والرحاب. لمزيد من المعلومات، يمكن الاتصال على: 0224181046/ 0224181049/ 01001522470.

فعال وإيجابي مع الآخرين المحيطين بهم.

- **العلاج بالحياة اليومية (مدرسة هيجاشي) .** (DLT)

Daily Life Therapy (Higashi School)

ويرتكز هذا الأسلوب علي العمر ، وليس المستوي النمائي، وعلي أنشطة جماعية من اجل إعداد الطفل لمواجهة أنشطة الحياة العامة ، وتركز هذه الطريقة علي تمارين بدنية نشيطة وفنون ومهارات اجتماعية واتصال. يذكر(فراج، 2002 : 72-10) مدرسة هيجاش بدأت أولاً في اليابان عام 1964 وكلمة هيجاشي باليابانية تعني (الأمل) وتعتمد فلسفتها علي اكتساب الطفل التوحدي المهارات الأساسية التي تنقصه من خلال حياته اليومية، وتفاعله مع أقرانه ومدربيه وفي الأنشطة الرياضية المركزة التي ينتظون فيها مستهدفة اكتساب خبرات رعاية الذات، وإتباع التعليمات والتفاعل مع الأقران الذين هم خليط من الاطفال التوحديين وآخرين لا يعانون من أي إعاقة في الفصل الدراسي الواحد .ويري الزريقات (2005) ان مبتكر هذا الأسلوب من العلاج عن طريق دكتورة **Kiyo Kitahara** من اليابان ولها مدرسة في ولاية بوسطن تحمل هذا الاسم ويطلق علي هذا الأسلوب اسم مدرسة هيجاش وهي كلمة باليابانية تعني الحياة اليومية وهذا النوع من العلاج ينتشر في اليابان ويتم بشكل جماعي ويقوم علي افتراض مؤداه أن الطفل المصاب بالتوحد لدية معدل عالي من القلق ، ولذلك يُركز هذا البرنامج علي التدريبات البدنية (تدريب بدني تطلق فيه الاندروفينات **Endorphins** التي تحكم القلق والإحباط) بالإضافة إلي كثير من الموسيقي والدراما مع السيطرة علي سلوكيات الطفل غير المناسبة وإهتمام أقل قدر بتنمية المهارات التواصلية التلقائية أو تشجيع الفردية ولكن هذا النوع من العلاج

من أشهر مراكز تأهيل مصابي التوحد في مصر

كاريتاس مصر- مركز سيتي

يهتم المركز بعلاج بعض الاضطرابات التي يصاب بها الأطفال ومنها التوحد واضطرابات الانتباه وعسر القراءة ومتلازمة داون. وقد تأسست "كاريتاس مصر" في يونيو عام 1967، تأسس مركز سيتي عام 1986 كأحد قطاعات الجمعية، بهدف مواجهة مشكلة الإعاقة الذهنية. يوجد المركز الرئيسي بـ ش السبع – مدرسة الفريدي لاسال بالظاهر. تليفون: 0225905148/ 0225908391. ويوجد مركز التأهيل المهني في 23 ش البعثة خلف سينما دوللي بشبرا مصر. تليفون: 0225746850

ما زال موضع بحث ولم يتم التأكد بعد من مدي فاعليته .

- **التدريب علي التكامل السمعي** (Training Auditory Integration (ALT

ويشير (**Geppert,. et al ,. 2004,p.24-30**) أن أنصار التكامل السمعي يعتقدون بأن الاطفال التوحديين مصابين بحساسية في السمع (فهم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية، وفي البحوث التي أجريت حول التكامل أو التدريب السمعي، كانت هناك بعض النتائج الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث أشخاص مؤيدون لهذه الطريقة أو ممارسون لها، ويجب الوضع في الاعتبار أن هذا النوع من التدريب أو العلاج السمعي التكاملي لا يمكن إجراؤه إلا بواسطة طبيب أو أخصائي علاج السمع.

ينتقل الصوت عادة عبر القناة السمعية ويسبب اهتزاز غشاء طبلة الأذن ، مما يسبب إهتزاز العظميات ، ينتقل الإهتزاز إلى السائل الموجود في الأذن الداخلية مسببا إهتزاز النهايات العصبية وينتقل الاحساس إلى المخ عبر العصب السمعي . وتعمل الأذن الخارجية والوسطى دور ناقل للصوت ومقوى له ، أما الاذن الداخلية فيتحول فيها الصوت من طاقة ميكانيكية إلى طاقة كهربائية تنقل بالعصب السمعي للمخ .

وإن هذه العملية هي عملية طبيعية وميكانيكية عند الشخص الطبيعي ولكن عند المصاب باضطراب طيف التوحد، تم أول مرحلتين من عملية السمع بشكل عادي مع الشك بأن الخلل يكون في المرحلة الثالثة وهي مرحلة انتقال الاحساس السمعي إلى المخ عبر العصب السمعي فيظهر الطفل وكأنه لايسمع أو انه لا يفهم الأوامر الموجه اليه ويفضل القيام بمهام موجه بدليل بصري ، وتكون حصيلة المفردات استقبالا ، وإرسالا محدودة ، ولا يستطيع متابعة سلسلة من التعليمات والأوامر ولا يميز بين كلمات تتشابه سمعيا ويجد صعوبة شديدة في فهم الجمل المتعلقة بالزمان والمكان ، والصفات ، والمفاهيم المجردة .

فمن أصعب الأشياء بالنسبة للدماغ في تنظيميها ، تنسيقها فهمها واستخدامها ، وكغيرها من المعلومات الحسية للمعلومات السمعية تأثير على مستوى الانتباه لدينا. فحجم المعلومات السمعية التي يجب او نرغب في تحملها محدودة جدا . والذبذبة تكون أما

مسموعة أو ملموسة (نشعر بها) وكلما ازدادت درجة الذبذبة كما ارتفعت النغمة ، والذبذبات التي تثير أعصاب البعض قد تكون مريحة أو مسلية للبعض الآخر ، ولغيرها من المجالات الاخرى لكل منا أشياؤه المفضلة . ولكن ما بالك لو عرفت بان الصوت الصادر عن عقرب ساعةالحائط خلال الليل يمكن أن يصل إلى نسبة أكثر بعشرات المرات عند الاشخاص الذين يعانون من اختلال في عملية استقبال المدخلات السمعية من النسبة التي تسمع فيها انت نفس الصوت ، فكيف سيشعر هذا الطفل اذا سمع صوت الموسيقى الصاخبة التي تستهويك أو صوت المكنسة الكهربائية وغيرها من الأصوات .

وفي عام 1982 قام طبيب فرنسي اسمه جي بيرار بوضع جهاز أطلق عليه اسم AUDIOKINETRON وانتشر هذا الجهاز بسرعة كبيرة لثبوت فائدته في الكثير من الحالات لكن نعود ونقول انه ليس من الضروري إعطاء نتيجة ايجابية في كل حالات اضطراب طيف التوحد. وتدريب التداخل السمعي هو تدريب لعملية السمع للمداخلات الحسية وغير الطبيعية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد- تأخر نمائي شامل - اضطرابات وضعف الإنتباه والتركيز - ديسلكسيا - صعوبات التعلم - الاكتئاب - صعوبات وحساسية السمع - الذين يعانون من مشاكل سمعية للأصوات حولهم - والمصابين بمتلازمة داون ومتلازمة وليام .

ونظرية التدريب السمعي تقوم على فلترة الاصوات التي يسمعها الطفل بواسطة سماعات توضع على الأذن يستمتع خلالها إلي أصوات (على الأرجح تكون على مقطوعات موسيقية) توضع في الجهاز AUDIOKINETRON بذبذبات تختلف من أذن إلى أخرى وذلك بقصد التأثير على الجهاز السمعي لدى الطفل . وبإجراء اختبارات خاصة يقوم بها مشغل هذا الجهاز يمكن التعرف على الذبذبات العالية جدا أو المنخفضة جدا في الأذن والذي يتم تبعا لها تعديل الذبذبات الخاصة التي يستمع اليها الطفل بكل أذن اثناء جلسة

من أشهر مراكز تأهيل مصابي التوحد في مصر

جمعية أصدقاء الغد المشرق

توجد الجمعية في أول طريق القاهرة / بلبيس الصحراوي، وهي تهتم بعلاج أشكال مختلفة من الإعاقة الذهنية منها مرض التوحد وصعوبات التعلم مثل مشاكل الانتباه والتركيز. لمزيد من المعلومات، يمكن الاتصال على: 0222812075 / 0222812012

التدريب التي تتم على فترة عشرة ايام جلستين يوميا يفصل بينهما ستة ساعات على الأقل ومدة كل جلسة نصف ساعة أي بما مجموعه عشرون جلسة .

- **التواصل الميسر** (FC) Commumication Facilitated :

هذه الطريقة هي إحدي الفنيات المعززة للتواصل للأشخاص غير القادرين علي التعبير اللغوي أو لديهم تعبير لغوي محدود ولذلك فهو يحتاج إلي ميسر يزود بالمساعدة الفيزيائية ، فعلي سبيل المثال عند الكتابة علي الكمبيوتر يقوم الميسر (الشخص المعالج) بدعم يد الشخص التوحدي أو ذراعه بينما الفرد التوحدي يستخدم الكمبيوتر في هجاء الكلمات وهذا النوع من العلاج يُبني علي أساس أن الصعوبات التي تواجه الطفل التوحدي إنما تنتج من إضطراب الحركة علاوة علي القصور الاجتماعي والتواصلي وعلي ذلك فإن المساندة الفيزيائية المبدئية عند تعلم مهارات الكتابة يمكن أن يؤدي في النهاية إلي قدرة علي التواصل غير المعتمد علي الميسر (الآخر) كما أن هذا الأسلوب يُركز أساساً علي تنمية مهارات الكتابة . وقد حظيت هذه الطريقة باهتمام إعلامي مباشر في وسائل الإعلام الأمريكية ولكن رغم ذلك لم تُشير إلي وجود فروق بين الأداء باستخدام الميسر أو الأداء المستقل بدون إستخدام الميسر.

- **العلاج بالمسك أو الاحتضان** (HT)Therapy Holding:

العلاج بالاحتضان يقوم علي فكرة أن هناك قلق مسيطر علي طفل الأوتيزم ينتج عنه عدم توازن انفعالي مما يؤدي إلي انسحاب اجتماعي وفشل في التفاعل الاجتماعي وفي التعلم وهذا الانعدام في التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الأم والرضيع وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث0 وهذا النوع من العلاج يتم عن طريق مسك الطفل بإحكام حتي يكتسب الهدوء بعد إطلاق حالة من الضيق، وبالتالي سوف يحتاج الطفل إلي أن يهدأ وعلي المعالج أن يقف أمام الطفل ويمسكه في محاولة لأن

من أشهر مراكز تأهيل مصابي التوحد في مصر

جمعية الحق في الحياة بمصر الجديدة

جمعية الحق في الحياة هي جمعية غير هادفة للربح، مسجلة بوزارة التضامن الاجتماعي لعام 1981 لمزيد من المعلومات، يمكن الاتصال على: 0222661271

يؤكد التلاقي بالعين، ويمكن أن تتم الجلسة والطفل جالس علي ركبة الكبير وتستمر الجلسة لمدة (45) دقيقة.

- **العلاج بالتدريبات البدنية** (Physical Exercise(PE :

مؤسس هذه الطريقة هو **.(Rimland, 1998)** وقد رأي أن الإثارة العضلية النشطة لعدة ساعات يومية يمكن أن تصلح الشبكة العصبية المعطلة وظيفياً ويفترض أنصار هذا الأسلوب أن التدريب الجسماني العنيف له تأثيرات ايجابية علي المشكلات السلوكية حيث أن نسبة 48% من (1286) فرداً من أباء الاطفال التوحديين قد قرروا أن هناك تحسناً ناتجاً عن التمارين الرياضية حيث لاحظ الآباء نقص في أنه يحسن مدي الانتباه والمهارات الاجتماعية كما يقلل من سلوكيات إثارة الذات كما يري بعض الباحثين أن التمارين الرياضية في الهواء الطلق تؤدي إلي تناقص هام في إثارة الذات إلي زيادة الأداء الأكاديمي .

