

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله

الحمد لله

الحمد لله

الحمد لله

الحمد لله

الحمد لله

الطفل التوحدي

الطفل التوحيدي

د. طارق عامر

رقم الإجازة المتسلسل لدى دائرة المطبوعات والنشر : 2007/3/851

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية : 2007/4/931

الطبعة العربية - 2008

جميع حقوق الطبع محفوظة

لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو أي جزء منه أو تخزينه في نطاق إستعادة المعلومات أو نقله بأي شكل من الأشكال ، دون إذن خطي مسبق من الناشر
عمان - الأردن

All rights reserved . No part of this book may be reproduced , stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means without prior permission in writing of the publisher .



اليازوري

دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع

عمان / الأردن - شارع الملك حسين - تلفاكس: ٤٦١٤١٨٥

ص.ب ٥٢٠٦٤٦ الرمز البريدي ١١١٥٢

www.yazori.com

الطفل التوحدي

تأليف

د. طارق عامر

2008



اليازوي

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله رب العالمين

8005

10/10/2002

إهداء

إلى كل من يهتم برعاية ذوى الاحتياجات الخاصة
إلى كل أسرة لديها طفل توحدي

بسم الله الرحمن الرحيم

وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا

صدق الله العظيم

(سورة طه - الآية ١١٤)

بسم الله الرحمن الرحيم

تقديم

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيدنا محمد ﷺ أشرف
الخلق وخاتم الأنبياء والمرسلين

إن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لهم حقوق قد أجمعت عليها كافة
الأديان السماوية وجميع الإعلانات العالمية لحقوق الإنسان وحقوق الأطفال
وجميع الجمعيات الخاصة برعاية المعاقين والاتفاقيات الدولية المعنية بذوي
الاحتياجات الخاصة ليحيوا حياة طليعية مستقرة وقد تمثلت هذه الحقوق من
حيث الحرية والكرامة والخدمات الصحية والضمان الاجتماعي وحقوقهم في
توفير التعليم والتدريب الملائم وإتاحة فرص العمل المناسبة لهم وحقوق الدمج مع
المجتمع ويتم ذلك عن طريق تقديم خدمات متكاملة في الجوانب الطبية والمهنية
والنفسية للفرد المعاق لكي يعيش كعضو نافع ومستقر في المجتمع .

ويعتبر التوحد من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل وكذلك
لوالديه والعائلة بأجمعها كما تعتبر التوحدية اضطرابا محيرا ومؤلما للأباء
ويصعب عليه فهمه وبالتالي فإن موضوع التوحد أو ما يسمى بالذاتوية والتعامل
معه يشغل حيزا كبيرا من الجهود العلمية للمتخصصين في الطب وعلم النفس
والتربية الخاصة في عالمنا المعاصر وذلك لما يتفقدّه التوحديين لوعي الذات
بشكل واضح وضعف الرابطة الوجدانية والتعاطف الانفعالي والميل الواضح
لانتقاء مثيرات محددة من البنية والانتباه إليها بشكل مفرط ، وبالتالي أصبحت
نفسية ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة والتوحديين بصفة خاصة من
المشاكل الرئيسية التي يواجهها العالم بأكمله وأصبحت الحاجة ماسة الآن إلى

تكاتف الجهود الإنسانية ووضع التشريعات المنصوص عليها بالقوانين موضع التطبيق وبذل الجهود العلمية والعملية بما يضمن دمج المعاقين في المجتمع ليساهموا في بنائه ورفاهيته.

وإن أهم شئ بالنسبة للطفل التوحيدي هو رعايته رعاية تامة من حيث حصوله علي التعليم الجيد وتدريبه علي المهارات والأخلاقيات المرغوبة وأن يتعامل مع أفراد الأسرة ، وعدم التفرقة بينه وبين أفراد الأسرة لأن التباعد بينه وبين أفراد الأسرة سوف يؤدي إلى خسران للجميع وسيكون أول الخاسرين هو الطفل التوحيدي .

ولتحقيق تلك الرعاية التامة للطفل التوحيدي فإن الأباء بحاجة تامة إلي مزيد من الانتباه لاتجاهاتهم لكي يستطيعوا أن يحددوا أولوياتهم ويقسمون أوقاتهم ويوازنون بين احتياجات كل فرد من أفراد العائلة والعمل علي اقتراب الأباء من الطفل التوحيدي ومن الحياة الأسرية التي تؤثر تأثيرا عميقا علي الطفل التوحيدي وعلي الأطفال الآخرين وعلي الأباء أنفسهم، وينبغي أن لا يضع الأباء أنفسهم موضع الاختيار بين رعاية الطفل التوحيدي وحياة الأسرة ، و انطلاقاً من مبدأ تحقيق الرعاية للطفل التوحيدي يتناول هذا الكتاب المحتويات التالية :

- التوحد- تعريفه- أهميته
- خصائص و أعراض الطفل التوحيدي
- أسباب التوحد
- الاتجاهات الحديثة في دمج الأطفال التوحيديين
- رعاية الطفل التوحيدي (الأوتيزم)
- دور الأسرة - واجبات المربين اتجاه الطفل التوحيدي - البرامج اللازمة لرعاية الطفل التوحيدي-

- الخدمات التربوية والنفسية التي يجب أن نقدمها لأبنائنا ذوي التوحد
- آراء المتخصصين حول رعاية الطفل التوحيدي
- بعض المقترحات لرعاية الطفل التوحيدي

والله ثم الوطن من وراء

القصد

المؤلفان

بصوتها رفته استالیه اندک آن ایمنی را غایب میسازد و در وقت آن که

در صورت آن ایمنی را غایب میسازد و در وقت آن که

در صورت آن ایمنی را غایب میسازد و در وقت آن که

و این به نفع آن است

مستحق

الفصل الأول

التوحيد تعريفه وأهميته

راؤ کا استغناء

میں نے اس کو بھی بھٹکایا تھا

مقدمة

أولاً:- تعريف التوحد (الأوتيزم)

ثانياً:- تطور دراسة التوحد

ثالثاً:- أهمية دراسة إعاقة التوحد

رابعاً:-نسبة انتشار التوحد وحدوثه

خامساً:- الاضطرابات المصاحبة للطفل التوحيدي

الفصل الأول

التوحد - تعريفه - أهمية

مقدمة :

يعد التوحد "Autism" من أكثر اضطرابات النمو الشاملة pervasive developmental disorders التي حظيت باهتمام الباحثين في دول العالم المتقدم مثل الولايات المتحدة واليابان ودول أوروبا وبصفة خاصة المملكة المتحدة.

وتعرف اضطرابات النمو الشاملة بأنها اضطرابات تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات

(أحمد عكاشة: ١٩٩٢) وتشمل اضطرابات النمو الشاملة إلى جانب التوحد Autism متلازمة ريت Rett,s Syndrome ومتلازمة إسبرجر Asperger,s Syndrome واضطراب الطفولة التفككي أو التحالي Disintegrative Childhood Disorder واضطرابات الطفولة غير المحدد Pervasive Developmental Disorders – Not other Specified (فريد فولكمار 1998 , Fred Volkmar) كما يشار إلى هذه الإضطرابات الخمسة أيضاً بمصطلح سلسلة التوحد Autism Spectrum.

ويظهر التوحد بدرجات متفاوتة تتراوح من الشديد إلى البسيط ويكون في واحدة علي الأقل من مهارات (التواصل اللفظي وغير اللفظي – التفاعل الاجتماعي – اللعب).

ويستخدم التوحد في وصف حالة إعاقة وليس (مرضاً) من اضطرابات النمو الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة والتواصل والتعلم وبالتالي تؤثر في القدرة علي التفاعل الاجتماعي وتكون مصاحبة بنزعة انسحابية أو إنطوائية مع انغلاق علي الذات وجمود عاطفي وانفعالي في حركات نمطية أو ثورات غضب كرد فعل لأي تغير أو لطغوط اجتماعية حيث وصف أيزنبرج "ل. ، ، Eisenberg , 1972 , L ، أن الأوتيزم" باعتباره اضطراب شديد في اللغة والتواصل اللفظي يظهر في صورة عجز الطفل عن استعمال الألفاظ المناسبة للتعبير عن نفسه وظهور علامات التأخر في النمو اللغوي وأكد علي أهمية التطور المبكر للغة حتى سن الخامسة من عمر الطفل إذ أن الاستخدام الجيد أو الواضح للغة لدي الطفل يعد أحد المؤشرات الهامة لتحديد تلك الحالات ، كما أشار أيضا إلي أن انخفاض القابلية للتعلم أو الاستجابة لمحاولات التدريب من أجل التعلم من أهم المؤشرات الدالة علي هؤلاء الأطفال إلا أن اضطراب " الأوتيزم" لا يتضمن أي أعاقات أو اضطرابات حركية أو أدراكية - حركية.

أيضاً تشير " لورنا وينج " ، 1976 ، Lorna Wing ، إلي أنه يمكن تعريف " الأوتيزم" من خلال مجموعة من المؤشرات المحددة له والتي تظهر لدي الأطفال ذوي " الأوتيزم" والتي تنحصر في وجود: المشكلات في التواصل اللفظي والتعبير اللغوي واستخدام الكلام والاستجابات المضطربة للخبرات الحسية أو الجسمية الذاتية التي يمرون بها، انخفاض القدرة علي التواصل اللفظي والتتبع البصري للأحداث، بالإضافة إلي الإضطرابات في الوظائف الأوتويومية واحتمال ظهور التأخر في النمو الجسدي وبالنسبة للتناسق والإدراك الحركي من أطفال هذه الفئة فلا توجد مؤشرات أو دلائل قاطعة علي انخفاض التناسق أو الإدراك الحركي والمكاني لدي هؤلاء الأطفال.

كما يشير " كوجال " ر.ل. ، و" كوفرت " أ. ، ، A , Covert & L. R , 1972 , Koegal ، إلي أن " الأوتيزم " يشير إلي ظهور مؤشرات الانسحاب الاجتماعي ، وعدم القدرة علي إقامة علاقات اجتماعية متكافئة بالإضافة إلي الإضطرابات في اللغة والقدرات الإدراكية والمعرفية ، وانخفاض القدرة علي فهم التعليمات اللفظية ، وهذا المصطلح لا يشير إلي الإضطرابات في الإدراك المكاني أو التناسق الحركي لدي الأطفال ذوي " الأوتيزم " من تلك التعريفات السابقة يمكن للباحث الحالي أن يستخلص أن الأطفال ذوي " الأوتيزم " يتصفون بالأنطوائية علي الذات ، وانخفاض القدرة علي إقامة علاقات اجتماعية متكافئة ، وتظهر عليهم مؤشرات الاضطراب في الانتباه للمثيرات الخارجية واللغة والتواصل اللفظي مما يؤثر علي فهمهم للتعليمات اللفظية بالإضافة إلي عدم وجود مؤشرات أو دلائل قاطعة علي انخفاض التناسق أو الإدراك الحركي والمكاني لدي هؤلاء الأطفال.

ويعتبر التوحد من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل وكذلك لوالديه والعائلة بأجمعها وتنبع هذه الصعوبة من غموض هذه الإعاقة مع شدة وغرابة أنماط السلوك الناتج عنها ، وتطابق بعض صفاتها مع بعض الإعاقات الأخرى. بالإضافة إلي ذلك فإن إعاقة التوحد تعتبر من الإعاقات الدائمة وتتطلب مراقبة مستمرة وإشرافا دائما من أفراد العائلة وبخاصة الوالدين ، مما يزيد من الأعباء الملقاة علي عاتقهم. ومما يزيد من صعوبة هذه الإعاقة ، أن للتعليم غير المتخصص دورا محدودا في رفع قدرات الطفل ومهاراته.