- **التعليم الملطف**(GT) **teaching Gentle** :

استُخدم هذا النوع من العلاج بواسطة **McGee** في1985 كنوع من العلاج وقد أشار إلي أنه ناجح مع الأفراد ذوي صعوبات التعلم والسلوكيات التي تتسم بالعناد وتهدف هذه الطريقة إلي تقليل سلوكيات المعاندة باستخدام اللطف والاحترام تقوم علي افتراضين أساسيين هما :

1- ان يتعلم المعالج الاحترام للحالة الانفعالية للطفل ويتعرف علي طبيعة إعاقته بكل أبعادها .
2- ان سلوكيات المعانده او العناد هي رسائل تواصلية قد تُشير الي إضطراب أو عدم راحة أو قلق أو غضب.

- **العلاج بالموسيقي**(MT) **Music Therapy** :

هذا النوع يُستخدم في معظم المدارس الخاصة بالأطفال التوحديين وتكون نتائجه جيدة فقد ثبت علي سبيل المثال أن العلاج بالموسيقي يُساعد علي تطوير مهارات انتظار الدور **Turntaking** وهي مهارة تمتد فائدتها لعدد من المواقف الاجتماعية.

والعلاج بالموسيقي أسلوب مفيد وله اثار إيجابية في تهدئه الاطفال التوحديين وقد ثبت أن ترديد المقاطع الغنائية علي سبيل المثال أسهل للفهم من الكلام لدي الاطفال التوحديين وبالتالي يمكن ان يتم توظيف ذلك والاستفادة منه كوسيلة من وسائل التواصل.

Medical Association - Jerusalem
Pediatric Society – Palestine

نقابة الاطباء - مركز القدس
جمعية أطباء الأطفال - فلسطين

30-4-2019

العلاج بالأكسجين المضغوط لمرضى الشلل الدماغي

الزملاء الأعزاء

السلام عليكم

كثر الحديث والسؤال في الأونة الأخيرة عن علاج الأطفال المرضى المصابين بالشلل الدماغي أو بالاضطرابات السلوكية مثل التوحد حول العلاج بالأكسجين المضغوط.

موقف المجتمع الطبي الدولي وجمعية طب الأطفال - فلسطين لم يتغير خلال العشر سنوات الماضية:

لا يوجد أي دليل علمي أو دراسة طبية قائمة على أسس علمية صحيحة تثبت فعالية العلاج بالأكسجين المضغوط للأمراض الدماغية مثل الشلل الدماغي أو الجلطة الدماغية والاضطرابات السلوكية مثل التوحد أو فرط الحركة.

علاج الأمراض الدماغية والاضطرابات السلوكية بالأكسجين المضغوط ليس فقط خسارة مالية كبيرة بدون طائل ولكنه أيضاً يعرض أطفالنا لأعراض جانبية خطرة مثل التشنجات ومشاكل في الرئتين وأذية لشبكية العين

لذلك فإن موقف الجمعية ثابت من منع استغلال هؤلاء الأطفال ونشر الوعي الصحي والحفاظ على صحة أطفال فلسطين

Abdulsalam Abu-Libdeh
President of Pediatric Society - Palestine (PSP)

جمعية أطباء الأطفال Pediatric Society - Palestine

Email: pspsecretary@pedpal.org
Website: www.pedpal.org

يختلف الكثيرين في أهمية ادراج الموسيقى أو الإيقاع ضمن مواد تعليم وتدريب الأطفال الذين يعانون من إعاقة التوحد وهل وجودها له تأثير ايجابي على هؤلاء الأطفال ، من خلال ملاحظة لأطفال مصابون باضطراب طيف التوحد يظهرون استمتاعا غير محدد لحصص الموسيقى واهتماما بالحلقات الغنائية وانتباها واضحا لمقاطع موسيقية سواء في الراديو كاسيت أو الأفلام الكرتونية أو الدعايات التلفزيونية ، ويأتي أيضا هذا الإصرار من خلال تجربتي الشخصية مع اثنين من تلامذتي كان التعبير اللفظي لديهما معدوم حتى عمر 9 سنوات للأول و11 سنة للثاني ولكن بعد اتباع برنامج موسيقى إيقاعي معها أبديا تقدم ملموس على صعيد التواصل اللفظي واضحا يشاركان بلفظ أكثر كلمات الأغاني الموضوعة في الخطة الخاصة بهما . ومن الأساليب التي تدخل ضمن العلاج الموسيقى :

1. جهاز الأشعة الصوتية الموسيقية أو الـ (Sound Beam) وأول من استعمله هو الدكتور فيليب إليس من جامعة وارك في إنجلترا وهو جهاز يعمل على الأشعة يصدر أصوات موسيقية عند كل حركة يقوم بها الطفل فالنظرية تقول ان الطفل تجذبه الأصوات الصادرة عن هذا الجهاز وتشجعه على التواصل هذا عدا إمكانية ان يربط الطفل حركته مع الصوت الذي يصدره الجهاز ويتعلم بعد ذلك ان كل فعل له ردة فعل ويبدأ بعدها بالتواصل مع المعلم والاستجابة للتوجهات والتي يمكن تطويرها لا حقا حسب البرنامج الموضوع .
2. استعمال ميكروفون ومكبرات صوت في حصص الغناء وذلك يدفع الطفل ويشجعه على لفظ الأحرف والكلمات وخاصة اذا استطعنا الحصول على جهاز تغير الأصوات والصدى.

- **العلاج البيولوجي (أدوية - هرمونات – فيتامينات) :**

ثبت فعليا عن طريق الكثير من الدراسات أن نجاح أي عقار طبي مع أحد الحالات لا يعني بالضرورة نجاح تأثيره مع فرد آخر ، وعلينا ان نراعي الحذر من إعطاء طفل اضطراب طيف التوحد أدوية كثيرة أو بكميات كبيرة قد يكون في ذلك خطورة عليه كما أن استخدام أكثر من عقار طبي في وقت واحد يجعل من الصعب تقييم فائدة هذه العقاقير وعموما حتى عند اكتشاف فاعلية أي عقار يستخدم ويحقق الفائدة المرجوة علينا استخدام أقل جرعة ممكنة فالزيادة عن الحد المؤثر قد تصبح ذات تأثير عكسي ضار ويعطي الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد أنواع مختلفة من العقاقير تتضمن الأدوية المضادة للصرع وأخرى لتخفيض النشاط المفرط أو حالة سلوك تدمير الذات والعصبية الزائدة وضبط تأرجح المزاج وتحسين قدرة الانتباه والتركيز ومع معرفتنا لأنواع كثيرة من الأدوية لابد من الأخذ في الاعتبار أنه لا توجد طريقة واحدة سحرية تناسب كل الأطفال

من أشهر مراكز تأهيل مصابي التوحد في مصر
المركز المصري الكندي لتنمية القدرات الذهنية بالنزهة الجديدة
يتبع المركز أحدث تقنية لعلاج حالات فرط الحركة وتشتت الانتباه وصعوبات التعلم على يد أخصائيين محترفين. يهتم المركز بعلاج حالات تشتت الانتباه والتوحد وصعوبات التعلم وغيرها من الاضطرابات التي قد تصيب الأطفال.لمزيد من المعلومات، يمكن الاتصال على: 01115000412.

التوحديين فكل حالة فريدة في نوعها تتطلب ما تناسبها في أدوية وعقاقير مع الحرص على عدم استخدام أي منها إلا بموافقة ومعرفة الطبيب المختص والإلتزام الدقيق بتعليماته من حيث نوع العقاقير المناسبة للحالة وحجم الجرعة وتوقيتها والمدة التي يستمر فيها تعاطي هذه الأدوية علما بأنه حتى الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما هو فيه شفاء ناجح للتوحد ولكن هناك فقط وما يخفف من حدة الأعراض وتساند وتسهل عملية التعليم ومن هذه الأدوية :

1. هالدول Hldol : وهو ما يسمى بـ Hldol شبه الملح Haloperedol ويستخدم هذا الدواء لتخفيض النشاط المفرط وحالة تدمير الذات وقد أثبتت بعض الدراسات ظهور آثار إيجابية في سلوكيات الانتماء الاجتماعي والتعلم ولكن للأسف وكغيره من الأدوية ظهر أن لديه بعض الآثار الجانبية تبدأ في سن المراهقة ممثلة بتبلد في الذهن وانعدام الحس ولكن فقد كشفت دراسات متقنة أن هذه ظاهرة نادرة الحدوث وليست بالسبب لانقطاع التداوي .
2. الريتالين Ritslinn : وهو عقار لخفض النشاط الزائد وهو يتطلب مشورة الطبيب المختص ليس في بدء استخدامه فقط ولكن ايضا في إجراءات التوقف أو انتهاء استخدامه
3. الفينفلورامين Fenfluramine : عقار مصلي مقوي مضاد للنزف يخفض نسب سيروتونين Serotonin الدم وله بعض التأثيرات الإيجابية على النشاط المفرط وعدم التركيز و الانتباه وكان له تأثير فعال في بعض حالات اضطراب طيف التوحد.
4. امفيتامين Amphetamines : وهو دواء يؤثر على الأطفال التوحديين ين ومعروف في الأوساط الطبية أنه من الأدوية المنبهة له بعض التأثيرات على النشاط المفرط وعدم

من أشهر مراكز تأهيل مصابي التوحد في مصر

مركز كيان بحدائق القبة

يوجد المركز في 12 ش محمد شلبي، وهو يتخصص في استقبال وعلاج جميع حالات الإعاقة الذهنية مثل حالات التوحد وبطء وصعوبات التعلم. ولا يقتصر عمل المركز على القاهرة فقط، بل يمتد لمحافظات بني سويف والمنيا وأسيوط وسوهاج. لمزيد من المعلومات، يمكن الاتصال على: 0224660528/ 0224662717.

التركيز والانتباه إلا أن بعض الدراسات إشارة إلى تراجع سلبي بعد فترة من الوقت .

5. فينوثيوزين Phenothiozine : وهو عقار معروف بأنه يقلل القلق والعنف الزائد وسلوك إيذاء الذات (معروف في الأوساط الطبية أنه من الأدوية المهدئة) .
6. الليثيوم Lithium : تمت محاولة استخدام الليثيوم ببعض الدراسات للاطفال ذوو اضطراب طيف التوحد ، وأدت إلى نتائج جديرة بالإهتمام بحالات مفردة ، وبدءا في مرحلة المراهقة يكون الليثيوم ذو فائدة لضبط تأرجح المزاج والإيبزوديا (سلسلة الأحداث المترابطة) للسلوكيات الشديدة الإضطراب . ومن الضروري جدا التحكم بـ الليثيوم لأن هناك فارقا بسيطا جدا بين مستوى العلاج ومستوى التسمم به لو زادت الجرعة قليلا مما يسبب خطورة في استعماله .
7. أدوية أخرى : من تلك العقاقير (تريكسان ، Trexan) نالتروكسون Naltroxone ، والإسكالس Eskalth وهي ادوية تخفف من حدة السلوك العدواني أو ايذاء الذات والـ توفرينيل Torfenil كمهدئ للخلايا المستقبلة للمثيرات وغيرها الكثير من العقاقير .
8. هرمون السكرتين Secrtine : يعود الفضل في اكتشاف هرمون السكريتين كعلاج محتمل للتوحد إلى "فيكتوريا بيك" وهي ام لطفل توحدي فقد كان باركر ابن فيكتوريا يعاني من إسهال مزمن وأجريت عليه اختبارات الأمراض المعوية وتطلب أحد الاختبارات استعمال باركر لهرمون السكريتين وذلك لفحص وظيفة البنكرياس لديه .... ويعد إجراء الاختبار لاحظت فيكتوريا وزوجها ان الإسهال قد توقف لدى باركر وان سلوكه قد تحسن بصورة ملحوظة وبعد سؤالها عدد من الأسئلة وقراءة وثائق البحث العلمي وإصرارها التام تمكنت فيكتوريا من إعلان أن هرمون السكريتين هو سبب

مراكز علاج التوحد في جدة:
-الجمعية الخيرية السعودية لعلاج التوحد، رقم الهاتف: 0126622513
-أكاديمية التوحد الرائدة، رقم الهاتف: 0126226289 / 0126631113
البريد الإلكترونيL_ A_ Autism@yahoo.com :
-مركز جدة للتوحد، رقم الهاتف: 0126554147 / 0126911997
-مركز الرعاية والحنان، رقم الهاتف: 6554882
البريدالإلكتروني tlccenter@hotmail.com

تحسن حالة ابنها ... وأثيرت ضجة حول هرمون السيكريتين بعد تجربته على 200 طفل توحدي تم اعطائهم جرعات من هرمون السكريتين ويبدو ان الأغلبية قد تحسنوا خلال أيام قليلة من إعطائهم جرعات الدواء وأفاد الأهل عن حالات تحسن في المدرسة واللغة والتواصل البصري والنوم والتركيز ، وأن الأطفال الذين عانوا من الإسهال المزمن لسنوات عديدة قد توقف عنهم الإسهال لأول مرة بعد يوم أو يومين من إعطائهم الهرمون.

واحدى النظريات تقول ان هرمون السكرتين يحفز الهضم وتحليل الغذاء بصورة جيدة فهو يمكن أن يساعد في تغذية المخ وحمايته وتسكين المواد السامة للأعصاب الموجودة في الأطعمة وتقول نظرية اخرى بأن هرمون السكرتين يحفز إنتاج السيروتونين في المخ الذي يكون عادة منخفضا عند الإصابة باضطراب طيف التوحد ، والسيروتونين مسئول عن عدد من الوظائف في المخ بما في ذلك تنظيم الإثارة والتركيز والتعلم . ويستمر تأثر هرمون السكرتين حوالي 4-6 أسابيع ويبدو مأمونا نسبيا ولكن بالنهاية لا معلومات متوفرة حتى الآن عن آثار جانبية وتوجد الآن أكثر من دراسة يجرى إعدادها عن فعالية هرمون السكرتين متوفرا على نطاق واسع ، ولابد من الذكر بأن هرمون السكرتين لم يجاز استعماله في الـ FAD (منظمة الأدوية العالمية) كعلاج للتوحد حتى الآن ويعطي على مسؤولية الأهل .

9. أدوية مضادة للصرع : الكاربامايزبابين Carbamazepine ، والـ تيجريتول Tegretol والـ هيرموليبسين Hermolepsin هي عقاقير مضادة للصرع استخدمت حتى الآن بنجاح وبأقل تكرار لآثار جانبية رئيسية ، ولها في بعض الأحيان أثر إيجابي ليس من خلال

مراكز علاج التوحد في الرياض :
- مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد، رقم الهاتف: 0096112102979
البريدالإلكترونيadmin@mfac.com.sa :
- أكاديمية التربية الخاصة للتوحد، رقم الهاتف: 4413044
البريد الإلكترونيsdram2020@yahoo.com :
- مركز الأمير ناصر بن عبد العزيز للتوحد، رقم الهاتف: 0112120050
- مركز عزام للتوحد، رقم الهاتف: 0112037445

تقلي النوبات فحسب ولكن ايضا بتحسين الأداء الوظيفي النفساني ورغما عن ذلك فهناك بعض الظهور للطفح الجلدي والخمول والإضطرابات المعوية عند استعمال هذه العقاقير.

10. العلاج بالفيتامينات : فيتامين B6 والمغنيسيوم : جانب آخر من جوانب التأهيل والرعاية لطفل اضطراب طيف التوحدتلعب دورا حيويا في العلاج هو الاهتمام بالتغذية السليمة والصحة العامة لطفل اضطراب طيف التوحد فالاهتمام بتوفير الوجبة الغذائية الصحية المتكاملة المناسبة لسنه ووزنه تؤدي للاستقرار الغذائي المطلوب وخاصة لحالات اضطراب طيف التوحدالتي أصبح من المعلوم أن لها احتياجات خاصة فوق احتياجات الطفل العادي السوي وينصح خبراء التغذية بأهمية توفير تلك الاحتياجات الخاصة بالمواد ويحتاج الطفل بصفة خاصة إلى عنصر الزنك والنحاس والمغنيسيوم كما يحتاج إلى فيتامين B6 بنسب أعلى من الطفل السليم حيث فضلا عن أهمية التغذية فله تأثير مباشر على الأطفال التوحديين بالذات وخاصة إذا أعطى مع مركبات المغنيسيوم ومجموعة من المعادن الاخرى وعلى سبيل المثال تنتج مصانع Kirlkman للأدوية كبسولات تحت اسم Super - Nu -Thera تحقق هذا الغرض كما ينصح الدكتور برنار ريملاند مدير معهد أبحاث اضطراب طيف التوحد باستخدام كبسولات Dimethylglyeime المعروف باسم DMG لتوفير احتياجات طفل اضطراب طيف التوحدمن العناصر الغذائية الأساسية من معادن وفيتامينات وخلاصة بعض الأعشاب الخالية من المواد الكيميائية .

- **العلاج بالتعليم المنظم :**

التعليم المنظم عملية متكاملة للتدخل العلاجي للأطفال ذو الحاجات الخاصة ترتكز على جعل البيئة من حول الطفل واضحة ومفهومة وعبرها يمكنه التنبؤ بالخطوات التي ستحصل خلال ايامه العادية وتضعه في مواقف أقل حيرة وهذا مما يقلل من المشاكل السلوكية للطفل وتدفعه نحو المزيد من الاستقلالية والإعتماد والثقة بالنفس عبر التنظيم المحسوس ، وتقليل التشتت البصري والسمعي وعبر تطوير أماكن التعلم الحر والجماعي

داخل الصف ، (فردي - اعتمادي - انتقالي - لعب منظم) أو خارج الصف الدراسي (ألعاب حسية -العاب رياضية - رسم - موسيقى - سباحة وغيرها ، ولا شك بأن هذه الطريقة في التعليم تساعد الولد على فهم السبب والنتيجة وتؤمن له كل حاجاته الجسدية والحسية .

وفي التعليم المنظم لابد من التنظيم والتوضيح المبالغ فيه حتى يفهم الولد اين يذهب ، ماذا يفعل ، كيف يقوم بالعمل وذلك عن طريق جداول يومية موضحة بدليل بصري وهذا الدليل يمكن ان يكون مجسنم للنشاط التالي (مثلا مايوه السباحة في الجدول وبذلك يعرف الولد ان النشاط التالي هو السباحة) أو صورة للنشاط (صورة الولد نفسه وهو يسبح) أو رمز للنشاط (مثلا رموز ماكتون) أو كلمة النشاط (السباحة) اذا كانت قدرات الولد تسمح ومن هنا أهمية مراعاة كل ولد حسب قدراته واختيار الدليل البصري المناسب له.

- **العلاج بتعديل السلوك :**

ان التفنن في تعديل السلوك ، يعتمد على القاعدة العامة منذ وجدت المخلوقات ، وهي الثواب والعقاب ،ونعني بتعديل السلوك تغيير اتجاهه بطريقة منهجية ومدروسة . وبما ان جميع انواع السلوك بغض النظر عن سببها ، يمكن ان تغير وان تعدل ، فالتفنن في تعديل السلوك يركز على ما يحدثه السلوك من متغيرات في البيئة المحيطة ، بدلا من اهتمامه بالاسباب المباشرة لحصول ذلك السلوك . فالطفل الذي يتميز بالمشاغبة والصراخ والعناد لسبب ما يؤدي لجذب انتباه الأهل ليسارعوا إلى الاستجابة لطلبه ، وذلك العمل بحد ذاته مكافأة له على عناده ، ويمكن ان نشجعه على تكرار ذلك كلما دعت الضرورة .

ان التفنن في تعديل السلوك هو الأسلوب الذي نتبعه من أجل التأثير على المتغيرات الحاصلة بنتيجته ، وعندما يطرأ ذلك التغيير مفيدا كان أم ضارا يؤدي فيما بعد إلى الحفز على تكراره أو الردع عن تكراره. ومن أهم الخطوات نحو تعديل السلوك :

1- انتقاء السلوك المنوي تغييره وذلك بمراقبة فالطفل ومراقبه دقيقة لحسابه وقياسه وفي عملية تغيير السلوك المستهدف يمكن ان يشترك أكثر من شخص لتوخي اقصى حد من الموضوعية في احتساب مؤشرات السلوك المستهدف .

2- التقويم الكمي للسلوك ، من خلال قيامنا بهذه الخطوة نحدد بالصدد تكرار حدوث السلوك المستهدف لدى الطفل (السلوك الذي نريد تعديله) واحتساب المرات التي يحدث بها السلوك المستهدف في زمن معين كما يمكننا ان نرسم مستوى اداء السلوك .

3- التقويم الكيفي للسلوك ، وتلك الخطوة تعني قياس كيف حصل السلوك وما هي الظروف المحيطة بالطفل أثناء حصول السلوك .

4- التدخل ، بعد تحديد مستوى حدوث السلوك المستهدف ومعرفة كمه وكيفة نبدأ بتخطيط برنامج علاجي يرمي إلى تعديله وتحدد هذه الخطوة مدى نجاح عملية تعديل السلوك المستهدف أو فشلها وذلك بالكشف عن مدى تكرار حدوث ذلك السلوك المستهدف خلال عملية التدخل ومقارنته بالمستوى الاساسي للتكرار ، فباستعمالنا الأساليب التي تحدثنا عنها سابقا لتعديل الكثير من التصرفات الشاذة التي كثيرا ما يقوم بها الأطفال التوحديين يبين .

- **العلاج الحركي :**

كلنا نتردد أحيانا رغم علمنا ان ذلك الشئ قد يكون في صالحنا حين يكون الأطفال في حالة منخفضة من النشاط نراهم يترددون في الحصول على الحركة التي يحتاجونها لرفع حالة النشاط إلى مستوى أكثر ملاءمة بينما يتردد الأطفال الذين لديهم درجة مرتفعة من النشاط ، في أداء الأنشطة التي تعتبر مهدئة لهم ، في كلا الحالتين من الأفضل والأسهل البدء بنوع من النشاط الشفهي ، وعلى وجه العموم ، فإن المضغ يعتبر نشاطا تنظيميا ، والمص نشاط مهدئا بينما الطحن نشاط إثارة .أيضا فإن الطعم الحلو يعتبر مهدئا، والطعم الحامض يعتبر منشطا وتنظيميا أما الطعم الحريف والمر يعتبران منبهين .

مراكز علاج التوحد في دبي:
-مركز ستيبنج ستونز، رقم الهاتف: 97143635433
البريد الإلكترونيdubai@steppingstonesca.com :
-مركز دبي للتوحد، رقم الهاتف: 97143986862
-المركز العربي الأمريكي لعلاج التوحد، رقم الهاتف: 97142552287
البريد الإلكتروني info@arab-americancenter.com

بعد ان يبدأ الأطفال في ممارسة النشاط الشفهي المناسب ، سوف يكون باستطاعتك إقناعهم بالجلوس فوق كرة علاج كبيرة والقفز إلى أعلى والي اسفل هذا النشاط قد يكون منشطا أو مهدءا ويمكن عمله أثناء الواجبات أو أثناء ممارسة أي نشاط يبدو ملائما بعد البدء بهذه الأنشطة يكون الطفل أكثر رغبة في عمل أشياء أخرى . ومن أنشطة العلاج الحركي التي أثبتت فائدتها :

1. أنشطة التعلق بالذراعين والتسلق والقفز للمس جزء عال ضرب وقذف الكرات أو الإسفنج الرطب تجاه الحائط .
2. المشي والهرولة شئ يعجب الأطفال ويساعدهم كما ان إرسالهم لقضاء حاجات سهلة مثل ابتياع شئ من مكان قريب أو إرساله بشيء إلى الصف الآخر أو أحد الجيران .
3. يستمتع الكثير من الأطفال ببعض أنشطة الكبار والتي ستكون مفيدة لهم مثل كنس ومسح الأرضيات ودفع عربة التسوق وحمل الأشياء (خاصة الكتب ، وأكياس المشتريات، والأثاث الخفيف وأشياء أخرى) أيضا فإن عجن الخبز وخلط عجين الفطائر أو البسكويت باليد يكون مفيدا لهم ، وفي غياب الشئ الحقيقي ، يمكن استخدام الطين كبديل ممتاز ، ان الحفر وتقليب التربة وري النباتات وصبغ المنزل بالماء باستخدام فرشاة كبيرة وغسل السيارة كل هذه تعتبر أنشطة مفيدة .
4. شجع الطفل على الإلتفاف فهذا النوع من الحركة أكثر تنظيما.
5. البيئة المائية (حمام السباحة) يمكن ان تناسب مجموعة واسعة من الإحتياجات الحسية والعقلية .
6. تشجيعهم على المشاركة في الرياضة المنظمة .