والتوحدية اضطرابا محيرا ومؤلما للآباء ، ويصعب عليهم فهمه والتعامل معه ، فما أتعس أن يكون لديك طفل جميل ولكنه يبدو معزولا انعزالا كاملا ويلوذ بالانسحاب ، وإذا بسطت إليه يديك بقلب مفعم بالحب ، لا يحير جوابا ولا يستجيب إليك ، وليس من شك في أنك تصاب في الصميم ، وتشعر أنك لا حول لك ولا طول. ومع ذلك فإن التوحدية ليست ذلك الجدار المنيع الذي

لا تستطيع أن تظهره أو تستطيع له نقبا ، فثمة أشياء بوسعك أن تفعلها لتصل إلى طفلك وتدخل إلى عالمه وتحاول أن تساعد.

والتوحد إعاقة نمائية تظهر عادة في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ، وهي نتيجة لاضطرابات عصبية تؤثر سلبا على عمل الدماغ ، ويمثل ضعف شديد في إقامة أي نوع من العلاقات مع الآخرين في المجتمع ، وحتى مع الوالدين أو المقربين له ، والفشل في تطوير اللغة بشكل طبيعي ويصل لحالة من الانسحاب والانعزال.

• التوحد اضطراب أو متلازمة يعرف سلوكيا ، وأن المظاهر المرضية الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ٣٠ شهرا ، والذي يتضمن الاضطرابات التالية:

- ١- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
 - ٢- اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.
 - ٣- اضطراب في الكلام والسعة المعرفية.
 - ٤- اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.
- (١٩٩٢ ، Aarons ، في عبد الرحيم بخيت ، ١٩٩٩) .

ويعتبر ليوكنر (Leo Kanner) أول من تعرف على هذه الإعاقة في ١٩٤٣ وأطلق عليها لفظ Autism والمعني اللاتيني لهذه الكلمة هو انغلاق أو انعزال الطفل إلى ذاته ، والتي هي من أبرز أعراض هذه الإعاقة وأعراض التوحد وأنماط السلوك له ، تم التعرف عليها قديما في مجتمعات مختلفة كروسيا والهند وخلال أزمنة مختلفة.

أولاً:- تعريف التوحد (الأوتيزم)

التوحد مصطلح يرجع إلي أصل كلمة إغريقية تعني أوتوس (Autos) وهي النفس أي (الذات) وحدد جليبرج علي أنها زملة أعراض سلوكية تتميز بالعلاقات الاجتماعية غير السوية والتواصل غير السوي وهي غالباً منخفضة بانخفاض العمل العقلي.

والتوحد (Autism) هو كلمة لاتينية ومعني انغلاق أو انعزال الطفل إلي ذاته.

هو اضطراب متعدد الأسباب والأعراض يسبب قصوراً في النمو يمتد مدي الحياة. ويمكن أن تظهر الأعراض المتعددة للتوحد بمفردها كل علي حدة أو ممتزجة مع ظروف أو اضطرابات أخرى.

ويعرفه (كمال سالم) أنه مصطلح يستخدم للتعبير عن الخصائص الشائعة عند كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً خاصة ممن يعانون من اضطرابات سلوكية حادة ، ويتمثل التوحد في الانطواء الشديد والتركيز حول الذات ، والانشغال بالذات بصورة أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي.

ويعرف الشخص والدماطي " إعاقة التوحد " بأنها

اجترار الذات ، استثارة الذات. الأوتيسية ، ويقصدان به اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (ما بين ٣٠ ، ٤٢ شهرا من العمر) ويؤثر سلوكهم. حيث نجد معظم هؤلاء الأطفال (النصف تقريبا) يفتقرون إلي الكلام المفهوم ذي المعني الواضح. كما يتصفون بالانطواء علي أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين. وتبلد المشاعر. وقد ينصرف اهتمامهم أحيانا إلي الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويلتصقون بها.

ويطلق علي هذه الحالة أيضا " فصام الطفولة " Infantile Autism " او زملة كانر " Kanners Syndome .

ويعرف بول موسن وجون كونجر وجيروم كاجان (١٩٩٣) إعاةة التوحد بأنها " اضطراب عقلي خطير يصيب صغار الأطفال ويتميز بالاستغراق في الخيال إلي حد الابتعاد عن الاهتمام بالواقع وإلي حد العجز عن استخدام اللغة في التفاهم والتواصل الفكري .

ويقول " عثمان لبيب فراج أن إعاقاة التوحد Autism مصطلح يستخدم لوصف إعاقاة من إعاقات النمو . تتميز بقصور في الإدراك وتأخر أو توقف النمو ونزعة إنطوائية إنسحابية تعزل الطفل الذي يعاني منها عن الوسط .

ويري عمر بن الخطاب إعاقاة التوحد تعني مصطلح التوحدية (الأوتيسية) ولا يضع تعريفا له وإنما يسرد عدة تعريفات تدور كلها حول المعاني الآتية:

أ. اضطراب واضح في الارتقاء الاجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية

ب. زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالبا ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة.

ج. التأكيد علي حقيقة أن التوحدية غالبا ما تتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي والاتصال.

د. أن نسبة حدوث هذا الاضطراب ما بين ٢ إلي ٤ كل عشرة آلاف طفل.

و " ناظم الطحان " يعرف إعاقاة التوحد أو مسمي الانغلاق الطفولي علي الذات ويقصد به " اضطراب شديد للنمو العقلي والاجتماعي يبدأ عند الولادة أو بعدها سريعا . ولا يحدث الانغلاق علي الذات إلا لدي طفل أو طفلين في العشرة آلاف طفل مما يجعلها حالة نادرة جداً .

ويعرف "ماجد عمارة" التوحد الذي يطلق عليه مسمى الانغلاق النفسي بأنه حالة من حالات الاضطرابات الارتقائية الشاملة (المختلطة) يغلب فيها علي الطفل الإنسحاب والانطواء وعدم الاهتمام بوجود الآخرين. أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم. ويتجنب الطفل أي تواصل معهم وبالذات التواصل البصري. وتتميز لغته بالاضطراب الشديد ، فيغلب عليها التردد والتكرار لما يقوله الآخرون أو الاجترار ، والطفل المنغلق نفسياً لديه سلوك نمطي ، وانشغاله بأجزاء الأشياء ، وليس بالأشياء نفسها ، ويتميز عن غيره من حالات الإعاقة الأخرى بمجموعة من الخصائص المميزة والمتغيرات المعرفية وغير المعرفية.

ويذكر " محمد عز الدين " أن التوحيد يعتبر اضطراباً يتعلق بتطور الدماغ مع وجود بعض الملامح المميزة والخاصة بالإعاقة التواصلية ، وبعض الاهتمامات الطقوسية غير القابلة للتغيير ، ويعتبر " التوحد " المصنف الرئيسي لمجموعة من الاضطرابات التي يطلق عليها مجتمعه مصطلح " الاضطرابات التطورية المنتشرة.

وتعرفه (نادية أبو السعود)

التوحد كإعاقة هو ارتقاء غير طبيعي مختل يتضخ قبل الثلاث سنوات من عمر الطفل ، ويتميز بفساد التفاعل الاجتماعي والاتصال الشفوي والنشاط التخيلي ، والأنشطة الاجتماعية ، مرتبطاً مع أنواع مرضية من السلوك وبشكل خاص في تجنب الحملقة والنشاط الزائد النمطية والتقولب والإصرار علي الروتين والكثير من الحركات

ويعرفه (قحطان الظاهر) بأنه:

حالة اضطراب عقلي يصيب الأطفال قد تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة ويتميز المصابون بهذه الحالة بقصور في الانتماء أو التفاعل مع الآخرين حسيّاً

أو لغوياً ، فلا يُكون الطفل علاقات اجتماعية ، وتظهر عليه علامات الحزن والنمطية والجمود ، كما يتصف باضطراب الكلام ، أما أسبابه فتكون أسباب بيئية و وراثية في ذات الوقت.

والتوحد الطفولي هو عدم قدرة الطفل للتفاعل مع الآخرين قد تظهر ما بين ٢- ٣ سنوات بعد أن نما الطفل بشكل طبيعي.

وتعرفه كلاً من الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (American) APA و Psychiatric Association ومنظمة الصحة العالمية (WHO) WORLD Health Organization التوحد بأنه أعاقة شديدة تشمل نواحي نمائية متعددة وتتضمن مجموعة من ثلاثة أعراض أساسية ، وهي القصور في التواصل المتبادل - اللفظي وغير اللفظي - وإظهار السلوكيات النمطية ومحدودية النشاطات والاهتمامات علي أن تظهر هذه الأعراض قبل سن ٣ سنوات. (WHO - 1994 APA 1994).

وأشارت معظم التعاريف إلي المظاهر السلوكية لدي أطفال التوحد ، فقد تم وصفهم بالانعزال ، والانسحاب ، والنمو غير السوي ، والفشل في إقامة علاقات مع الآخرين.

ولعل التعريف الأكثر قبولا في هذا المجال هو أن التوحد اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ ، غير معروف الأسباب ، يظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر ، ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين، وضعف واضح في التفاعل ، وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب ، وظهور أنماط من السلوك الشاذة ، وضعف في اللعب التخيلي.

ثانياً:- تطور دراسة التوحد:

كما يمكن الإشارة إلي تاريخ اضطراب التوحدية من زاوية المراحل التي مرت بها الدراسات التي تناولته منذ أن أوضح " كانز" اللثام عن أعراضه في الأربعينات من هذا القرن وذلك علي النحو التالي:

المرحلة الأولى: يمكن أن يطلق عليها مرحلة الدراسات الوصفية الأولى، وهي تلك الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين أواسط وأواخر الخمسينات من هذا القرن. وكان الهدف الذي تسعى إلي الوصول إليه هو أن يتضح من خلال التقارير وصف سلوك الأطفال التوحدين ، وأثر هذا الاضطراب علي السلوك صفة عامة ، حيث اهتمت تلك الدراسات بالأطفال ذوي " ذهان الطفولة المبكرة " حيث كانت تشخص إعاقة التوحد علي أنها أحدي ذهانات الطفولة. بالإضافة إلي الأنماط الأخرى من اضطرابات الطفولة. وقد أسفر تحليل نتائج هذه الدراسات التي اشتملت علي الكثير من المعلومات إلي الكشف عن كثير من خصائص التوحد غير أنه لوحظ أن عدم التجانس بين المجموعات أو أفراد المجموعات الموصوفة في هذه الدراسات سواء بالنسبة للعمر الزمني أو المستوي العقلي أو أساليب التشخيصي أو تفسير الأسباب قد أدبي علي الحصول علي القليل من استنتاجات والاستخلاصات التي يمكن أن توضع في الاعتبار عند دراسة هذا الاضطراب علي المدى الطويل.

ويمكن أن نذكر بعض الأسماء التي ساهمت في هذه المرحلة الباكرة بجهودها سواء في القيام بالدراسات أو كتابة التقارير مثل " ليون ايزنبرج" (1956) Leon Eisenberg " ليو كانز" Leo Kanner (1953) " هانز اسبرجر" (1953) Hans, Asperger.