مراكز علاج التوحد في أبو ظبي:
- مركز الإمارات للتوحد، رقم الهاتف: 0097126427557
- مؤسسة زايد العليا للرعاية الإنسانية وذوي الاحتياجات الخاصة، رقم الهاتف: 023056409
- مركز الخليج للتوحد، رقم الهاتف: 97126652004 / 971567422978

- **العلاج بالرسم :**

من خلال تجربة "مجيد" الشاب الفرنسي من أصل جزائري عمره 13 سنة يعاني من حالة مرض ذهاني توحدي شديد يسيطر عليه سلوك تدمير الذات ولديه ضعف شديد في التآزر الحركي أي تضامن حركة اليد مع ما تراه العين ، شديد البطئ في حركاته ويرفض التعاون . ولكنه ادهش الجميع ذات يوم عندما حصل على ألوان زيتية وريشة ولوحة بيضاء في أحد مخيماتنا الصيفية وقام بخلط الألوان على طريقته الخاصة وكانت النتيجة لوحة فنية سفينة في البحر فيها من التآزر الحركي ما لا يستطيع فعله أي راشد سوي وهكذا فإن التآزر عند مجيد لم يكن يظهر إلا عندما يرسم ، ومن هنا فان الرسم والتلوين هو نشاط يحتاجه الطفل لتنمية قدراته الذهنية وتطوير أفكاره وإثراء خياله ومعرفته.

فالتعبير بالرسم عند الطفل العادي يشبه إلى حد ما اللعب التخيلي فبالرسم يستطيع الطفل ان يتخيل ويعبر عن الأشياء المحيطة به وهي في الغالب أشياء واقعية أو شبه واقعية وإذا كان هناك فوائد تعود على الأطفال العاديين من خلال التعبير بالرسم فإنه من المؤكد اننا نستطيع توظيف هذه النقطة لفائدة الأطفال التوحديين . والرسم يحتاج إلى قدرات فنية تساعد الطفل التوحدي على ان يتعود على التفكير عن طريق اللعب بالألوان والتعبير بالرسم ولا شك ان اثر ذلك يكون واضحا في المستقبل ومن المعروف بأن في التدخل المبكر نحصل على نتيجة أفضل وأسرع . وهناك طرق أخرى للرسم تسارعت في العقود الأخيرة ألا وهي الرسم بالكمبيوتر حيث تعددت البرامج الخاصة بالرسم ومنها ما صمم للأطفال ذو القدرات المحدودة وهذه البرامج تلاقي استحسانا واهتماما من الأطفال التوحديين ين .

مراكز علاج التوحد في الأردن:
- مجموعة النطق للتأهيل، رقم الهاتف: 0791372250
- مركز التعليم للجميع لتنمية وتطوير قدرات الطفل، رقم الهاتف: 065333856
- المركز الطبي الأردني للتوحد، رقم الهاتف: 065658348
- الأكاديمية الأردنية للتوحد، رقم الهاتف: 065235007

- **العلاج بتنمية حقول التطور السبعة :**

التواصل هو القاسم المشترك بين جميع طرق التدخل والعلاج للطفل اضطراب طيف التوحدي فإذا أردت ان تعدل سلوكيات فأنت بحاجة للاتصال بالولد عبر بث الرسالة بما هو مطلوب واستقبال اذا كانت هذه الرسالة قد وصلت فعلا وكذلك الأمر بالنسبة للعب والموسيقى والرسم والعمل على حقول التطور السبعة اذا فإن التواصل هو مفتاح النجاح مع هذه الفئة من الأطفال.

وذلك لأن التواصل يؤمن لهم التفاعل والتكيف ومجاله متعدد الأبعاد من حيث الاستقبال البصري والسمعي واللمسي والشمي والذوقي والبث الصوتي والحركي والإيمائي وهناك مجال رحب للتدريب على التواصل مع المحيط الخارجي عبر تسلسل العمل على هذا الموضوع يبدأ بالتحقق في مستوى السلم السمعي (يمكن للمعلم ان يتحقق منه عبر ألعاب حسية) ثم المباشرة على تأمين الحد الأقصى في القدرة على الاستقبال السمعي ثم الانتقال إلى التدريب على اللفظ وتدريب العضلات في الشفاه والوجنتين وانسداد الحنجرة . وإضافة إلى آليات النطق نواجه مشكلة تعميم البث والاستقبال بشكل عام داخل المدرسة ونقل عملية النطق إلى الشارع والبيت.

وللتواصل مع الطفل التوحدي نستعمل طريقة التنظيم والتوضيح المبالغ فيه حتى يفهم الولد اين يذهب ، ماذا يفعل ، وكيف يقوم بالعمل وذلك عن طريق جداول يومية موضحة بدليل بصري ومسلسلة حسب البرنامج اليومي الموضوع للصف ، وهذا الدليل البصري يمكن ان يكون مجسم للنشاط نفسه (يمكن وضع كرة صغيرة في الجدول لتوضيح حلول حصة الرياضة) ويمكن ان يكون الدليل صورة للنشاط (صورة الولد نفسه

مراكز علاج التوحد في لبنان:
- المركز اللبناني النموذجي للتوحد، رقم الهاتف: 009613309252
- جمعية الأهل لدعم التوحد، رقم الهاتف: 96170125407

مراكز علاج التوحد في تونس:
- الجمعية التونسية للنهوض بالصحة النفسية، رقم الهاتف: 73820530

مراكز علاج التوحد في ليبيا:
- المركز الليبي للتوحد، رقم الهاتف: 0925404115
- مركز إدراك للتوحد، رقم الهاتف: 218177392449

وهو يلعب بالكرة) ويمكن ان يكون رمز للنشاط (مثلا رموز ماكتون) أو كلمة للنشاط (رياضة) مع الأخذ بعين الاعتبار أهمية مراعاة كل ولد حسب قدراته واختيار الدليل البصري المناسب له.

فتنمية حقول التطور عند الطفل التوحدي هو السبيل لوضع هذا الطفل على طريق الاستقلالية والاعتماد والثقة بالنفس لذلك لابد من معرفة ان هناك سبعة حقول للتطور عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحديمكن عبرها تبسيط عملية النمو وهي:

1- التواصل الميسر
2- تنمية المهارة الأكاديمية
3- تنمية العضلات الكبيرة
4- تنمية العضلات الدقيقة
5- تنمية المهارة المهنية
6- تنمية المهارة الاجتماعية
7- تنمية مهارة العناية الذاتية

مع العلم انه عند العمل على مراحل النمو عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحديجب الأخذ بعين الاعتبار ان لكل مجال من مجالات التطور مراحل متسلسلة يتوجب إنجازها بحيث يعتمد إنجاز مرحلة ما على نسبة نجاح المرحلة التي سبقتها فلا يمكن للطفل ان يربط حذائه قبل ان يكون قد تعلم لبس هذا الحذاء ولا يمكنه ان يفرش

مراكز علاج التوحد في الجزائر:
-عيادة الشفاء للطب النفسي للأطفال، رقم الهاتف: 0675452627
- مركز باب الخير لأطفال التوحد، رقم الهاتف: 061052023 / 6865410551 / 8583890674
مراكز علاج التوحد في سلطنة عمان:
- الجمعية العمانية للتوحد، رقم الهاتف: 24128949
- المركز العربي للتوحد، رقم الهاتف: 92269227
- مركز الأفق للتوحد، رقم الهاتف: 97457884
- مركز التوحد المتكامل، رقم الهاتف: 95341007 / 96796467 / 97078901
- مركز مسقط للتوحد، رقم الهاتف: 91371388 / 24615019

أسنانه قبل ان يكون قد تعلم وضع المعجون على الفرشاه لذلك يجب ان يكون هناك ما يسمى بتحليل النشاط وتجزئته وآلية القيام به والخطوات الواجب اتباعها لإنجاز ذلك النشاط ومن ثم تقييم ذلك الإنجاز وكيفية إعادة جدولة النشاط إلى خطوات أبسط في حالة الفشل . أما الأساليب المتبعة والأدوات المستعملة فمتعددة وفق الحاجة للهدف المطلوب وهناك أمور يجب التقيد بها :

- استعمال الأدوات والمواد الميسرة والطبيعية والتي يتعامل معها الطفل عادة في حياته اليومية قدر المستطاع .
- ان يكون هناك تواصل بين الفريق التربوي وبين المنزل والعائلة .

- **العلاج بطريقة ماريا منتسوري :**

طريقة مونتيسوري هي منهج وفلسفة في التعليم تؤكد على أن الطفل ذو عقل ممتص، وأنه يمكن استغلال طاقته وتنمية إبداعه وتطوير قدراته وإثارة فكره باستخدام مواد صممتها خصيصًا لمرحلة الطفولة (ماريا مونتيسوري) وطورتها عبر ثلاثين سنة، وهي طريقة مستخدمة في أكثر دول العالم منذ أكثر من ثمانين عامًا.

ماريا منتسوري (1870- 1958) كانت أول امرأة إيطالية تخرجت في كلية الطب من جامعة روما عام 1896م، وعملت بعد تخرجها في مؤسسة للأمراض النفسية ترعى أطفالا متعثرين في نموهم ومعاقين في قدراتهم العقلية واستعدادهم للتعليم، وأيقنت أن أولئك الأطفال لديهم قدرات للتعلم أكبر مما كان يعتقد .

عملت كمدرس مساعد في العيادة النفسية بالجامعة، وقد مكنها ذلك من متابعة عينة مختارة من الأطفال المعاقين ذهنيًّا، وآثرت الاستقالةَ من الجامعة، وقامت

مراكز علاج التوحد في قطر:
-مركز قطر للتوحد، رقم الهاتف: 97444643711
-مركز الشفلح، رقم الهاتف: 97444956666
مراكز علاج التوحد في الكويت:
-مركز الكويت للتوحد، رقم الهاتف: 25309300
-جمعية التوحد الكويتية، رقم الهاتف: 25309399
مراكز علاج التوحد في البحرين:
-الجمعية البحرينية للإعاقة الذهنية والتوحد، رقم الهاتف: 97317623302 / 97317484110

بالتدريس في مدارس ضعاف العقول وقراءة ما تقع يدها عليه من كتب عن طبائع الأطفال وخبرات التعامل معهم خلال مراحل النمو، ولذلك أسست ما أسمته (دار الطفل) لتنضم بذلك إلى تلك الكوكبة من المفكرين والفلاسفة وعلماء النفس ممن أسهموا نظريًّا وعلميًّا في الاهتمام بالطفولة عامة والطفولة المبكرة خاصة (ماريا منتسوري، 2002، 25) . يتلخص هذا المنهج في رباعية من القواعد الأساسية التطبيقية، والتي تتمثل في:

- المعلم المدرب : أو المعلم الموجه والمرشد لنمو الطفل وتعليمه.
- نضج الطفل : من خلال ما يتم من عمليات التمثيل والإدراك والوعي والمقارنات التي تتم داخل تلك البيئة المعدة التي تقدم له العون؛ حيث ترشده الموجهة من أجل التعامل السليم مع الحياة فيما بعد، وبذلك يصبح التعلم متاحًا وممكنًا وليس مفروضًا.
- إتاحة أكبر قدر من الحرية للطفل : وذلك يكون مقترنًا بتعويده في الوقت نفسه على تحمل مسئولية أعماله وإخباره بعواقبها.
- توفير بيئة تعليمية : معدة من المواد ومهيأة من مجموعة من الأشياء والمواد تكون ملائمة لكل مرحلة من مراحل التعليم الأربع (0-6, 6-12, 12-18, 18-24 سنة)، وكل هذه المراحل وما يلائمها من الوسائل التعليمية المعدة إعدادًا خاصًّا أيضًا من واقع التجريب في التعامل مع الأطفال من خلال البيئة وما فيها من أشياء مصنوعة أو مواقف معينة (ماريا منتسوري، 2000 ، 118)

والتعليم العلمي الذي يقوم على البحث الموضوعي يجب أن يكون قادرًا أيضًا على تغيير الأطفال.. ولكن كيف..؟ من خلال الارتقاء بهم فوق المستوى الطبيعي وجعلهم أفضل، وهدف التعليم يجب ألا يكون فقط مراقبة الأطفال، ولكن تغييرهم، فالملاحظة قد أدت إلى نشوء علم جديد لعلم النفس ولكنها تركت المدارس على حالتها السابقة لا أنها لم تحدث تغييرا في وسائل التدريس(ماريا منتسوري،2002 , 63). وإذا أردنا استخدام الوسائل الجديدة عبر الخطوط العلمية فإنه يجب أن تغير المدرسة وسائلها وتنشئ شكلاً جديدًا للتعليم، و"المفتاح الجوهري" للتعليم العلمي للأطفال التوحديين يتمثل في أن الأطفال التوحديين وذوي الذكاء المتدني لا يستجيبون لوسائل التدريس العادية ولا