المرحلة الثانية: وكانت امتدادا واستمرارا للمرحلة الأولى وفي هذا يقرر أحد

الباحثين هو " فيكتور لوتر" (1978) Victor Iottor أن الدراسات التي أجريت في هذه المرحلة. وكانت منذ أواخر الخمسينات إلي أواخر السبعينات لا تزال في طور التقارير المبدئية للآثار الناجمة عن " التوحد" كما أنها لا تزال تركز علي التطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدي الأطفال التوحدين نتيجة للتدريب. ولذا يمكن وصف هذه الدراسات بأنها دراسات " قصصية " بشكل كبير ، كما أنها غير منتظمة ولا تعطي صورة واضحة يمكن الاستفادة منها بشكل عملي إلا أن هناك عبارة يجب أن تضاف - في شأن هذه المرحلة - وهي أن دراسات هذه المرحلة الثانية تعد أدق من مثلتها في المرحلة الأولى.

ومن بين الأسماء التي شاركت في دراسات هذه المرحلة " مايكل روتر" (1960) Michael.Rutter " ميتلر وآخرون " Mittler, et al. (1966).

ودراسات هذه المرحلة بشكل عام يمكن أن نستخلص منها ثلاث ملاحظات أساسية ساعدت بشكل جوهري علي التكهّن فيما بعد بوضع معايير تشخيصية لحالات إعاقة التوحد. وإعطاء مؤشرات لاحتمالات التطور المتوقعة للوضع العام للأطفال ذوي التوحد ، وهذه الملاحظات الثلاث هي:

أ. التأكيد علي أهمية التطور المبكر للغة لدي في سن الخامسة ، حيث أن الاستخدام الجيد أو الواضح

لغة لدي الأطفال يعد أحد المؤشرات المهمة لتحديد حالات التوحد

ب. النظر إلي مقدار انخفاض العقلية كأحد أهم العوامل التي يمكن أن نستخدم كمؤشر يعتمد عليه.

حيث أن الأطفال التوحديين غير القادرين علي الاستجابة لمقاييس الذكاء أو الذين كانت درجاتهم منخفضة علي مقاييس الذكاء (ممن تتراوح نسب ذكائهم بين ٥٥ - ٦٠ كان معظمهم يستمرون في الاعتماد علي الآخرين بشدة.

ج. القابلية للتعليم Educability ومحاولات التدريب من اجل التعلم تعد هي الأخرى من المؤشرات المهمة في تشخيص حالات إعاقة التوحد.

المرحلة الثالثة: ويشار إليها في مجال إعاقة التوحد بأنها شهدت تيارا ثابتا من التقارير المتتابعة والكثيرة في مجال دراسات موضوع " التوحد " إلا أن أغلب البحوث والدراسات قد يركز علي أكثر الأفراد التوحديين من ذوي الأداء العالي أو ذوي المستويات العالية في القدرات العقلية وتجدر الإشارة إلي أن هذه الفترة استغرقت عقد الثمانينيات وبداية التسعينيات.

ومن الأسماء التي برزت في هذه المرحلة علي سبيل المثال - لا الحصر - " شينج ،ولي (1990) Chung & lee " جليبرج ، ستيفن برج " (1987) Gillberg and Stoltenberg " كوباياشي وآخرون (1992) Kobayashi ، والمتتبع لنتائج تلك الدراسات يمكن أن يلاحظ أنها ما زالت وصفية وغير دقيقة إلي حد ما ، وذلك لاهتمامها ببعض السلوكيات المحدودة ، وبعض الاتجاهات المحدودة في جمع المعلومات مثل تقارير الآباء عن مدى كفاءة أبنائهم في القيام بأدوارهم والتي من الممكن أن تكون غير دقيقة ولا تعكس موقفهم الحقيقي ، بل ويمكن أن نضيف أن أساليب تشخيص حالات التوحد في المرحلة الباكرة لاكتشاف زملة أعراضها ؟و لم تكن مرضية دائما في حين أن التأكد

المستمر علي الأساليب الحديثة أو المستحدثة في التشخيص كان هو المطلوب دائما.

ويمكن أن نشير في سياق هذه المرحلة - والتي يمكن القول عنها أنها لا تزال مستمرة حتى الآن - أن بعض الدراسات خاصة في الفترات المؤخرة قد ركزت علي وجه الخصوص علي ما يلي:

- ١- أهمية تطور اللغة بالنسبة للأطفال التوحدين. خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة (علي وجه التحديد في سن ٥ أو ٦ سنوات) حيث أن تطور اللغة في هذه المرحلة العمرية يعد أحد العوامل المهمة في نمو وارتقاء بعض المهارات والقدرات لدي الأطفال في المراحل اللاحقة من العمر.
- ٢- أن مجرد تمتع الأطفال التوحدين ببعض المهارات أو القدرات الإدراكية واللغوية الجيدة نسبيا لا يضمن لهم بالضرورة أن تتطور حالة هؤلاء بشكل جيد بدون التدخل المتخصص من أجل التدريب في بعض مجالات معينة مثل العمليات الحسابية أو الموسيقى أو الكمبيوتر علي سبيل المثال. والتي تتيح الفرصة أمام هؤلاء الأفراد لإيجاد المجال الملائم لهم في الحياة والذي يمكنهم من الاندماج مع المجتمع ويساعدهم علي التوافق الاجتماعي بشكل أفضل.

ثالثاً:- أهمية دراسة إعاقة التوحد:

أما عن أهمية تناول هذا الاضطراب بالدراسة سعياً وراء الفهم فإن أهمية دراسة إعاقة التوحد تأتي من أنها تلقي الضوء علي مرحلة طبيعية في نمو الطفل وهي الفترة التي يتمركز فيها الطفل حول ذاته. مع وجود فارق مهم هو أن أغلب الأطفال يتجاوزون هذه المرحلة بينما الطفل المضطرب (التوحيدي) يثبت عندها كما أننا نستطيع أن نري النكوص إلي هذه المرحل (مرحلة التمرکز حول الذات) يحدث في مرض الفصام قد تخطي جزئياً مرحلة إعاقة التوحد (الأوتيسية) وأستطاع تكوين بعض العلاقات مع الواقع. ثم عاد إلي النكوص إلي تلك المرحلة (مرحلة التمرکز حول الذات). أخذاً معه بعض خصائص المراحل المتقدمة.

كما يجب أن نأخذ في الاعتبار العلاقة الدائرية بين العوامل العضوية والبيئية. فالطفل يولد بميول إجترارية قد يستفز أمه لتعامله بالتالي معاملة خاصة ومميزة عن باقي إخوته مما قد ينمي فيه ظواهر المرض. كما تأتي أهمية دراسة إعاقة التوحد من ناحية أخرى من الخطورة المترتبة علي مضاعفات لإصابة بها. وهناك من يري أن أشد المضاعفات هي حدوث نوبات صرعية. وأن الذين تحدث لهم النوبات الصرعية غالباً ما تقل نسبة ذكائهم عن ٥٠ (خمسين) وأنه قد لوحظ أن ٢٥ ٪ أو أكثر من حالات "إعاقة التوحد" يولد لديهم تاريخ لنوبة صرعية أو أكثر. كما أن المضاعفات أيضاً حدوث الأكتئاب في بداية المراهقة أو الحياة الراشدة كاستجابة للوعي الجزئي بالإعاقة الناتجة عن إعاقة التوحد وفي حالة التعرض لضغوط نفسي أو اجتماعي يظهر المريض أعراضاً كتاتونية (تصلبية) خاصة التهيج Excitment أو أخذ وضع ثابت Posturing.

رابعاً :- نسبة انتشار التوحد وحدوثه:

تقدر نسبة شيوع التوحد تقريبا ٤ - ٥ حالات توحد كلاسيكية في كل ١٠,٠٠٠ مولود ومن ١٤ - ٢٠ حالة (أسبيرجر) توحد ذا كفاءة أعلى كما أنه أكثر شيوعا في الأولاد عن البنات أي بنسبة ١:٤.

ومرض التوحد هذا المرض الذي بدا ينتشر بصورة كبيرة مؤخراً حسب ما جاء في التقرير الذي ينشره معهد أبحاث التوحد، فقد لوحظ مؤخراً زيادته بنسبة كبيرة أما مركز الأبحاث في جامعة كامبردج أصدر تقريراً بازدياد نسبة التوحد حيث أصبحت ٧٥ حالة في كل ١٠,٠٠٠ طفل من عمر ٥ - ١١ سنة وتعتبر هذه نسبة كبيرة عما كان معروف سابقاً وهو ٥ حالات في كل ١٠,٠٠٠. وللتوحيدين دورة حياة طبيعية كما أن بعض أنواع السلوك المرتبطة بالمصابين قد تتغير أو تختفي بمرور الزمن ويوجد التوحد في جميع أنحاء العالم وفي جميع الطبقات العرقية والاجتماعية في العائلات والسبب الرئيسي للمرض غير معروف لكن العوامل الوراثية تعمل دور مهم بالإضافة إلى العوامل الكيميائية والعضوية.

أيضاً من المهم أن نعرف أنه ليس جميع المصابين بالتوحد مستوى ذكائهم منخفض فحسب الإحصائيات أن ربع الحالات من المصابين بالتوحد ذكائهم في المعدلات الطبيعية، بعض الأمراض التي قد تكون مصاحبة أحياناً لمرض التوحد وليس دائماً :

- ١- متلازمة فراجيل وسببه عيب في تركيب في الكروموسوم X وله صفات معينة في الطفل مثل بروز الأذن، كبر مقاس محيط الرأس - مرونة شديدة في المفاصل وأيضاً تخلف عقلي.

٢- مرض فينبايل كيتونيوريا هو مرض وراثي سببه أن الحمض الأميني المسمى فينبايل النين لا يتم له في الجسم وذلك بسبب نقص أو عدم نشاط إنزيم معين في الكبد فيؤدي إلى تراكم هذا الحمض في الدم والمخ والتشخيص يتم عن طريق فحص الدم، وقد أصبح هذا الفحص اختيار روتيني لكل طفل يولد في الخارج حيث إن التشخيص المبكر يحمي الطفل من التخلف العقلي وذلك بإرشاد الأهل إلى الابتعاد عن الأطعمة التي تحتوي على حمض.

٣- مرض Tuberous هو مرض وراثي أيضاً يوصف بوجود مشاكل في الجلد وبقع لونها داكن أو بقع أفتح من لون الجلد وتخلف عقلي.

ونتيجة للاهتمام المتزايد هذا الاضطراب، ونتيجة ظهور أكثر من أداه للتشخيص والتقييم لحالات التوحد، فإن هناك اتفاق علي أن نسبة ظهور هذا الاضطراب أخذه في التزايد، فقد أشارت بعض الدراسات إلي أن النسبة تصل إلي (٢٠/١٥ حالة - ١٠٠٠٠) لكل حالة ولادة حية. (Bryan, 1996).

وقد أشارت بعض الدراسات إلي أن النسبة تكاد تصل إلي (١ - ٥٠٠) حالة ولادة حية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية والتي أشارت الجمعية الأمريكية للتوحد (ASA) إلي أن حالات التوحد بأنماطها المختلفة وأشكالها تصل إلي (١.٥٠٠.٠٠٠) يمكن وصفهم بأن لديهم حالة توحد أو أحد أشكال طيف التوحد.

ومن ناحية أخرى فإنه يظهر لدى الذكور أكثر من الإناث وتصل النسبة (٤ - ١) وهو نادر الحدوث بين أفراد العائلة نفسها، ويحدث في مختلف الطبقات الاجتماعية والمستويات الثقافية والعرقية.

يبين وتظهر بعد الدراسات العلمية والميدانية أن معدل حدوث إعاقة التوحد يتراوح بين ٣ - ٤ حالات في كل عشرة آلاف شخص وهي توجد في الذكور

أكثر من الإناث بنسبة أنثي لكل ٤ ذكور وعادة تكون شدة إعاقة الإناث أكثر منها بالنسبة للذكور.

وتظهر بعض الدراسات الحديثة أن هذه النسبة قد تزيد لتصل إلى ١٠-١٢ حالة في كل عشرة آلاف مولود مثل اليابان بينما معدل حالات إعاقة في باقي الدول الأخرى متشابهة لما ذكر سابقا، والسبب في هذا الاختلاف يعود إلى أسلوب التشخيص المستخدم، وطبيعة عينة البحث أو الدراسة وعوامل أخرى ذات علاقة بالجينات أو البيئة.

اختلفت الدراسات حول معدل انتشار التوحد حيث تشير أحد الدراسات إلى أن معدل حدوث التوحد هو ٤-٥ لكل ١٠ آلاف طفل تقل أعمارهم عن ١٥ سنة. وتشير باتريشيا رودير (Patricia Rodier 15:2000) إلى أن من بين كل ١٠ آلاف طفل يولد ١٦ منهم علي الأقل مصابون بالتوحد أو بأحد الاضطرابات المتعلقة به.

وتؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) American Society of Autism أن نسبة انتشار التوحد في الولايات المتحدة ٠.٦ ٪ ويرى كندول Kendall (2000) أن نسبة انتشار التوحد في اليابان أعلي من مثيلاتها من دول العالم حيث تتراوح بين ١٣،٠ ٪ - ١٦،٠ ٪ في حين تبلغ النسبة في المملكة المتحدة ١،٠ ٪. إما في الصين فإن معدل حدوث التوحد قليل جدا حيث يبلغ ٠،٤ ٪ (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٢).

وسواء كان معدل حدوث التوحد مرتفعا أو منخفضا فإن الأطفال التوحدين يمثلون فئة من المجتمع ويجب تقديم الخدمات التي تكفل لهم النمو الطبيعي في حدود ما تسمح به قدراتهم.

خامساً: الاضطرابات المصاحبة للطفل التوحدي

توصلت العديد من الدراسات إلى أن أهم المشكلات أو الأعراض أو الاضطرابات الأساسية والشخصية للطفل التوحدي تتمثل في :

١- الاضطرابات الكلامية (اضطرابات اللغة)

٢- الاضطرابات الاجتماعية.

٣- الاضطرابات الانفعالية.

٤- المظاهر السلوكية النمطية.

علي أنه ينبغي عدم إغفال محك خامس هام ويعتبر المحك التشخيصي الأول في الترتيب وهو بداية ظهور الاضطراب عند الطفل قبل سن ثلاث سنوات من عمر الطفل (أي قبل أن يصل الطفل إلى ٣٠ شهرا من عمره)

أ- الاضطرابات والمشكلات في الكلام واللغة :

توصلت Patricia Hawlin (1997) (ترجمة وتعريب محمد كامل، ١٩٩٨) إلى أن أكثر المشكلات اللغوية المرتبطة باستخدام وفهم اللغة عند التوحدي، تبدو فيما يلي :

أولاً: - مشكلات التعبير اللغوي وتبدو في شكلين :

١- التعارض بين استخدام وفهم اللغة، حيث يمتلك التوحدي لغة ظاهرية منطوقة تبدو أنها تتطور بشكل جيد، إلا أنه لديه غالباً مشكلات إنشائية تعبيرية عميقة خاصة في المضمون الاجتماعي والتعبير عنه. وتظهر ذلك المشكلات بوضوح أثناء اختيارات اللغة.

٢- الحرفية: يميل التوحدي إلى تفسير ما يقال له حرفياً، مما يوقعه في مشكلات اجتماعية عند تفاعله مع الآخرين

٣- مشكلات في اللغة المنطوقة: تبدو في الأتي :

أ. الاضطرابات في دلالات الألفاظ والكلمات حيث تكون معاني مفردات الكلمات قاصرة وغير محددة، وتسبب انخفاض واضح في قدراتهم التعبيرية.

ب. طريقة استخدام الكلمات حيث يستخدمونها بشكل مضطرب أو غير مناسب للتحدث (كالصوت المرتفع، والكوميدي).

وهناك بعض التوحيدين لديهم حصيلة لغوية جيدة من المفردات اللغوية، لكنهم مع تزايد من تعقد الموقف الاجتماعي وزيادة صعوبة التفاعل الاجتماعي

ج. ترديد الكلام (الحديث): سواء في الحال أو فيما بعد، وتكرر كثيرا مع الأفراد الأكبر سنا والأقل في الاضطرابات الإدراكية.

د. استخدام تكرار أو ترديد الكلام: حيث يكرر الكلام أو الأسئلة التي توجه إليه.

هـ. التبدل الذهني: حيث انخفاض الحصول اللغوي المناسب اجتماعيا، وسوء تقديرهم لتأثير حديثهم علي الآخرين

٤- التعامل مع المفاهيم اللغوية :

أ. التحدث عن المستقبل: حيث يصعب عليهم استخدام أو فهم المفاهيم المرتبطة بالزمن المستقبل، فالإجابة علي الأسئلة باستخدام بعض الكلمات (مثل قريبا، من الممكن، سأفكر) يمكن أن تؤدي إلي استشارة الغضب التوحيدي

ب. التعبير عن المشاعر والأحاديث: حيث يعجز التوحيدي عن التعامل مع المفاهيم المعنوية متعددة الآثار علي سلوكه، فلا يستطيع التحدث عن المشاعر والأحاديث.

ج. حب الدعاية.

د. انقص في القدرة علي تبادلية الحديث: أي الفشل في الربط أو التنسيق بين الحديث الصادر عنهم وسماع آراء الأفراد الآخرين، وقد لا يتوقفون عن الحديث.

ثانياً: - الاضطرابات الاجتماعية:

تعتبر الإعاقة الاجتماعية للتوحيدي من أكثر الأغراض وضوحاً في زملة الأعراض، وأوضح كإنهم عندما يتركون بمفردهم فإنهم يرتبطون بأنشطة انعزالية، ولقد اعتبر العزلة الاجتماعية بوصفها واحدة من أهم الملامح المميزة لهذا الاضطراب، ويؤكد علي أهمية تسميته بالاضطراب التوحيدي. (عمر بن الخطاب، ١٩٩١)

وهناك بعض المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحيدي من:

- صعوبة فهم العلاقات الاجتماعية أو توظيفها علي نحو ملائم.
- يفضل قضاء أطول وقت وحدة أكثر من وجوده مع الآخرين.
- يتجنب الاتصال مع الآخرين مع انخفاض في اضطرابات فهمه للعديد من الأدوار والمواقف الاجتماعية.
- يصعب عليه الاندماج في اللعب الجماعي أو الاشتراط في الأنشطة الجماعية مع نظيره من نفس العمر أو الجنس.
- يصعب عليه تكوين صداقات حميمة.
- تفضيل الأنشطة الانعزالية معظم الوقت.
- الفشل في الاستجابة للغرباء حتى للآباء.
- لا يستطيع التفاعل أو الاستجابة للأشخاص.
- الفشل في فهم أو الاستجابة للآخرين بطريقة ملائمة لمشاعرهم وأحاسيسهم.
- الفشل في مشاركة المجموعة أو الآخرين بطريقة طبيعية وتبادلهم المشاعر والخبرات.

- الافتقار إلى بعض السلوكيات الاجتماعية الملائمة كالاتسامة. أو التعبير بالعين أو بالوجه.. وغيرها. فهم يتجنبون سلوك التحديق. ويقوم بالسلوك دون الاهتمام به كما لو كان بصورة آلية.
- صعوبة فهم التلميحات التي تصدر من الآخرين حولهم والتي لها تعبير عاطفي واجتماعي. حيث لا يدرك الاتسامة أو إشارة الجسد أو اللمس وغيرها.

ثالثاً: - الاضطرابات الانفعالية:

هناك مجموعة من ردود الفعل الانفعالية لدى التوحدي ، مثل نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية ، وقد يشعر بالذعر من الأشياء غير الضارة أو مواقف معينة ، ليس لديه قدرة علي فهم مشاعر الأشخاص من حوله ، فقد يضحك لوقوع شخص أمامه ، وقد يتعرض لنوبات من البكاء والصراع دون سبب واضح ، أي أن هناك تقلب مزاجي مرتفع لدي التوحدي ، الهلوسة أثناء النوم.

رابعاً: - الاضطرابات السلوكية الشاذة:

معظم سلوكياته وسواسية قهرية مثل :

- لا يستطيع التوحدي تقليد الآخرين أو محاكاتهم أو لا يستطيع اكتساب مهارات من خلال المحاكاة.
- فرط النشاط الحركي.
- عدم استعمال كلتا اليدين.
- كثرة استخدام الحواس كوسيلة لاستكشاف العالم.
- المشي علي أصابع القدم ، اللعب باليدين في العين أو الأنف أو الأذن، والاندفاع بقوة ثم الوقوف فجأة ثم تمايل الرأس علي جانب واحد وغيرها من حركات الجسم الشاذة ، وغالباً ما تزيد أثناء القلق والتوتر.

- يتميز لعبه بنقص في الارتباط الاجتماعي أو تكوين علاقات اجتماعية
- النمطية الزائدة في تناول الأشياء وبشكل وسواسي قهري من حيث أنه يصر علي ذلك ويحزن لتغييرها .
- الاستخدام غير الوظيفي للأشياء .
- صعوبة القدرة علي اللعب التخيلي أو الإيهامي .
- مقاومته للتغير بشدة في مواقف معينة أو مفاهيم معينة ، وقد يسبب له حدوث التغير مشاعر الإحباط والحزن الشديد .
- تكرار الإصابة بالأمراض البدنية مثل عدوي الجهاز التنفسي ، الحمي ، الإمساك .
- يميل إلي جمع الأشياء بشكل أناني ، ورغبة شديدة في تملكها بدون هدف .

أشكال طيف التوحد: إن يظهر لدى الذكور أكثر من الإناث وتصل النسبة على (٤ - ١) وهو نادر الحدوث بين أفراد العائلة نفسها، ويحدث في مختلف الطبقات الاجتماعية والمستويات الثقافية والعرقية.

في دراسة بجامعة كامبردج في إنجلترا عن دراسة أجراها الباحثون لمعرفة نسبة حدوث التوحد في منطقة كامبردج التعليمية والتي قدرت نسبة حدوثه بحوالي ٥٧ إلى كل ١٠,٠٠٠ طفل بالغة أعمارهم من ٥ - ١١ عام.