يستطيعون تنفيذ الأوامر، لذلك كان من الضروري استخدام وسائل أخرى تتلاءم مع قدراتهم المختلفة، وهذا النوع من التعليم هو هدف بحثنا وتجاربنا ومحاولات اكتشاف إمكانات كل الأطفال، ومنحهم الوسائل والدوافع التى يمكن أن توقظ طاقاتهم الكامنة، بحيث يمكنهم المضي قدمًا في استخدام وتنسيق وتوسيع هذه المعطيات من خلال الممارسة الملائمة، والمعلم حينما يواجه للمرة الأولى بشخص أصمَّ أو معوقٍ ذهنيًّا فإنه يكون عديم الحيلة، كما لو كان يواجه بطفل حديث الولادة ... فقط العلم التجريبي هو الذي يستطيع أن يشير إلى الطريق نحو نمط جديد للتعليم يكون ملائمًا لهؤلاء المنبوذين (ماريا منتسوري، 2002، 87) . إن طريقة منتسوري تهدف إلى تعليم الأطفال ما يلي :

أ) الاستقلالية والتركيز :

فالمعلم لا يحاول أن يوجهه أو يعلم أو يقترح أمرًا ما يخص الطفل من أجل السيادة أو الحرية أو الاستقلالية، وإذا افترضنا أن بيئة المدرسة تحتوي على الأدوات الصحيحة التي تتوافق مع الحاجات الداخلية للأطفال في مراحل حساسة متباينة فإن الأطفال سوف يتحمسون للعمل بهذه الأدوات من تلقاء أنفسهم بدون إشراف أو توجيه من الكبار، ولقد قضت منتسوري فترات طويلة في ملاحظة سلوك الأطفال تحت عوامل متباينة في استخدام أدوات مختلفة من أجل خلق بيئة مختلفة كانت تحتفظ بالأدوات الأكثر قيمة وأهمية للأطفال بناء على ما ذكره الأطفال أنفسهم حيث أخبروها بذلك بطرق مثيرة؛ فعندما يلتقون مصادفة بإحدى الأدوات التي تتفق مع ميولهم الداخلية وحاجتهم يكون بتركيز لافت للنظر، ولاحظت منتسوري أنه عندما يكلف الأطفال بأعمال صعبة تلائم ميولهم الداخلية في فترات حساسة محددة فإنهم يقومون بها بتركيز شديد، وعندما ينجزونها

مراكز علاج التوحد في فلسطين:
- الجمعية الفلسطينية لحالات التوحد، رقم الهاتف: 082860767
- جمعية أصدقاء أطفال التوحد، رقم الهاتف: 97022425413 / 970592770099

مراكز علاج التوحد في السودان:
- مركز السودان لتنمية القدرات، رقم الهاتف: 0115329722 / 0907805403
- منظمة الشريف للرعاية الخاصة، رقم الهاتف: 00249155133949 / 00249123008498 / 00249123743941
- المركز السوداني العالمي لتدريب أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة، رقم الهاتف: 0911393750 / 0115604070 / 0183289366

يشعرون بالراحة والسعادة، فيبدون وكأنهم يشعرون بسلام داخلي أو أنهم يحققون ذواتهم من خلال الأعمال الشاقة، ولقد أطلقت منتسوري على هذه العملية المعيارية أو الحالة الطبيعية ثم جعلتها حالتها الأساسية لخلق البيئة المثالية لمثل هذه الجهد المركز.

ب) الاختبار الحر:

حاولت منتسوري أن تنمي أفكارها الخاصة بما يجب أن يتعلمه الأطفال وأن تراقب ما قد يختارونه إذا تركت لهم حرية الاختيار، كما علمتها الخبرة أن الاختيار الحر يؤدي إلى قيامه بأكثر الأعمال إثارة لأعماقهم الداخلية، وعلى المدرس أن يوفر هذه الاختيار الحر للطفل وذلك بأن يكلف الطفل من وقت إلى آخر بمهمة جديدة يبدي استعداده لها ولكن بطريقة غير مباشرة، فالمدرس يقدم الأداة للطفل ببساطة ثم يعود إلى الخلف خطوة ليلاحظ سلوك الطفل، حيث يراقب قوة تركيزه وعدد التكرارات، فإذا لم يبدِ الطفل استعداده للعمل فإنه ينحي الأداة جانبًا ليوم آخر، ويجب على المعلم أن يتجنب إعطاء الطفل شعورًا بأنه مرغم على أداء عمل ما؛ لأن هذا الشعور يقلل من أداء الطفل بأن يتبع ميوله، ويجب على المدرس بناء على ما ذكرته منتسوري أن يكون مراقبا للطفل، ويقضي معظم الوقت ملاحظا لسلوك الأطفال محددًا لميوله ودرجة استعدادهم.

ج) الثواب والعقاب :

لا يقف المدرس التابع لمدرسة منتسوري موقف القائد بل موقف التابع؛ فالطفل هو الذي يسلك طريقًا مستكشفًا ما يميل إلى القيام به، ورأت منتسوري أن السلطات الخارجية تستخدم سياسة الثواب والعقاب بهدف جعل الأطفال خاضعين لإرادتهم، لكن سياسة الثواب والعقاب ليس لها مكان في فصول منتسوري حيث يؤمن المدرس في مدرسة منتسوري بأنه إذا اهتم بالميول الطبيعية للأطفال فإنه سوف يجد الأدوات التي يقبل عليها الأطفال بتركيز شديد معتمدين على أنفسهم بدافع غريزي لكي يحسنوا من قدراتهم، في حين تضمحل الدوافع الخارجية عديمة الفائدة. ووضعت منتسوري مبدأ «احتواء الخطأ Control of error» حيث يصحح الطفل أخطاءه ويتعلم ذاتيا .

د) سوء السلوك :

في فصل منتسوري لا يسمح للطفل بإساءة استعمال الأدوات أو إساءة معاملة رفاق الدراسة، لذلك كان احترام الآخرين والحفاظ على أدوات المدرسة ينمو نموًّا طبيعيًّا فالأطفال يدركون كيف أن العمل مهم جدًّا بالنسبة إليهم، فإذا قام طفل بمضايقة رفاقه الذين يعملون بتركيز عميق فإن هذا الطفل عادة ما يجبر على البقاء بمفرده، وبهذه الطريقة فهم يحترمون هذه الرغبة بتلقائية، على الرغم من أن المدرس قد يتدخل أحيانا، وقد أوصت بأن لا يزيد عزل الطفل المعاقب على أكثر من دقيقة، وبهذه الطريقة يكون لديه الفرصة لكي يرى وقع أثر العمل بالنسبة للآخرين، ولكي يشعر بما خسره هو، وعلى ذلك سوف يبدأ الطفل عملا إيجابيًّا بدون توجيهات أو عزل.

إن سوء السلوك من وجهة نظر منتسوري غالبًا ما يشير إلى أطفال غير موفقين في عملهم، ووفقًا لذلك فإن مهمة المدرس لا تعطيه الحق في أن يفرض سيطرته وسلطته على الأطفال، ولكن عليه أن يلاحظ سلوك كل منهم بإحكام شديد، ومن ثم يكون المدرس في مكانة أفضل ووضع جيد لتقديم الأدوات التي تناسب حاجات النمو الداخلية؛ فالمعلمون يتوقعون درجة فعلية من الملل والضجر وصرف الانتباه خلال الأيام الأولى من السنة، وبمجرد أن يستقر الأطفال في عملهم فإنهم سوف يشعرون بالرغبة في الاستغراق فيه.

هـ- التخيل:

حاولت منتسوري ربط الخيال بالواقع حيث قامت بالتمييز بين استخدامات الخيال الابتكاري كالذي يمتلكه الفنان والذي غالبًا ما يكون مرتبطًا بالواقع؛ ففي الحقيقة إن الفنان يرى الأشياء والأشكال، ومن خلال قوة الملاحظة لديه استطاع الفنان أن يبتكر أشياء جوهرية، وإذا رغبنا أن نساعد الأطفال على أن يكونوا مبدعين (محمد عبد الرحمن، 2001، 38-47).

مراكز علاج التوحد في اليمن:
- جمعية التحدي، رقم الهاتف: 00967010445270
- مركز اليمن للتوحد، البريد الإلكتروني :info@autism-yemen.org

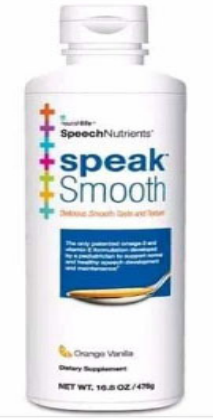
مراكز علاج التوحد في العراق:
-مركز إدماج للتوحد، رقم الهاتف: 212661257678
- معهد الرحمن لرعاية التوحد، رقم الهاتف: 07901475042 / 07707724706

مراكز علاج التوحد في المغرب:
- تحالف الجمعيات العاملة في مجال إعاقة التوحد بالمغرب، رقم الهاتف: 0667996442

ملاحظات من ميدان العمل مع أطفال التوحد :

نموذج من العلاجات المنتشرة على صفحات التواصل الاجتماعي :

الأسم : دواء سبيك سموث .
سعر العلبة الواحدة : 3000 جنيه مصري .
الدافع لأستخدامه : أنه بيخلي طفل التوحد يتكلم .
الواقع :
1- العلبة مكتوب عليه دواء غير مصرح به وغير مصرح به من هيئة الغذاء والدواء .
2- بعض الاطباء تستفيد من مبيعات هذه العلبة يصل تقريبا نسبة الربح في العلبة الواحدة للطبيب 800 جنيه (المصلحة الشخصية قتلت الضمير) .
3- مالوش اي علاقة بتعلم الاطفال مهارات النطق واللغة .
الواقع المر:
1- الأهالي تبحث عن اي طريقة علاجية للنطق حتي لو كانت مكلفة بطرق خيالية ، أهم شئ بعيدا عن الجلسات وتعب القلب.
2- هذا الدواء ممنوع استيراده في عدد كبيري من الدول العربية ومسموح به في دول أخري .
3- حرب الاطباء واحد مؤيد وواحد ثاني معارض (للاسف مفيش حد بيعتمد بشكل علمي علي رأي في هذا الموضوع) .
4- الأهالي ممكن تعمل اي حاجة ، وأخر حاجة ممكن تفكر تلتزم بالجلسات والتأهيل .



- **التوحد الكاذب :**

قد ظهرت بعض الأعراض المتشابه مع سمات طيف التوحد من خلال تعرض الطفل لفترات طويلة للأجهزة الذكية ، وفي أغلب الأحوال يتم تشخيص هذ العرض خطأً أنه طيف توحد ، حتى يتخلص منه الطفل تدريجياً مع النمو وتغير البيئة الافتراضية المفروضة عليه . وهذا ما لايحدث في حالات التوحد الولادي . ومن هنا قدمت الأكاديمية الأمريكية ارشادات لتجنب مخاطر الألعاب الإلكترونية المؤدية للتوحد الكاذب كما في الصورة.

- **نص حوار لإحدى المتدربات في تشخيص التوحد :**

السلام عليكم أخواتي وحبيباتي كانت هناك محاضرة الاسبوع الماضي بإحدى المراكز للتوحد بتبوك وكان عنوان المحاضرة (أسباب التوحد) وكنت أتوقع كالعادة مانسمعه عن أسباب التوحد جينات وراثة تطعيمات ومن هذا القبيل ...ألقت المحاضرة إستشارية أطفال بالمستشفى العسكري بتبوك هي أم أيضا لطفل توحدي وبعد أن إكتشفت مرض ولدها إستقالت تركت وظيفتها من أجل التفرغ لطفلها وعلاجه....ثم بدورها كطبيبة بالبحث والتجارب ودخلت النت وبحثت بالكتب الطبية ومنها كتب أبن سينا ومن خلال أيضا حالت ولدها وقراءة قصص لأمهات أجانب خاضوا تجارب مع أبناءهم في التوحد توصلت لسبب رهيب لتوحد وهو (فطريات وديدان وبكتيريا تعيش داخل بطن أطفال التوحد).