أنواع طيف التوحد: منها :

- ١- مرض التوحد التقليدي المستوفي جميع الأغراض Autistic
- ٢- مرض اسبرجس Disorder
- ٣- مرض رتز Arperger's Disorder
- ٤- مرض Rett's Disorder

الفصل الثاني

خصائص الطفل التوحدي

مكتبة جامعة القاهرة

مكتبة جامعة القاهرة

مقدمة:

أولاً:- الفرق بين التوحد ومتلازمه (أنجلمان)

ثانياً:- خصائص الطفل التوحدي

ثالثاً:- أعراض التوحد

رابعاً:- تفسير العلماء غموض التوحد.

خامساً:- بعض الاحتياجات التدريبية والتعليمية المقترحة
للأطفال المصابين بالتوحد.

الفصل الثاني

خصائص وأعراض الطفل التوحدي

مقدمة:

إن ثقافة الفرد بصفة عامة تختلف من شخص لأخر نظراً لتأثره بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والعوامل الأخرى المحيطة به ومن أهمها ثقافة الأسرة ومستوى تعلمها ومستوى تعليم الوالدين ودرجة إيمانهم بالله وبالتالي فإن ثقافة الفرد نابعة من ثقافة البيئة المحيطة به وثقافة الفرد تختلف من شخص لأخ وكذلك الطفل التوحدي له ثقافة خاصة به تختلف عن الأطفال الآخرين التوحدين وله قدراتة الخاصة حسب إمكانياتة وقدراتة العقلية.

حيث لاحظ علماء النفس أن بعض أطفال التوحد لا يفهمون أبعاد اللعبة كما في لعبة السيارات مثلاً حيث نرى أنهم يضعونها خلف بعضها البعض دون حركة ، وإنما يقومون فقط بصفها بشكل واحد أو علي هيئة واحدة ، بعكس أطفال آخرين في لعبهم مع الأحجية (البازل puzzle) فقد يركب أحدهم ١٠٠٠ قطعة بشكل مرتب ومنظم ومحكم. وقسم ثالث من اطفال يقومون برسم اشكال وألوان يعجز الإنسان العادي عن رسمها. وقد أوضحت أمثال هذه المشاهدات والملاحظات التي جاءت في الدراسات الخاصة بهذا الموضوع أن الخلايا والمراكز الموزعة في المخ هي المنطقة الوحيدة السليمة وغير مصابة بإعاقة المراكز التي لها علاقة بالنشاطات التي يعلمها الطفل التوحدي. وأن بعض الإشارات العصبية المسؤولة في بعض أجزاء المخ سليمة وأن بعض الأجزاء تالفة أو أصابها خلل لذلك فإنها تنعكس علي مدركات الطفل التوحدي وتفكيره مما يعطي إنطباعاً لدي الجميع بأنه لا يعرف العلاقات في اللعب أو أه غير مثقف اتجاه اللعبة التي يلعبها ، فأطفال التوحد ثقافتهم تختلف عن ثقافة

الأطفال العاديين وكذلك مدي سلامة الأجهزة العصبية والمخية والجهاز العصبي المركزي ومدي تطورهم ونضجهم النفسي والجسمي والعقلي وتناسبها مع مجريات الأحداث والخبرة العملية و التدرج لنمو العقل والخبرة في مجال الحياة.

يطلق علي التوحيدين مُسمى ذوي القصور النمائي الشامل pervasive developmental Disorder (PDD) ويختلفون في سماتهم من مستوى إلي مستوى آخر مما يعكس إختلافاً في اللعب حسب شدة الإصابة بالمخ وشدة الأعراض المصاحبة للحالة المرضية.

إن العملية المعرفية والعقلية والرضاء الوجداني للتوحيدين شيء صعب جداً مع ظروف التطور التكنولوجي الحديث ومستوي الألعاب الحديثة ومدي التعقيدات التي بها ، وتجد الإشارة هنا إلي أن الوالدين في الأسرة أو الهيئة التدريسية في المدرسة أو المعهد يجب أن تختار نوعية الألعاب ومستواها العلاجي التي تلائم ثقافة ومستوي وحدة أطفال التوحد ، علماً بأن ألعاب العصر الحديث أصبحت معقدة ومتطورة وتحتاج إلي إرتياح نفسي وإنعدام القلق والتحكم الجيد في اللعبة ويمكننا أن نندرج في الألعاب حسب تطور الطفل ونضجه العقلي وسلامته النفسية وأن تقدم إليه من خلال الوسائل التي تسمح لنا باللعب معه وحسب الجدول الوظيفي لمعززات اللعب وأن تقدم إليه كذلك من خلال أجهزة الكمبيوتر ألعاب وبرامج مسلية وفي نفس الوقت تعليمية وترفيهية بسيطة حيث يكون التوحيدي بإستطاعته أن يلعب اللعبة التي يختارها مثل لعبة الأتاري أو السيجا إلي جانب أن هناك ألعاباً رياضية قد نشاهدها في التلفزيون أو الفيديو.

ولا شك أن الجهات المختصة من قطاعات الدولة يجب أن توفر للأفراد الذين لديهم إعاقة (فئة التوحد) المرافق العامة التي تتوفر فيها الألعاب

والأجهزة الترفيهية والأجهزة الإلكترونية ذات الألعاب التعليمية المتنوعة المناسبة لهم ، حيث أن هذه المشاركة والتعاون والتنسيق بين وزارة التربية ووزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والمؤسسات الخاصة والخيرية سوف تكون مثمرة ومفيدة لأطفالنا من ذوي الاحتياجات الخاصة والتي يكون لها دور فعال في وضع استراتيجيات علاجية تحسن وتطور وضع طفل التوحد. ومن الضروري أن تدرك الأسرة المنزلية والمدرسية أن برامج أطفال التوحد ذات فائدة ترفيهية وذات فائدة علاجية بطريقة تعليمية وعليها أيضاً أن تعرف مدي العلاقة بين الألعاب والمشاكل والحساسية التي يعاني منها التوحدي ، فمثلاً هناك ألعاب خاصة علي تدريب الحواس والعقل كتلك التي قد يعاني من مشكلتها الطفل التوحدي فلا بد أن يعرف الفريق المختص العارف بالأهداف والمهارات الوجدانية والمعرفية كيف يصل إلي الطفل المصاب بالتوحد عن طريقها.

فالتدخل السريع مع تطور النمو الإدراكي لفئة التوحد أم مهم ، لمنعهم من التكسير والتخريب وهذا شيء طبيعي كما إختياره للعبة شرط رئيسي لراحته النفسية ولو أن الخبراء والمختصين يرون أهمية التدقيق في نوع اللعبة مع مراعاة نوع الإعاقة وشدها والاهتمام بإخضاع اللعبة للبحث العلمي بعد ملاحظة الطفل وسلوكه حيالها والأعراض الملازمة له لأن التدخل في حل مشاكل التوحدين ضروري جداً وأن الغفلة عنهم وعدم الإرشاد والتوجيه اللازم لهم أمر ضار علي العلاج وعلي التطور المنتظر للطفل.

وبما أن أطفال التوحد تفكيرهم غير مرن في الغالب وغير منطقي فإننا نجد أن استجاباتهم بطيئة للمواقف المعقدة في اللعبة وتنعكس علي تعاملهم مع اللعبة بشكل عدواني فيقومون بالتكسير و التدمير، لذلك كان مهماً أن نبين الأهداف العلاجية للعب عن طريق إدراك القدرات المعرفية والجسمية و النفسية

لتقدم هؤلاء الأطفال وتطورهم النمائي الشامل ، مثلاً لعبة إلفك والتركيب التي تعطي للتوحيدين بعض المفاهيم البسيطة والخاصة عن منهج الحياة التي يمارسها الطفل التوحيدي من وقاع منزله أو مدرسته سواء كان ذلك في مأكله أو ملبسه أو أي جانب آخر من حياته الاجتماعية ، علماً بأن الألعاب تتنوع بأشكال وهيئات وصور متعددة تخدم الجانب العلاجي للطفل المصاب بالتوحد وكما قلنا أن نوع اللعبة وشكلها يرجع لمدي فهم الأسرة لحاجات الطفل مثال ذلك: الألعاب ذات التنمية للعضلات الصغيرة (أصابع اليد) والألعاب ذات التنمية للعضلات الكبيرة (اليدين والرجلين) وهذه الألعاب وغيرها من الألعاب ذات العلاقة بالجانب الجسمي والحركي يجب أن تكون محل اهتمام الأسرة والمدرسة ، وتأتي هذه الخطوات العلاجية من خلال ، التشاور مع المختصين وإقامة الندوات العلمية والإطلاع علي البحوث التجريبية لرسم استراتيجيات مستقبلية ، وبالمتابعة المستمرة لخطوات تنفيذ البرامج العلاجية لأطفال التوحد حيث نجد أن النتائج جيدة ومثمرة لهم.

وقبل أن نذكر أعراض وخصائص الطفل التوحيدي يجب أن نشير إلى .

أولاً:- الفرق بين التوحد ومتلازمه (أنجلمان)

أن متلازمة أنجلمان لا تعتبر نوعاً ثانياً من التوحد ، ولكن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب يستعرضون خصائص عديدة من السلوك التوحدي ، وأحياناً يعطوا تشخيصاً ثانياً من التوحد أيضاً، وكان أول من وصف هذه المتلازمة في عام ١٩٦٥ هو الطبيب هارسي أنجلمان Harry Angelman حيث وصف مجموعة الأفراد لديهم سلوكيات متشابهة وتشابهات بدنية بحيث تم لاحقاً تسميتها بـ " متلازمة أنجلمان "

الأسباب:

الحالة غير وراثية ولكن طفرة جينية

حالة تعتبر نادرة، ونسبة حدوثها حالة لكل ٣٠.٠٠٠ ولادة حية

ينتج بسبب قطع أو نقص في طرف الصبغي رقم ١٥ الجزء q11-q13

نقص المورث UBE3A

غالباً ما يكون النقص في الكروموسوم المورث من الأم

إذا كان النقص في المورث من الأب فإنه يؤدي لمتلازمة برادر ويلي Prader-Willi Syndrome، ولكن أكتشف أختلاف بسيط في المكان للمورث ويعتبر العديد من هؤلاء الأفراد قد فقدوا جزءاً صغيراً من الكروموسوم ١٥ والذي يبدو أنه من جانب الأم والمثير أنه عندما يأتي فقدان الجزء البسيط من كروموسوم ١٥ من الجانب الأبوي فإن الطفل سيعاني من متلازمة برادر ويلي.

وبشكل مشابه للتوحد فإن الأشخاص المصابين بمتلازمة أنجلمان يستعرضون السلوكيات التالية رفرفة الأيدي، تواصل لفظي قليل أو انعدام

التواصل اللفظي، عدم التركيز، فرط الحركة، مشاكل التغذية، مشاكل النوم، تأخر الحركة، وربما ينخرط الأفراد المصابون بهذه المتلازمة في العض وشد الشعر.

الأعراض المرضية والتي يمكن ملاحظتها بين عمر الثالثة والسابعة من العمر:

- تحليل الكروموسومات
- تقنية التهجين الفلوري للكروموسوم FISH
- إختبار DNA وأختبار المورث الخاص UBE3A
- الأشعة المقطعية CT brain والرنين المغناطيسي للدماغ MRI طبيعى
- التحاليل الكيماوية للدم طبيعية

الأعراض المرضية:

- وزن الطفل وملامحه طبيعية عند الولادة
- تأخر في اكتساب المهارات الفكرية والحركية، مع عدم فقد أي مهارة
- اكتسبة، صعوبة في الرضاعة مع كثرة التقيؤ.
- تظهر الملامح الجسدية والسلوكيات المرضية ما بين الثالثة والسادسة من العمر
- التخلف الفكري المتوسط إلى الشديد
- تأخر اللغة والتخاطب مع ضعف التواصل
- نوبات إفراط في الضحك - لذلك سمي الدمية الضاحكة
- نوبات الصرع
- طريقة خاصة في المشي

الصفات الجسمية:

- ملامحه طبيعية عند الولادة
- صغر حجم الرأس بعد عمر السنتين
- العينان حادثان
- فم واسع مبتسم
- سيلان اللعاب، خروج اللسان
- الجزء الأوسط من الوجه ناقص النمو
- نقوء الأسنان، و الحول
- في مرحلة الشباب يستطيل الوجه وتصبح الصفات أكثر وضوحاً
- حساسية من ارتفاع حرارة الجو، نوبات إفراط في الضحك،
- نوبات متكررة ومفرطة، سرعة الاستثارة، تصفيق باليدين، فرط الحركة،
- نوبات الصرع، تظهر النوبات الصرعية في الطفولة المبكرة - السنة
- الثالثة - وعادة ما تختفي مع البلوغ
- يمكن حدوث نوع أو أكثر من أنواع الصرع: الصرع العام، الصرع
- الجزئي، الشرود المفاجيء
- تؤثر على ٨٠٪ من الحالات
- تظهر على شكل نوبات من الارتعاش
- دعادة يتم السيطرة عليها بأدوية الصرع
- رسم المخ EEG غير طبيعي

- الصرع ينتج نتيجة نقص مادة GABA، والمورث الخاص بها موجود على الكروموسوم رقم ١٥، هذه المادة كابحة لنشاط المخ

المشي والحركة والأتزان:

حركات غير طبيعية للجذع والأطراف يمكن ملاحظتها منذ السنة الأولى من

العمر

- الحركات الإرادية غير متزنة

- عدم الإتزان في المشي

- المشي على أطراف الأصابع

في بعض الأطفال، زيادة الحركات غير الارادية قد تمنعهم من الحبو

والحركة والمشي

وعلي عكس التوحد، فإن الأفراد المصابون بمتلازمة أنجلمان غالباً ما يصفون بأنهم اجتماعيون جداً ، ومؤثرون وينخرطون في الضحك المتكرر، ولدي غالبيتهم شذوذ في تخطيط الدماغ EEG والصرع ، ويظهر العديد منهم حركات جسم ومشى مترنح ، أما بالنسبة للامح الوجه الشائعة لدي هؤلاء الأطفال فهي الفم المبتسم العريض وشفة علوية رقيقة وعيون غائرة. ولدي أكثر من النصف مستويات منخفضة من المادة الصبغية pigmentation في العين والشعر والجلد.

ثانياً:- خصائص الطفل التوحدي:

إن أحد أبرز خصائص وأعراض التوحد هو السلوك الاجتماعي. وقد شرحت الكثير من التقارير التي كتبها الوالدان والبحوث هذه المشكلة ورأي الكثيرون أن ذلك هو مفتاح تحديد خاصية التوحد. ويمكن تصنيف المشكلات الاجتماعية إلى ثلاث فئات: - المنعزل اجتماعياً، والغير مبالي اجتماعياً، والأخرق اجتماعياً.

المنعزل اجتماعياً:

يتجنب هؤلاء الأفراد فعلياً كل أنواع التفاعل الاجتماعي. والاستجابة الأكثر شيوعاً هي الغضب و/ أو الهروب بعيداً عندما يحاول أحد الناس التعامل معهم. وبعضهم مثل الأطفال يحنون ظهورهم ممن يقدم لهم المساعدة لتجنب الاحتكاك ولسنين عديدة ظل الاعتقاد السائد بأن هذا النوع من رد الفعل لبيئتهم الاجتماعية يشير إلى أن الأفراد التوحديين لا يحبون أو أنهم أناس مذعورون. وتنص نظرية أخرى تعتمد على المقابلات الشخصية مع البالغين التوحديين أن المشكلة قد تكون بسبب فرط الحساسية لمؤثرات حسية معينة. فمثلاً يقول البعض أن صوت الأبوين يؤلم أذنيه، وبعضهم يصف رائحة عطر والديه أو الكولونيا التي يستعملانها بأنها كريهة والآخرين يقولون بأنهم يتألمون عندما يلامسهم أحد أو يمسكهم.

الغير مبالي اجتماعياً

إن الأفراد الذين يوصفون بأنهم وسط اجتماعي لا يسعون للتفاعل الاجتماعي مع الآخرين (مالم يريدوا شيئاً) ولا يتجنبون المواقف الاجتماعية بفعالية. فلا يبدو أنهم يكرهون الاختلاط مع الناس ولكن في نفس الوقت لا يجدون بأساً في الخلو مع أنفسهم ويعتقد بأن هذا النوع من السلوك

الاجتماعي شائع لدى أغلبية الأفراد التوحديين. وتقول إحدى النظريات بأن الأفراد التوحديين لا يجدون سعادة " كيميائية حيوية " في الاختلاط مع الناس. وقد أوضح البحث الذي أجراه البروفيسور جاك بانكسيب في جامعة بولنغ غرين بولاية أوهايو أن مادة بيتا - إندورفين " beta endorphins " وهي مادة في باطن الدماغ تشبه الأفيون تنتشر في الحيوان أثناء السلوك الاجتماعي إضافة لذلك، هناك دليل على أن مستويات مادة بيتا - إندورفين عالية لدى الأفراد التوحديين لذلك فهم لا يحتاجون للجوء إلى التفاعل والاختلاط الاجتماعي من أجل المتعة. وأوضح بحث أجري على دواء نالتريكسون (naltrexone) الذي يوقف عمل مادة بيتا - إندورفين بأنه يزيد من السلوك الاجتماعي.

الأخرق اجتماعياً

هؤلاء الأفراد قد يحاولون بشدة الحصول على الأصدقاء ولكنهم لا يستطيعون الاحتفاظ بهم. وهذه المشكلة شائعة لدى الأفراد الذين لديهم متلازمة اسبيرجر (Asperger Syndrome) وأحد الأسباب في فشلهم في إقامة علاقات اجتماعية طويلة الأمد مع الآخرين قد يكون عدم وجود التبادلية في تعاملاتهم حيث أن أحاديثهم تدور غالباً حول أنفسهم وأنهم أنانيون. إضافة لذلك فهم لا يتعلمون المهارات الاجتماعية والمحظورات الاجتماعية بملاحظة الآخرين وأنهم عادة ما يفتقدون إلى الذوق العام عند اتخاذ القرارات الاجتماعية. إضافة للأنواع الثلاثة أعلاه من القصور الاجتماعي فإن الإدراك الاجتماعي للأفراد التوحديين قد لا يكون فعالاً. وأوضح بحث حديث أن العديد من الأفراد التوحديين لا يدركون أن الناس الآخرين لديهم أفكارهم وخططهم ووجهات نظرهم الخاصة بهم. كما يبدو أنهم يجدون صعوبة في فهم معتقدات وأمزجة ومشاعر الآخرين.

ونتيجة لذلك فقد لا يستطيعون أن يتصوروا ما سيقوله أو يفعله الآخرون في مختلف المواقف الاجتماعية. وقد فسر ذلك " بفقدان الحصانة "

ويظهر الأطفال التوحدين ضعفا في التفاعل مع من حولهم والتواصل الاجتماعي والتخيل في الجوانب التالية:

- **التفاعل الاجتماعي** صعوبة في العلاقات الاجتماعية كعدم اهتمامه بمن حوله

- **التواصل مع الآخرين** صعوبة التواصل اللفظي وغير اللفظي ، كعدم فهم التلميحات وتعابير الوجه أو نغمة الصوت.

- **التخيل** صعوبة في تطوير التخيل أثناء اللعب ومحدودية النشاطات التخيلية.

- **مقاومة في تغيير الروتين** الذي اعتاد عليه (غالباً) .

ومن خلال هذه الخصائص التي تمت الإشارة إليها يمكن ملاحظة تعدد جوانب الضعف لدى جزء كبير من الأطفال ذوي التوحد من الناحية الاجتماعية، والقدرة علي التواصل والمشكلات السلوكية ، والقدرات العقلية.

وذلك يعني أنه لا بد من الوقوف علي هذه الخصائص وتحديد بها بالنسبة لكل تلميذ، حتى يتسنى لنا التعامل معها.

وقد نقل عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١) عن جليفورد Guilford. 1973 أن كريك وزملاءه Creak et al., 1961 قد حدد خصائص التوحد في:

١- قصور شديد في العلاقات الاجتماعية: وهو انسحاب أو عزلة ناتجة عن عدم إدراك وجود الآخرين أو الوعي بهم ، والتعامل معهم كأشياء أو أجزاء وليس كبشر.

٢- فقدان الإحساس بالهوية: ويظهر في الأوضاع الغريبة في الجلوس أو الوقوف واستخدام الجسد بطريقة غير مألوفة.

٣- الأنشغال المرضي بموضوعات معينة: وتتمثل في التركيز علي أمور قليلة القيمة لفترات طويلة مثل رباط الحذاء أو قطعة حجر صغيرة وتكرار ذلك دون ملل.

٤- مقاومة التغيير في البيئة: ويظهر في الإصرار علي الاحتفاظ بأوضاع كل شيء كما هو والإبقاء علي نفس الترتيب ، والغضب والثورة الشديدة إذا تغير وضعها ، وإعادة الأشياء إلي نفس وضعها السابق مرة أخرى.

٥- خبرات إدراكية غير سوية: مثل رفض النظر إلي الناس أو الأشياء وتجاهل الأصوات وعدم الإحساس بالخطر أو الألم أو الحرارة أو البرودة ، أو الخوف من أشياء ليس فيها ما يخيف.

٦- نوبات قلق حاد ومفرط وغير منطقي: ويحدث عند تغيير الروتين اليومي المألوف أو حتى بدون سبب معروف.

٧- التأثير في الكلام واللغة: ويظهر في عدم التحدث أو التحدث بلغة غريبة غير مفهومة ، وتكرار الكلام بدون فهم كصدي الصوت.

٨- الحركات غير العادية: وتظهر في شكل حركات للأيدي والأصابع بطريقة عشوائية بدون مبرر مثل الاهتزاز والتأرجح والدوران والتصفيق بشكل غير مألوف.

٩- انخفاض مستوي الأداء العقلي: كما يظهر في بعض الأعمال بينما يتميز في البعض الآخر مثل قوة الذاكرة والقدرات الفنية.

و يتميز الأطفال التوحديين بشذوذات سلوكية في ٣ نواحي أساسية من النمو والسلوك وهي:

١- خلل في التفاعل الاجتماعي.

٢- خلل في التواصل والنشاط التخيلي.

٣- القلة الملحوظة للأنشطة والاهتمامات.