وهي كأم شاهدت العجب العجاب ببرازولدها مع التحاليل

تنبيه مهم

خطورة استخدام STRATTERA على طفل/ مراهق ADHDاو مصابي التوحد

حذرت إدارة الغذاء والدواء (FDA) من الافراط فى استخدام Atomoxetineأو المعروف ب Strattera كأحدي العلاجات المنبهة للجهاز العصبي المركزي Central Nervous System Stimulantوالذى يستخدم للاطفال ADHD من فوق ال6 سنوات والذى يستمر مفعوله 24 ساعه حيث تم رصد جميع الأطفال الذين يعالجون بـ Strattera وجد تغيرات غير عادية في السلوك وخصوصا خلال الأشهر القليلة الأولى من دورة بدء العلاج بعقار Strattera أو في أوقات التغيرات الجرعة مثل مشاكل في النوم - الإمساك - قلة الشهيه - عدوانية ويمكن أن يسبب إصابة الكبد -مشاكل التبول كمشكلة في الحفاظ على تدفق البول-انخفاض في وتيرة التبول كما انه لا يمكن إفراغ المثانة بالكامل وظهور علامات التفكير في الانتحار لدى الأطفال والمراهقين فـ Strattera يعمل Selective Norepinephrine Reuptake Inhibitor كمثبط اِستِرداد النورأدرنالين الإنتقائي مما يوثر علي تركيز Norepinephrine النورأدرينالين في الدماغ وقد كشفت التحليلات المجمعة لمدة قصيرة (6-18 أسابيع) من تجربة شملت أكثر من 2200 طفل من بينهم 11طفل ADHD وجد ان التفكير في الانتحار بدأ في وقت مبكر خلال فترة العلاج حيث كان متوسط خطر التفكير في الانتحار في المرضى الذين يتلقون ستراتيرا 0.4٪ (1357/5 مريضا) وهذا غير وارد بالنسبه لطفل مصابي التوحد (التفكير بالانتحار) لوجود خلل فى عمل هذه الموصلات العصبيه ومنها Norepinephrine بالدماغ وقلة الاشارات العصبية بينهما ولكن اعراضة على الطفل /المراهق المصاب بالتوحد خطيرة مثل التغيرات في المزاجيةالمفاجئ وظهور سلوك ايذاء الذات ..الخ والتى ممكن ان تهدد حياتهم وهذه اهم الاعراض.

ومراقبة برازه أكرمكم الـلـه ... ثم أخـذت تـذكر مقولـه لأبـن سـينا (طهـروا بطـونكم تطهـر أدمغتكم) وقالت تربة الحديقة أهون من بطن التوحدي وذكـرت أن أم أمريكييـه 9سـنوات تلهث لعلاج أبنها من التوحد فتحسن بنسبه بسيطة جـدا وبعـد هـذه الفـترة أخـذت تحلـل برازه وقالت أن بطنه يحوي ديدان وفطريات وبكتيريا أقوى من تربة الحديقة قالت فأعطت ولدها مبيدا للفطريات والديدان ما يستخدم للحديقة ولكن ربي سترها مـع أبنهـا ونجـا مـن هذا المبيد ولكن الاعجوبة تحسن برازه والطفل تحسـن مـن ناحيـة التوحـد وقالـت حققـت ب6أشهر مالم أحققه ب9سنوات وتماثل لشـفاء التـام وقالـت الطبيبـة إحـذروا مـن تجربتهـا ولكن لنطهر بطونهم بالطريقة السليمة ... ثم أخذت تعرض صورا لـبراز ابنهـا وشـفنا الهـول وبعضه كثير من الامهات منهم أنا قلنا مثلي براز ولدي وتحـدثت عـن الرائحـة الكريهـه مـن سـبب هــذه الفطريــات والديــدان وأنهــا تتغــذا ع غــذاء الطفــل وفيتاميناتــه والحديــد وب12وغذائها النشويات والسكريات وهذا مايفضله طفل التوحد ليرضيها وليسـت المشـكلة هنا في طعامها ولكن في المواد التي تفرزها بجسم الطفل وضررها عليه وخاصة الـدماغ ومـن المواد التي تفرزها ماده تشبه مكونات الكحول التي تذهب العقل والتركيز والانتباه والادراك حتى أثرها على الكلام نفسه وقالت حال الطفل هنا مثل السكران ومن آلامها ببطنه تسـبب له الدوران وفرط الحركـة والبكـاء والانطـلاق بالسـير فجـأه بـدون هـدف وبعـض الحركـات بالايدي والرفرفه وإضطراب النوم ذلك كله بسبب ما يقاسـيه مـن ألمهـا ببطنـه ولا يسـتطيع التعبير عما بداخله إلا بهذه التصرفات التي نقول عنها (أعراض وسمات التوحـد) حتـى تـأثر تأثير هائل على الجهاز العصبي ونقل الاشارات للدماغ ... ثم نوهت أن تطعيمة سنه ونصـف تحوي بكتيريا هي سبب نشـوء هـذه الفطريـات والبكتيريـا بجـوف الطفـل ويضـعون هـذه اليكتيريا للحفاض على الدواء وهي ماده سامة فتجدين الطفل سليم وبعـد السـنة والنصـف تظهرالاعراض أو الطفل عنده قابليه للتوحد فهذه المادة تثبته وتظهرالاعراض .... ثـم أخـذت تعرض صور لطفلها بدأت تستخدم معه تطهير الـبطن بالحميـه الخاصـة ودواء خـاص لجـلي الامعاء من هذه الوحوش وشاهدنا مواد مخاطيبه مثل الحبال تخرج من بطنه من أثر هـذه الفطريات والديدان وتقول هل هناك غده بالحسم تفرز مثل هذا ثـم تحـدثت عـن الوقـت

المناسب للحميه وغسول الامعاء وهوالايام البيض 13/ 14/ 15 من كل شهر وهذي من الحكمة من صيامها وهي حتى بالعلم الاجنبي هي أيام تزاوج الديدان والفطريات في كل مكان فتكون جياع لتزاوج وتحتاج الغذاء لتتكاثر وتكون بعيده عن جدار الامعاء ليتم التزاوج فتكون الفرصة لحمية الطفل غذاءه التمر والماء وخاصة زمزم لقدرته ع قتل الفطريات هو والتمر ثم إعطاء الطفل صباح مساء محلول لعشبةبآرمال راح أرسل إسمها لكم مسجلتها بالجوال هذه العشبه تدخل الامعاء ومع شرب وفره من الماء تنفش وتجرف الوحوش ومع شرب ماء كثير تخرج بالبراز بشكل فضييع وطلب من الامهات تصوير النتائج وإرسالها واتس لها وهي كذلك وأكدت بإذن الله لو إستمرت الام مع طفلها بهذا الجهد راح تشوف الشفاء التام من التوحد وتحقق المستحيل تصل لحلمها بطفل طبيعي ولكن فترة الحمية تجتنب الطعام المغذي لهذه الكائنات مثل النشويات السكريات الفواكة السكرية مثل المانجو والموزوالعنب ووصت على البرتقال قليل والجزر والقرع الخضروات الورقية النظيفة جدا والمطهوه بكثره حتى لاتتجدد المشكله مره أخرى .... فكل أم منكم تشوف باطنية ولدها وتهتم بها وتسوي له تحاليل والحميه بالايام البيض ولمدة عشرة أيام لتنظيف البطن ولامانع من زيت الخروع والسنا والحقنه الشرجيه و الصبر فتره وجيزة تحققين فيها مالم تحققيه في سنوات.

- **ارشادات لتعليم الطفل التوحدي الكلام :**

- لا تقول ان الطفل التوحدي لا يستطيع الكلام ولكن الحقيقة ان التوحدي يرفض الكلام لان الكلام من التواصل و التوحدي يعتبر التواصل عدوة الذي يخاف منه .
- لا تنسى ان تكون صبوراً جدا في التدريب والانتقال بين الخطوات .
- ان تعدى عمر الطفل 7 سنوات فتحقيق نتيجة صعب جدا .
- كل حالة توحد تعتبر حالة خاصة قد ينفع معها طريقة وهذا الطريقة لاتنفع من طفل اخر .

تمارين تساعد في تقوية الفك وتساعد في عملية التخاطب:

اولا : النفخ في قصاصات ورق ملون او مناديل بيضاء وجعلها تتطاير في الهواء.

ثانيا : النفخ علي شمعة مشتعلة لجعلها تنطفئ من عدة مسافات .

ثالثا : محاولات عديدة لجعل الطفل ينفخ البالون.

رابعا : استخدام الزمورة او الزامور.

خامسا : استخدام لعبة فقاعات الصابون ونفخها في الهواء.

انتهى طرح الموضوع ولم تنتهي الاختلافات والتناقضات

حول اضطراب التوحــد

قائمة المراجع والمصادر :

ابراهيم عبدالله فرج (2004). اضطراب طيف التوحد الخصائص والعلاج . الاردن : دار وائل للنشر .

ابراهيم العثمان وايهاب البيبلاوي (2012). مدخل اضطراب طيف التوحد.الرياض : دار الزهراء للنشر.

ابتهاج محمود طلبة (2006). برامج طفل ما قبل الدراسة .القاهره . حورس للطباعة والنشر .

أحمد سليم النجار (2006). اضطراب طيف التوحد واضطراب السلوك.. الأردن. دار أسامة للنشر والتوزيع.

أحمد عكاشة (2011). الطب النفسى المعاصر، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

اريك زاندر (2005). مقدمة عن اضطراب طيف التوحد (اضطراب طيف التوحديه). ترجمة : حاتم زامل اباسيد, القاهره : مكتبة الانجلو المصريه .

أحمد أحمد عواد – نادية صالح البلوي (2012). فعالية العلاج بالفن في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين .مجلة الارشاد النفسي. مركز الارشاد النفسي.جامعة عين شمس –العدد 30. يناير 2012 ، ص ص 2-30 .

أشرف محمد عطيه (2010). فعالية برنامج قائم على استخدام الفلور تايم في تنمية التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين .دراسات عربيه في علم النفس :مج9,ع4، ص 835-905.

اشواق محمد صيام (2007). تصميم برنامج لتنمية بعض المهارات الحسيه والحياتيه لاطفال المصابين باضطراب طيف التوحدي. رسالة دكتوراه, معهد الدراسات العليا للطفولة, جامعة عين شمس .

امال عبد السميع مليجي باظه (2001). تشخيص غير العاديين ذوي الاحتياجات الخاصه ,القاهره : مكتبة الانجلو المصريه.

امل محمود السيد الدوة (2010). فعالية برنامج للتكامل الحسي والعلاج الوظيفي في

تحسين تعلم الأطفال التوحديين, المجله المصريه للدراسات النفسيه , تصدرها الجمعيه المصريه للدراسات النفسيه, المجلد العشرون العدد (69) ص 3 -83.

أماني أحمد صابر (2010). استخدام برنامج منتسوري لتنمية بعض المهارات الاجتماعيه لدى الأطفال التوحديين ، رسالة ماجستير, معهد البحوث والدراسات التربويه، جامعة القاهره.

إلهامى عبد العزيز إمام, محمد عبد الرحمن حمودة, إيمان محمد صبرى(2001). سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الكتاب.

إيلين نونبتوم (2008). 1001 فكرة رائعة لتعليم وتربية الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، الرياض: مكتبة جرير.

بلال أحمد عودة(2009). تطبيقات عملية في التربية الخاصة .دار الشروق للنشر والتوزيع – الاردن– عمان

جميل الصمادى (2007). ، مقدمة فى تعليم ذوى الحاجات الخاصة ، عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

خالد سعد سيد القاضى (2010). فعالية برنامج إرشادى فى خفض ضغوط الوالدية لدى والدى الأطفال التوحديين.دراسات تربوية واجتماعية- مصر . مج 16 ،ع2 ،239- 271 .

خالد محمد مطحنه (2008). فاعلية برنامج تأهيلي في تنمية بعض المهارات المهنيه وتحسين السلوك التكيفي لدى عينه من الأطفال التوحديين . رسالة دكتوراه ,معهد الدراسات التربويه ,جامعة القاهره .

خالد بن مساعد بن سعيد الزهرانى (1433هـ). فاعلية استخدام برنامج سلوكى لخفض مظاهر العجز فى التفاعل الإجتماعى لدى عينة من فئة اضطراب طيف التوحد البالغين . كلية التربية – جامعة أم القرى .

رابيه ابراهيم حكيم (2003). دليلك للتعامل مع اضطراب طيف التوحد. الرياض : مكتبة جرير .

رائد خليل العبادى (2006). اضطراب طيف التوحد.. عمان: مكتبة المجتمع العربى للنشر والتوزيع.