أول من أهتم ووصف الاضطراب هو هنري مودر لي ١٨٦٧

أول من أهتم وشخص الاضطراب هو ليو كانر ١٩٤٣

أول من وضع أسس للتدخل مع الاضطراب هو ونج ١٩٧٦

الصورة الإكلينيكية:

- فشل في تنمية علاقات مع الآخرين.. نقص الاستجابة والاهتمام بهم
 - عدم دفء العناق.. نقص التواصل بالعينين والوجه.
 - ارتباط ميكانيكي.. ارتباط غريب.
 - فشل في اللعب الجماعي واللعب الخيالي والصدقة.
 - قد تغيب اللغة كلية وقد تنمو ولكن دون نضج.
 - ترديد الكلمات (رجع الكلام).
 - الاستعمال الخاطئ للضمائر.
 - نطق خاص بالطفل " لغة مجازية " .
 - الكلام علي وتيرة واحدة ٠٠ تغيرات الوجه والإيماءات غائبة.
 - قلة ملحوظة للاهتمامات والأنشطة.
 - مقاومة للتغيرات الطفيفة في البيئة.
- وهناك بعض الخصائص الأخرى للطفل التوحدي:

- علاقة غير طبيعية بالأشياء والأحداث:

الأطفال التوحيديون عادة لا يستطيعون أن يرتبطوا بشكل طبيعي بالأشياء والأحداث ، فلنذكر مثلا الطريقة التي كان يصف بها سامح الأشياء أو يدير بها العجلات والأشياء، فربما يتفاعل الطفل مع الأشياء والأحداث بتلك الطريقة غير الوظيفية.

فكثير جداً من الأطفال التوحديين لديهم ما يسمى بالحاجة إلي المثلية، وربما ينزعجون إذا تغيرت الأشياء الموجودة في بيئتهم ، فعلي سبيل المثال إذا طلب من الطفل أن يغسل أسنانه قبل الحمام بدلا من غسلها بعد الحمام فربما يقاوم ذلك التعبير مقاومة عنيفة ، وذلك الجمود ربما يفرض علي الأسرة حياة جامدة حيث أنها تحاول أن تتبع قوانين الطفل.

ويمكن فهم تلك الحاجة للمثلية علي أنها حاجة للنظام والقدرة علي التنبؤ فالطفل غالباً ما يكون أقل توتراً وانزعاجاً وأكثر قدرة علي تنظيم نفسه إذا عرف بالتحديد ما يتوقع ، ويرى بعض المتخصصين أن جميع القواعد التي يحاول الطفل التوحدي أن يفرضها علي العالم ليست إلا محاولة للسيطرة علي هذا العالم وضبطه والتنبؤ به ، ورغم أن العالم ربما يصبح أقل إثارة للخوف والرعب إذا سادته القوانين الصارمة والنظم الحازمة ، فإن القدرة علي المرونة والاستجابة للحياة التي لا يمكن التنبؤ بها تعتبر أمراً هاماً ومعلماً بارزاً من معالم النمو والتطور.

وربما تكون الطريقة التي يلعب بها الأطفال التوحديون غريبة جداً. وفي بعض الأحيان لا يلعب الأطفال التوحديون علي الإطلاق ، وعندما يستخدمون الألعاب أو الدمى أو مواد اللعب فإنهم ربما يستخدمونها بطريقة غريبة جدا. فربما يرمي الطفل المكعبات علي سطح صلب بطريقة عنيفة. وربما يرتب المكعبات علي نمط واحد يركز علي الحجم أو اللون أو الشكل. وربما يرتب الطفل الأشياء بشكل معين ويتركها ويذهب إلي مكان آخر، ولكنه يصبر إصراراً عجيباً علي عدم نقضها أو تغيير ترتيبها ، وربما يظهر بعض الأطفال بدايات اللعب الخيالي ، ولكن أفعالهم تبقى غير ناضجة بالمرّة ، وتظل مركزة علي لعبة واحدة.

وتلك الاستجابات الغريبة وغير الطبيعية للناس والأشياء والأحداث يمكن أن تتغير، وبمرور الزمن، وبالعلاج المناسب يمكن أن يتعلم الأطفال التوحديون

أن يستمتعوا باستخدام الأشياء المختلفة علي نحو مناسب ويمكن أن يتعلموا التسامح مع بعض التغيير في عالمهم.

– الاستجابات غير الطبيعية للاستثارة الحسية:

المثيرات الحسية هي تلك الأشياء الموجودة في البيئة التي تلمسها ونشمها ونراها ونسمعها ونحس بها ، وبينما نستجيب لكثير من الأشياء التي تحدث من حولنا ، فإن المخ يرشح كثيراً من المعلومات غير المهمة وغير الضرورية ، ويسمح لتركيزنا بأن ينصب علي أهم المعلومات في البيئة في تلك اللحظة ، ولكن الأطفال التوحديين يعانون من صعوبة في ترشيح أو تصفية تلك المثيرات. فربما يستجيبون بشدة لأحد المثيرات الحسية غير المهمة ، وربما لا يستجيبون علي الإطلاق أيا ما كان الأمر ، وبعض الأطفال يتفاعلون مع الأصوات التي يحدثونها بأنفسهم أو التي ألفوها في بيئاتهم ، مثل أصوات سيارة البوليس أو الإسعاف ، وباستثناء التفاعلات القوية العنيفة مع تلك الأصوات فإنهم لا يبدون أي رد فعل علي ما سواها من أصوات أيا كانت ، وربما يبدو بعضهم كما لو كان أصم في بعض الأحيان ، وسبب تأثير الأصوات علي الأطفال التوحديين بهذه الطريقة غير معروف حتى الآن ، ولكن يبدو أن جزء من ميل عام لدي الأطفال التوحديين لأن يبالغوا في الانتباه لبعض المثيرات ، وأن لا يستجيبوا لمثيرات أخرى.

وبعيدا عن مشكلات الحواس ربما يكون الطفل التوحدي مولعا بالأضواء أو الأنوار أو الأشكال ، وربما يكون الطفل مشغولا بحك أو خدش أجزاء معينة من جسمه ، وربما يتجنب الطفل التوحدي أنواعاً معينة من الطعام بناء علي لونها فعلي سبيل المثال كانت طفلة توحدية تصر إصراراً شديداً علي أن تكون جميع الأطعمة لونها بيج وألا فإنها لا تتناولها.

وربما يستجيب الطفل للحركة أو التوتر أو الضغوط بطريقة غير طبيعية فبعض الأطفال التوحديين يحبون أن يُقذفوا في الهواء ، أو أن يدوروا حول

أنفسهم دون أن يشعروا بالدوار ، بينما يشعر آخرون بخوف شديد من حركة المصعد ، وربما يغطي بعضهم نفسه بالوسائد ، ويحشر آخرون أنفسهم في أماكن ضيقة ، ويسعى آخرون للحصول علي أحضان شديدة للحصول علي التغذية الراجعة التي يسعون عليها. ويشعر بعضهم بالتوتر عندما يجذبهم الآخرون من ملابسهم، ويرفض بعضهم لبس السراويل القصيرة ، ويتوق بعضهم إلي الاستمتاع بلفحة الهواء في وجوههم.

وبصفة عامة فإن الأطفال التوحيديين ، لا سيما الأطفال الصغار منهم يبدوون كما لو كانوا يستخدمون حاستي الذوق والشم أكثر من حاستي السمع والإبصار في التعلم الاستكشافي ويتنوع رد فعلهم علي البرد والألم من اللامبالاة إلي الإحساس الزائد ، إلي ردود أفعال لا يمكن التنبؤ بها بين الاثنين.

– تأخر في النمو:

ومن أعراض التوحدية هو الطريقة المختلفة التي ينمو بها الطفل التوحيدي. فالأطفال العاديون ينمون بمعدلات مقاربة نسبياً عبر مساحات النمو المتعددة ، وربما تسبق مهارات أحد الأطفال أقرانه أو تتأخر عنهم قليلاً ، ولكنها تبقى في حدود المدي الطبيعي ، فعلي سبيل المثال يمكن أن يتعلم طفل ما المشي قبل معظم الأطفال ولكنه يتأخر عنهم قليلاً في تعلم الكلام ، أما بالنسبة للأطفال التوحيديين فإن عملية النمو ليست منتظمة علي الإطلاق. فمعدل نموهم مختلف تماماً لا سيما في مهارات الاتصال والمهارات الاجتماعية والمهارات المعرفية. وعلي النقيض فإن النمو الحركي – القدرة علي المشي ، والقفز ، وصعود السلم ، وإمساك الأشياء الصغيرة بأصابع اليد – ربما يكون طبيعياً أو يتأخر قليلاً عن المعدلات الطبيعية.

كما أن تتابع النمو في أي منظمة من تلك المناطق يمكن أن يكون غير طبيعي ، فعلي سبيل المثال يمكن إن يقرأ الطفل بعض الكلمات أو العبارات المعقدة ، ولكنه لا يستطيع أن يفهم أصوات بعض الحروف.

وفي بعض الأحيان تظهر بعض المهارات لدى بعض الأطفال التوحيديين في وقت متوقع ثم تختفي - فقد يطور الطفل الصغير لغته ثم يتوقف عن الكلام في سن الثانية تقريباً. ورغم أن قدرات الطفل في مناطق ومجالات مثل حل الألغاز أو العد يمكن أن تكون طبيعية ، فإن مهاراته اللغوية ربما تبقى دون مستواه العمري بكثير

- خصائص الخلل في التفاعل الاجتماعي:

فالأطفال التوحيديون لا يتفاعلون مع الآخرين بنفس الطريقة التي يتفاعل بها الأطفال الآخرون أو لا يتفاعلون علي الإطلاق ، ويبدو أنهم يفضلون أن يبقوا بمفردهم طوال الوقت كما في حالة سامح. ويبدو أنهم يفضلون أن يعيشوا في عزلة تامة. وهو يعانون من صعوبات كبيرة في فهم العواطف والتعبير عنها ، ويظهرون عدداً قليلاً وغير معتاد من إشارات وعلامات الاتصال والترابط العاطفي الذي يحدث بين من يهتمون ببعضهم بعضاً ، وعندما يلاحظ الاتصال فإنه ربما يكون غريباً وشاذاً ومن جانب واحد وهذا السلوك يختلف تمام الاختلاف عن السلوك الاجتماعي لدى معظم الأطفال.

ويبدو الطفل التوحيدي وكأنه غير مهتم بالآخرين وغير مبال بهم وربما يتجنب التواصل البصري ويبدو يتصفح المحيطين به. وربما يبدو غير متجاوب للغاية ، وربما يظهر قليلاً من الرغبة إذا أبدى الرغبة أصلاً في المبادأة بالتواصل أو في أن يُحمل فإنه ربما يتصلب أو يقوس ظهره وكأن حمله يعتبر شيئاً ضاعطاً بالنسبة له. وربما تكون مثيرات الآخرين الاجتماعية - مثل الابتسامات والتلويح باليد - عديمة المعني بالنسبة له ، وربما لا يبتسم هذا الطفل إلا في وقت متأخر جداً. وبالإضافة إلي ذلك فإن هذا الطفل ربما لا يلعب مع الآخرين ، وربما يستخدم الآخرين علي نحو ميكانيكي كوسيلة توصله لهدفه ، فعلي سبيل المثال يمكن أن يصطحب هذا الطفل أباه من يده لينجز له شيئاً

يريده ، كأن يأخذه من يده إلى الثلاجة ليحضر له قدحاً من العصير دون أن يبدي أي ابتسامة أو ينطق بكلمة واحدة. فالأب في هذه الحالة يعامل كأي آلة. ومعظم الأطفال التوحديين لديهم مهارات اجتماعية محدودة للغاية ، ويبدون كما لو كانوا يعيشون في عالم خاص بهم بمعزل عن المحيطين بهم. وربما ترتبط معظم التفاعلات الموجودة بقواعد خاصة مهمة بالنسبة للطفل فقط. وهذا العجز عن الارتباط بالعالم هو أقرب طريقة وأقوي مدخل إلى التوحدية.