رانيا قاسم ودينا مصطفى (2010) . إضطرابات النمو الشامل والمتلازمات لدى الأطفال . دار الجامعة الجديدة،القاهرة .

رشا مرزوق حميدة (2007). فاعلية برنامج تدريبى لتنمية الإدراك وأثره على خفض السلوك النمطى لدى الطفل التوحدي. رسالة ماجستير, كلية التربية, جامعة عين شمس.

رشا مرزوق العزب (2007). فاعلية برنامج تدريبى لتنمية الإدراك وأثرة على خفض السلوك النمطى لدى الطفل التوحدي ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

ريهام عبد المنعم السيد علي (2012) .تصميم العماره الداخلية لمرضى اضطراب طيف التوحد.رسالة دكتوراه :جامعة الاسكندريه .(مصر) ,المكتبه العلميه المركزيه .

زيدان أحمد السرطاوى، طارش مسلم الشمرى (2010). معايير الصورة العربية لمقياس تقدير اضطراب طيف التوحد الطفولي (CARS): دراسة تقنينية، مجلة كلية التربية – عين شمس – العدد الرابع والثلاثون (الجزء الأول)، ص285-324.

زينب محمود شقير (2006). التعليم العلاجى والرعاية المتكاملة لغير العاديين. القاهرة: الأنجلو المصرية.

سامي عريفج , منى أبو طه (2001). برامج طفل ما قبل المدرسه ،عمان ، دار الفكر.

سايمون كوهين, باتريك بولتون (2000). حقائق عن الأوتيزم (ترجمة: إبراهيم عبد الله الحمدان. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.

سعد رياض (2008). الطفل التوحدي. أسرار الطفل الذاتوى وكيف تتعامل معه. القاهرة: دار النشر للجامعات.

سعدية محمد بهادر (2003): برامج تدريبية لأطفال ما قبل المدرسة. الأردن: دار المسيرة.

سميرة عبد اللطيف السعد. (2001). معاناتى واضطراب طيف التوحد. الرياض: دار البلاغة للطباعة والنشر.

سهى أحمد أمين نصر(2001) . مدى فاعلية برنامج علاجى لتنمية الإتصال اللغوى لدى بعض الأطفال التوحديين ، رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة .

سهى أحمد أمين نصر (2002). مدى فاعلية برنامج علاجى لتنمية الاتصال اللغوى لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد. (رسالة دكتوراه غير منشورة) القاهرة. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.

سهير كامل أحمد (2009). التوجيه والإرشاد النفسى. الرياض: دار الزهراء.

سهير كامل أحمد (2009). سيكولوجية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة. الرياض: دار الزهراء.

سهير كامل أحمد. (2012). اضطرابات الطفوله المبكره .الرياض :خبراء التربيه .

سهير كامل أحمد (2013). مأل الاضطراب ومستقبل الأطفال التوحديين. المؤتمر الدولي الثالث رؤى مستقبليه لاعداد طفل الروضه في ضوء المستجدات المعاصره: كلية رياض الاطفال,ص ص 467-486.

سهير محمد سلامة (2002). التربيه الخاصه للمعاقين عقليا بين العزل والدمج زهراء الشرق,القاهره

سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم (2010) . سيكولوجية اضطراب طيف التوحد" الطفل التوحدي بين الرعاية والتجنب " . المكتبة العصرية ،ط1 ، القاهرة .

سيد الجارحى السيد يوسف (2004). فاعلية برنامج تدريبى فى تنمية بعض مهارات السلوك التكيفى لدى الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة. رسالة ماجستير, كلية التربية النوعية, جامعة عين شمس.

سهير محمود أمين عبد الله (2002). فاعلية برنامج تدريبى فى تخفيف حدة الإضطرابات السلوكية لدى الطفل المتوحد .دراسات تربوية وإجتماعية- مصر ، مج8، ع4،95- 158.

شيرين حنفي (2013) بعنوان :فاعلية برنامج سلوكي لخفض قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى أطفال الروضه اضطراب طيف التوحديين . رسالة

دكتوراه .

السيد علي سيد أحمد , فائقه محمد بدر (2001). الادراك الحسي البصري والسمعي . القاهره : مكتبة النهضه المصريه.

طارش مسلم الشمري (2000). الأطفال التوحديين, اساليب التدخل ومقومات نجاح البرامج, ندوه الاعاقات النمائيه قضاياها النظريه ومشكلاتها العمليه, جامعة الخليج العربي 24-29 ابريل , البحرين ,ص 119- 148.

عبد الرحمن سيد سليمان(2000). محاولة لفهم اضطراب طيف التوحدية إعاقة التوحدعند الأطفال . مكتبة زهراء الشرق، ط1، القاهرة .

عبد الرحمن السيد سليمان (2001). إعاقة التوحد(محاولة لفهم اضطراب طيف التوحدية). القاهرة: زهراء الشرق.

عبد الرحمن السيد سليمان, سميرة محمد شند, إيمان فوزى. (2004). دليل الوالدين والمتخصصين فى التعامل مع الطفل التوحدي. القاهرة: دار زهراء الشرق.

عبدالرحمن سيد سليمان (2012). معجم مصطلحات اضطراب طيف التوحد ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

عبد الحليم محمد عبد الحليم (2004) : الإضطرابات الحسية وكيفية علاجها لدى فال اضطراب طيف التوحديين ، المؤسسة التعليمية لتنمية ورعاية الطفل لرعاية ذوى الإحتياجات الخاصة (Hand In Hand)، القاهرة .

عثمان لبيب فراج (2002). الإعاقات الذهنية فى مرحلة الطفولة (تعريفها-تصنيفها-أعراضها- تشخيصها – أسبابها – التدخل العلاجى) . مكتبة كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

علا عبد الباقى إبراهيم (2011). "اضطراب طيف التوحد" (أعراضه- أسبابه- طرق علاجه) مع برامج تدريبية وعلاجية لتنمية قدرات الأطفال المصابين به . القاهرة : عالم الكتب.

عادل عبد الله محمد (2002). فعالية برنامج تدريبى لتنمية بعض المهارات الاجتماعية على مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحدي. سلسلة ذوي الاحتياجات

الخاصة. الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، دراسات تشخيصية وبرامجية. القاهرة : دار الرشاد.

عادل عبد الله محمد (2002).السلوك التكيفي كأحد المؤشرات التشخيصية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحدوأقرانهم المعاقين عقليًا. ، سلسلة ذوي اضطراب طيف التوحد، دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة: دار الرشاد.

عادل عبدالله محمد (2010). مدخل الى اضطراب طيف التوحد والاضطرابات السلوكيه والانفعاليه .القاهره , دار الرشاد للنشر

عبد الرحمن محمد العيسوي (2003). علم النفس الفسيولوجي "دراسه في تفسير السلوك الانساني "الاسكندريه , دار المعرفه الجامعيه .

عبد الصبور منصور (2003). مقدمة في التربيه الخاصه – سيكلوجية غير العاديين وتربيتهم . القاهره :مكتبة زهراء الشرق

عبد العزيز الشخص (2007). الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصه واساليب رعايتهم . القاهره , مكتبة الانجلو المصريه .

عبد المطلب القريطى (2011). سيكلوجية ذوي الاحتياجات الخاصه . مكتبة الانجلو المصرية.

عبدالله طه الحمدان (2001). حقائق عن اضطراب طيف التوحد,الرياض , أكاديمية اضطراب طيف التوحدالخاصه .

عبد الله محمود الصبي (2002). اضطراب طيف التوحد, المكتبه الالكترونيه , اطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصه .

عثمان لبيب فراج (2002). الإعاقات الذهنية فى مرحلة الطفولة. القاهرة: المجلس العربى للطفولة والتنمية.

عثمان لبيب فراج (2002). ب- برامج التدخل العلاجى والتأهيلى للأطفال التوحديين . النشرة الدورية لاتحاد هيئات الفئات الخاصة, العدد 71, السنة التاسعة عشر سبتمبر, ص 17-57.

عثمان لبيب فراج (2002). ج- الوصايا العشرين لمدرسى وآباء الطفل التوحدي, اتحاد هيئات الفئات الخاصة, العدد (70), السنة الثامنة عشر, ص 2-12.

علا محمد زكي الطيباني (2011). فعالية برنامج تدريبي لتنمية الادراك الحسي لدى عينه من الأطفال التوحديين ,مجلة الطفوله والتربيه (جامعة الاسكندريه)العدد السادس الجزء الثاني ص ص 88-143.

فتحي مصطفى الزيات (2009). صعوبات تعلم الأسس النظرية التشخيصية و العلاجية. سلسلة علم النفس المعرفي. القاهرة: دار نشر للجامعات.

فرج عبد القادر طه ، شاكر عطية قنديل ، حسين عبد القادر محمد ، مصطفى كامل عبد الفتاح (1993) . موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، دار سعاد الصباح ، الكويت .

قحطان أحمد الظاهر (2009). اضطراب طيف التوحد.ط1، دار وائل للنشر .

لورنا وينج (1996). الأطفال التوحديين يون .ترجمة هناء المسلم ، مركز الكويت للتوحد، الكويت

فؤاد أبو حطب (2011). علم النفس التربوى, ط4, القاهرة, مكتبة الأنجلو المصرية.

كوثر حسن عسيلة (2006). اضطراب طيف التوحد. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

كمال عبد الحميد زيتون (2003). التدريس لذوي الاحتياجات الخاصه .ط1. القاهره : عالم الكتب.

لطفي الشربيني (2004). اضطراب طيف التوحد: دليل لفهم المشكله والعلاج والتعامل مع الحالات . مجلة القاهره للخدمه الاجتماعيه . العدد الخامس . الجزء الاول 177- 206.

لينا عمر بن صديق (2005). فاعلية برنامج مقترح لتطوير مهارات التواصل غير اللفظى لدى عينة من الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحدوأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعى. (رسالة دكتوراه غير منشورة). عمان الجامعة الأردنية .

ماجد السيد عمارة (2005). إعاقة التوحديين التشخيص والتشخيص الفارقى. القاهرة: دار الشرق.

مجدى فتحى غزال (2007). فاعلية برنامج تدريبى لتطوير المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحدفى مدينة عمان. (رسالة ماجستير غير منشورة) عمان: كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية .

محمد أحمد محمود خطاب (2004). فاعلية برنامج علاجى باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحديين . (رسالة دكتوراه غير منشورة) القاهرة - معهد الدراسات العليا للطفولة . جامعة عين شمس.

محمد أحمد خطاب (2005). سيكولوجية الطفل التوحدي (تعريفها- تصنيفها- أعراضها- تشخيصها- أسبابها- التدخلات العلاجية). القاهرة: دار الثقافة.

محمد أحمد محمد على (2008). فاعلية برنامج تدريبى سلوكى لتحسين بعض مهارات التواصل غير اللفظى لدى عينة من الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد. (رسالة ماجستير غير منشورة). القاهرة: جامعة عين شمس.

ماجد السيد على عمارة (2005) . إعاقة التوحدبين التشخيص والتشخيص الفارق. مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .

منال القاضى (2009). اضطراب طيف التوحدالمشكلة والحل ، حقوق النشر محفوظة للمجلس الأعلى للثقافة ،ط1، القاهرة .

محمد السيد عبد الرحمن،منى خليفه على حسن (2004). دليل الآباء والتخصصين فى العلاج السلوكى المكثف والمبكر للطفل اضطراب طيف التوحدي ط1،دار الفكر العربى، القاهرة .

محمد السيد عبد الرحمن, منى خليفة على حسن, على إبراهيم مسافر (2005). رعاية الأطفال التوحديين. دليل الوالدين والمعلمين. القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع.

محمد على كامل (2005) . اضطراب طيف التوحد الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج. مركز الأسكندرية للكتاب ، ط1 .

محمد عدنان عليوات (2007). الأطفال التوحديين يون. دار اليازورى العلمية للنشر والتوزيع ، عمان .

محمد يوسف محمد محمود(2009). فاعلية برنامج تدريبى لتنمية الإنتباه التواصلى لدى الأطفال التوحديين . مج 15،ع 2 ، ص107 – 149 .

محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة على حسن (2004). دليل الآباء والمختصين فى العلاج السلوكى المكثف والمبكر للطفل اضطراب طيف التوحدي. القاهرة : دار الفكر العربى.

محمد على كامل (2003). اضطراب طيف التوحد الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج. القاهرة: مركز الإسكندرية للكتاب.

محمد قاسم عبد الله (2001). الطفل التوحدي (الذاتوى) الانطواء جول الذات ومعالجته: اتجاهات حديثة. الأردن: دار الفكر العربى.

ناديه صالح البلوي (2010).فاعلية برنامج تدخل مبكر قائم على استخدام الوسائل البصريه في تطوير المهارات اللغويه لدى الاطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد .رسالة دكتوراه .جامعة عمان العربيه ,الاردن .

نادية إبراهيم أبو السعود(2008). الطفل التوحدي فى الأسرة . مؤسسة حورث الدولية للنشر ، الأسكندرية.

نادية إبراهيم أبو السعود (2000) . الطفل التوحدي فى الأسرة . الإسكندرية ،المكتب العلمى للنشر والتوزيع .

نايف بن عابد بن ابراهيم الزارع (2004). قائمة تقدير السلوك ، مقياس خاص بفئة اضطراب طيف التوحد مطور على بيئه عربية ،ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان.

نبيه إبراهيم إسماعيل(2009). إشكالية الإضطرابات النفسية :الاضطراب طيف التوحدي (فهومه- تشخيصه-علاجه)وكيفية التعامل معه .مركز الأسكندرية للكتاب.

نايف عابد الزارع (2009). المدخل الى اضطراب طيف التوحد المفاهيم الاساسيه وطرق التدخل,عمان.دار الفكر.

نشوه عبد الحميد عبد الحميد عبد اللطيف (2011).تأثير العلاج بالفن على بعض جوانب النمو لدى الطفل التوحدي رسالة ماجستير : جامعة الاسكندريه (مصر) المكتبه المركزيه .

نيفين عبدالله (2011). بعنوان "فعالية برنامج أرشادي لتنمية مهارات التواصل لدى اضطراب طيف التوحديين: رسالة ماجستير، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.

هلا السعيد (2009) . الطفل الذاتوى بين المعلوم والمجهول : دليل الآباء والمتخصصين. ط1،مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

هالة بنت فؤاد كمال الدين محمد (2001). تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعى للأطفال المصابين بأعراض اضطراب طيف التوحد. (رسالة دكتوراه) القاهرة. معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس.

هشام عبد الرحمن الخولى (2008). الأويتزم (اضطراب طيف التوحد) الإيجابية الصامتة إستراتيجيات لتحسين الأطفال التوحديين . القاهرة: دار النهضة المصرية.

وفاء الشامى (2004). خفايا اضطراب طيف التوحد(أشكاله- أسبابه- تشخيصه). الرياض: الجمعية الفيصلية.

وفاء الشامى (2004). سمات اضطراب طيف التوحد(تطورها وكيفية التعامل معها). الرياض: الجمعية الفيصلية.

وفاء الشامى (2004). علاج اضطراب طيف التوحد(الطرق التربوية, النفسية, الطبية). الرياض: الجمعية الفيصلية.لكتاب المرجعي لاباء الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصه ,ترجمة كريمان بدير, عالم الكتب.

وفاء راشاد راوي (2011). اضطراب طيف التوحدي بين الإعاقة و الابتكار. جدة : خوارزم العلمية للنشر والتوزيع.

American Psychiatric Association (2000) . Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR) 4th

edition, Text revision . Washingt, DC: American Psychiatric Association.

Brosnan,M; Scott,F;Fox,J .(2004). Geslalt Processing In :Failure TO process Perceptual Relatioship And The Implications For Contextual Understanding. Journal Of Child Psvchology&Psychiatry &Psychiatry .Vol .45 .N3 ,Pp 495-469.

Brunson-Upshaw , DeAna L. (2009). The effects roleplay activities on the social interaction elementary students with . Master of Arts in Special Education, Spring 2009 .

Betz, Alison M. (2009) . The effects of script-fading and extinction procedures on the variability of mand frames used by young children with . Department: Special Education and Rehabilitation .

Beurkens, Nicole M (2010) . The Impact of Symptom Severity on Parent-Child Interaction and Relationships Among Children with . Ph.D, Walden University, August 2010 .

Christina Whalen, Laura Schreibman, (2006).The Collateral Effects of Joint Attention Training on Social Initiations, Positive Affect, Imitation, and Spontaneous Speech for Young Children with in Journal of and Developmental Disord…ISSN: 0162-3257 (Print)1573-3432 (Online)

Chiang, Chung-Hsin . et al (2008) . Nonverbal Communication Skills in Young Children with , J Dev Disord , 38:1898–1906.

Christina et al .(2006): The Collateral affects of Joint attention on social initiations ,positive affect , imitation and spontaneous speech for young children with . J. dev disorder , 6p . 655-664 .

Frith, U. (2003). Explaining the Enigma. New York. Oxford: Black well publishing.

Ganz ,J,p (2007). teaching exceptional children ,vol – 40 ,no 2,pp-54-58 .

Goldberg, Melissa C.et al (2008). Evidence for Impairments in Using Static Line Drawings of Eye Gaze Cues to Orient Visual-Spatial Attention in Children with High Functioning . J Dev Disord, (2008) 38:1405–1413.

Gilotty, l; Kenqorthy, L; Sirian, L ; Black,O. &Wagner, E(2002).Adaptive Skills And Executive Function In Spectrum Disrders. Child Neurophysiology, 8,4.241-248.

Heward, W. (2006). Exceptional Children: An Introduction to Special Education, (8th ed.) New Jersy: Merrill Prentice Hall.

Hughes, C., &Leekam, S. (2004). What are the Links Between Theory of Mind and Social Relations? Review, Reflections and New Directions for Studies of Typical and Atypical Development. Social Development, 13, 590-619.

Kasari C., Freeman S. & Paparella T. (2006) . Joint attention and symbolic play in young children with : a randomized controlled intervention study. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines , 47, 611–620.

Krantz, P. J., & McClannahan, L. E. (2005). Teaching Conversation to Children with : Scripts and Script Fading. Bethesda, MD: Woodbine House.

Koegel, L and Lazebnik, C. (2004), Overcoming , New York: Viking Penguin Inc.

Kristen J Jones; Martin E Block(2006). Including an AutisticMiddle School Child in General Physical Education: A CA...Strategies; Mar/Apr 19, 4; ProQuest Education Journals,pg. 13.

Lane-Krebs , Katrina (2012). Administer one puppet PRN. March2012, V. 19 , N.8, ,43-43. ,Nursing Journal .

Mackay,T.(2007). Developing social interaction andunderstanding in individuals with spectrum disorder: Agroupwork intervention, December 2007; 32(4): 279–290.

MacDuff, Joyce L . et al(2007). Using scripts and script-fading procedures to promote bids for joint attention by young children with . Research in Spectrum Disorders,281–290 .

Miao, Li ; Mattila, Anna S & Mount , Dan(2011). Other consumers in service encounters: A script theoretical perspective. International Journal of Hospitality Management, 933 –941.

News (2008). Attention focuses on . The Journal of Clinical Investigation ,V. 118, N. 5 .

Nathalie ,B.; Nadia, C, Pascal , B.; Marie, B.; Vincent, R.;C atherin, B.; Marie, C., Mouren S.; Anne, P.; Francais, B.; Yves, S. & Monica, Z. (2004). Perception of Complex Sounds In :Abnormal Auditory Cortical Processing In Col.161,N .11,Pp2117-2120.

Newson, E. (2001). The Pragmatics Of Language: Remediating The Central Defict For Autistic 2-3 Year olds. London:JessicaKingsley.

Pellicano, E. (2010). Individual differences in executive function and central coherence predict developmental changes in theory of Mind in . Journal of Developmental Psychology, Vol. 46, pp 530-544.

Pottie , C.,Cohen,J.&Ingram , K.(2009): Parenting aChild with :Contextual Factors Associated with Enhanced Daily Parental Mood . Journal of Pediatric Psychology,43,4,419-429.

Rodriguez, Linda; Irby, Beverly J; Brown, Genevieve; Lara-Alecio, Rafael; Galloway, Martha M. (2005). An analysis of second grade reading achievement related to Pre-kindergarten Montessori and transitional bilingual education. Vol.3. (PP.

45-65). 177 PP. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; US.

Real ,Agata del ; Brabban, Alison & Tiffin ,Paul A(2010). Pervasive developmental disorder and early intervention in psychosis services: a survey of care coordinators' experiences . Early Intervention in Psychiatry , 2010; 4: 93–96 .

Rogers, Sally J. (2008) . Nonverbal Communication Skills in Young Children with . J Dev Disord 38:1898–1906 .

Rudolf M.C.J., Levine R., Feltbower R., Connor A. & Robinson, M. (2006). Archives of Disease in Childhood, 91, 309–311.

Ryan, Joseph.B.& et al (2011): Research- Based Educational practices for students with spectrum disorders. Teaching Exceptinal children ,Jan/Feb2011, V. 43 , N.3 , 56-64 .

Scott Bellini (2010). Training in Positive Social Interactions Participation, Tolerancesbellini@indiana.edu .

Susan Williams White, Kathleen Keonig, Lawrence Scahill (2008). Social Skills Development in Children with Spectrum Disorders : A review of the intervention Research.

Salmon , Mary D (2005) . Script traing with storybooks and puppets, a social skills intervention package across settings for young children with and their typically developing peers. .PHD, The Ohio State University .

Sidoli, M. (2000). The little puppet: Working with defences in mother-infant psychotherapy. J. Anal. Psychol., 2000, 45, 59-75.

Stace, H. (2010) . Mother blaming; or , gender and science. V. 24 , N . 2 , December 2010: 66-70.

Spencer,Vicky G& Simpson, C. G (2009) .Teaching children with in the general classroom . Prufrock Press Inc. Waco,.Texas.

Tang Brill, M. (2001). Key stopareting the child in with . New York: Barron's Education Series, Inc.

Vivian Wai Y. (2006): Montessori school of music for children and its influence in emotion in emotion sides development for children. Canada : Dalhousie university (Canada).

Wall , K. (2004). And Early Years Practice " A Guide For Early Year's Professional, Teachers And Parents ,London :T.J. International Pad Stow.

Wetherby, A. and Woods, J. (2003). Early Indicators of Spectrum Disorders in the Second Year of Life. Florida: FloridaStateUniversity Press.

Woods, Jennifer (2007). Increasing Functional and Symplic Play skills of children with using activity schedules and Script-Fading , Doctor of Psychology, the City University of New York .

Xin, Joy F .& Sutman, Frank X(2011). Using the Smart Board in Teaching Social Stories to Students With . teaching exceptional children,2011, V.43, N.4, 18-24.

www.elaosboa.com

www.autism – resource.com

www.autism.com/ari.

www.exploring autism.org

نبذة عن الكتاب

برغم أن دراستي في الماجستير والدكتوراه ليست عن فئات التوحد إلا أنني كأي شخص عمل ودرس في مجال التربية الخاصة استفزتني حالة الغموض وكثرة الاختلافات حول التوحد ـ فاضطراب طيف التوحد من الاضطرابات التي كثر الحديث والبحث والدراسة عنها في السنوات الأخيرة ، نظراً لأنها دراسات تحمل الجديد كل يوم لعدم الاتفاق بين العلماء والباحثين على شكل ثابت لهذا الاضطراب ولا أسباب واضحة ولا حتى طرق علاج وتدخلات محددة، ولكن الثابت في مجالات العلم أنه ليس هناك استحالة او تعقيد في كيفية تربية الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، فإن كل ما يحتاج إليه هو الصبر والحب والمثابرة ، لأن خطواته في مجال التطور بطيئة ، و أي تقدم ولو بسيط جدا ، يعتبر خطوة جبارة ومهما طالت فترة الوصول إليها وإهماله يزيد من تخلفه ويجعله سلبي وغير قادر على الاعتماد على النفس نهائيا .

وبالطبع هناك عشرات الكتب والبحوث التي تناولت اضطراب طيف التوحد بالوصف والشرح ، ولكن الشاهد والمختلف في استعراض هذا الكتاب هو اعداد موسوعة لتجميع المتفرق حول جملة الاختلافات والتناقضات بين آراء وتجارب الباحثين والاخصائيين وأولياء الأمور في ميدان اضطراب طيف التوحد حتى نقدم بين أيدي القارئ أو الدارس أكبر عدد ممكن من الاتجاهات المختلفة حول هذا الاضطراب.

دكتور/ فكري لطيف متولي

تصميم الغلاف / شوقي إبراهيم شوقي

المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب

AIESA

المركز العربي للنشر و التوزيع