- اضطرابات الكلام واللغة والتواصل:

العرض الرئيسي الثاني من أعراض التوحدية هو مشكلات الكلام واللغة والتواصل حيث وجد أ ، أربعين بالمائة تقريباً (٤٠٪) من الأطفال التوحديين لا يتكلمون علي الإطلاق ، ويردد آخرون ما قيل لهم كالببغاوات. وأحياناً يكون هذا التردد فورياً كأن يقول الطفل: " هل تريد بعض الحلوى؟" بعد أن يكون قد سأله أبوه: " هل تريد بعض الحلوى؟". وأحياناً يتأخر هذا التردد ، وربما يتضمن هذا التردد بعض الإعلانات التلفزيونية ، أو ترديد كلمة مفردة سمعها الطفل منذ دقائق أو ساعات أو أيام أو أسابيع أو حتى شهور ، وربما يكون حظ الطفل قليلاً أو لاحظ له من إدراك المفاهيم المجردة مثل الخطر ، أو الإشارات الرمزية مثل التلويع باليد للوداع. وربما لا يفهم الطفل الاستخدام الصحيح للضمائر لا سيما ضمير المخاطب والمتكلم وربما يعكسها. وربما لا يستخدم الطفل اللغة من أجل الاتصال ، وربما يكون حديثه مملوءاً بالتكرارات والكلمات والعبارات غير المنطقية.

وربما يقترب الطفل جداً من الفرد الذي يكله ، وربما لا يدرك أن مناقشة الموضوع المفضل لديه والحديث عنه قد امتد لفترة طويلة جداً أطول مما ينبغي بكثير ، وربما يحيي الطفل كل شخص جديد بسؤاله عن تاريخ ميلاده ، ورغم أن لغته ربما تكون معقدة ، فإن الاتصال ليس وظيفياً.

وربما يبدو صوت الطفل رقمياً وعلي وتيرة واحدة. وربما يبدو أن الطفل ليس لديه سيطرة علي نبرة صوته ودرجته. فربما يرد علي سؤال ما بصوت عال واد ، ولكنه ربما يردد أنشودة بتنغيم متقن ، وربما يستخدم آخره بيان خصائص التوحد وصفاته والحاجات التعليمية المرتبطة بالطفل ،

ومن أهم الصفات والحاجات التي خلص إليها الباحثون في مجال إعاقة التوحد وهي:

أولاً: التأخر في المهارات الحركية:

ويمكن لهؤلاء الأطفال المصابين بالتوحد ، في ظروف مناسبة أن يستطيعون تعلم المهارات الحركية ولذلك فهناك حاجة إلي تنمية التحكم في المهارات الحركية والعضلات وهي أول الصفات الجديرة بالاهتمام في أي برنامج تعليمي.

ثانياً: ظهور أنماط من السلوك الغريبة المرتبطة بهذه الإعاقة

التي تخرج عائلة الطفل التوحدي كخلع الملابس في الأماكن العامة أو الأكل بطريقة غير ملائمة أو أنماط من السلوك فيه شيء من العنف وكذلك الضرب بدون مبرر وضمن هذا الإطار تبرز الحاجة الملحة إلي تدريب الطفل علي السلوك المناسب في المواقف المتعددة إضافة إلي تدريبه علي تناول الطعام بطريقة مناسبة.

كما أن الحرج الذي تقع فيه العائلة يؤكد الحاجة إلي تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيها والمنتشرة لدي هؤلاء الأطفال كالضرب وكثرة القفز والبصق.

ثالثاً: ضعف التواصل

وما يتبع ذلك من مشاكل في اللغة والتخاطب والتفاهم فبعض هؤلاء الأطفال لا تنمو لديهم لغة مفهومة تساعدهم علي التواصل مع الآخرين ولذلك فهناك

حاجة إلى تدريبهم علي استخدام وسيلة مناسبة سواء كانت لفظية أو غير لفظية بما في ذلك التدريب علي كتابة بعض الكلمات البسيطة لتأثيرها علي التواصل الاجتماعي.

رابعاً: كثرة الاعتماد علي الغير

وخاصة في الحاجات الأساسية كقضاء الحاجة بالذهاب إلي المرحاض وغيرها من الأمور ولذلك فهناك حاجة شديدة وخاصة من قبل الوالدين إلي تدريب الطفل علي الاعتماد علي نفسه بصورة كبيرة وبالأخص التدريب علي قضاء الحاجة بالنسبة للصغار منهم.

خامساً: التزام هؤلاء الأطفال بمدي ضيق من التصرفات والنشاطات

مع كراهيتهم لأي تغير في جداولهم اليومية. كما يكون نمط لعبهم محددا ومقيدا ومكررا في نفس الوقت وهذا الالتزام قد يجعل العملية التعليمية شاقة نظرا لأن العملية التعليمية قد تتطلب كثرة التغيرات في البرامج الدراسية.

سادساً: فإن الطفل التوحدي يعاني من عجز في المهارات الاجتماعية

مما يؤكد الحاجة إلي أهمية توفير نشاطات اجتماعية يشارك فيها الآخرين. كما أن صعوبة هذه الإعاقة أحيانا تجعل من الصعب توفير وسائل لترفيه الطفل من خلال استخدام المرافق العامة ولذلك تكون هناك حاجة إلي توفير نشاطات ترفيهية ممتعة ومناسبة للطفل مما يساعد علي كسر العزلة التي يفرضها علي نفسه ويمكنه من الاستفادة من دوام الاحتكاك بالبيئة المحيطة به وحيث أن مثل هذه الإعاقة تعتبر من الإعاقات الدائمة فهناك حاجة إلي تطوير مهارات الطفل المهنية لتخدمه في عمل مناسب في المجتمع ولتوف له حيزا من الاستقلالية في حياته اليومية وتظهر الدراسات إمكانية عمل البالغ التوحدي في أعمال ذات قيمة وفائدة للمجتمع إذا تم تدريبه وتأهيله.

ثالثاً: أعراض التوحد:

إن التوحد متعدد الصور وتختلف من فرد لآخر وأعراضه متباينة في شدتها حيث تبدأ في الظهور بعد الميلاد وتظهر بشكل تدريجياً من ١ - ٣٠ شهر، فالتوحدية اضطراب أو إعاقة يولد المرء بها وتستمر معه مدي الحياة وبصفة عامة يحصل الآباء علي تشخيصها قبل أن يبلغ طفلهم الشهر السادس والثلاثين ، ويمكن إجراء تشخيصات بعد ذلك أيضاً . ولعدة أسباب قد لا يتم تشخيص بعض الأطفال علي نحو صحيح إلا بعد عدة سنوات والحق أن آباء الأطفال الذين يشخصون علي أنهم مختلفون عقلياً أو لديهم لازمة داون لا يعلمون أن طفلهم يعاني من التوحدية لمجرد أن جميع أعراض التوحدية الستة لم تلاحظ عليه حتى سن ٣٦ شهراً .

وبغض النظر عن سن الأطفال عند التشخيص ، فإن الأطفال التوحديين دائماً يظهرون الأعراض الخمسة الأخرى إلي حد ما عبر مراحل حياتهم ، وفي بعض الأطفال تصبح الأعراض أقل في حداثتها في سن الخامسة أو السادسة . ويمكن أن يحدث هذا التغيير في وقت مبكر ، رغم أن الدليل ليس شافيا ولا كافيا بخصوص أي الأطفال يستفيدون أكثر من غيرهم من تلك البرامج .

و تتنوع أعراض التوحد التي يظهرها الأطفال التوحديين وليس بالضرورة توفر جميع أعراض التوحد في الطفل ، وتدرج الأعراض في شدتها من الدرجة الخفيفة إلي الشديدة ، ونظراً لكثرة هذه الأعراض فقد تم تقسيمها إلي ست مجموعات أساسية وهي كالتالي:

أولاً: العزلة الاجتماعية والقصور في مهارات التفاعل الاجتماعي:

يتميز الأطفال التوحديين بالعزلة وفقدان القدرة علي الاستجابة للآخرين بصورة عامة وشديدة حيث يبدو أن الأطفال التوحديين يعيشون مع أنفسهم

دون أن يعيروا أن انتباه لوجود الآخرين أو عدم وجودهم. وفي حالة وجود الناس بالقرب منهم فقد يعاملهم الأطفال باعتبارهم أشياء وليسوا بشراً. فقد يمسك الطفل بيد شخص لتحريك مفتاح الإضاءة دون أن يتفاعل معه مطلقاً.

كما لا يستجيب هؤلاء الأطفال للأفراد المسؤولين عن رعايتهم فلا يميلون إلى معانقة الأم أو الابتسام أو الابتهاج لحضور أمهاتهم ولا يحبون أن يمسكهم أحد أو يلمسهم كما أنهم يترفون وكأنه ليس هناك أحد من حولهم فلا يرد علي من يناديه ولا يسمع لك وأنت تحدثه (سميرة السعد ، ١٩٩٢) ولا يستطيع الأطفال التوحيدين القيام ببعض المهارات الاجتماعية البسيطة لضعف قدرة هؤلاء الأطفال علي التقليد.

ثانياً: القصور في مهارات التواصل:

أ- التواصل اللفظي Verbal Communication

أي أن بعض الأطفال التوحيدين لا يتكلمون أبدا طوال عمرهم والبعض الآخر وتقريباً أكثر من ٥٠٪ يتعلمون كيف يقولون بعض الكلمات وعادة ما يبدأون الكلام في وقت متأخر عن الأطفال العاديين. (سميرة السعد ١٩٩٢) كما أنهم يقومون بعكس الضمائر فمثلاً عند التعبير عن الضمير أنا قد يقول أنت. كما تنتشر بينهم المصاداة " echolalia " حيث يكررون الكلام كما يقال فمثلاً عن سؤاله كيف حالك يرد يقول كيف حالك ويستخدم هؤلاء الأطفال خصائص النغمة والطبقة والشدة بصورة غير عادية ، كما يكون لديهم لازمات صوتية يكررونها من وقت إلى آخر مثل الإصرار علي صوت أو كلمة أو جملة معينة.

ب- التواصل غير اللفظي Non Verbal Communication

يعد التواصل غير اللفظي من قنوات التواصل التي تتضمن استخدام ملامح الوجه والأوضاع الجسمية والإيماءات. وتؤثر هذه الإشارات في تفسير

التواصل والتفاعل مع الآخرين. (Majrie kostelnik, 1993) وتشتمل قنوات الاتصال غير اللفظي أيضاً علي قراءة الشفاه أو لغة الأصابع أو الكتابة. ويعاني الأطفال التوحديون من صعوبة استخدام هذه اللغة المرئية وفهمها. (سميرة السعد ، ١٩٩٢) .

ثالثاً: النمطية ومحدودية النشاطات والاهتمامات:

فقد يتميز بعض هؤلاء الأطفال بالقدرة علي الوعي الدقيق لأوضاع الأشياء في البيئة ويصرون علي عدم إجراء أي تغييرات لأوضاع هذه الأشياء. مثل ترتيب الأثاث ووضع اللعب وطريقة اعداد المائدة وقد يتعرض الطفل التوحدي للحزن والألم بل وللثورة العارمة إذا ما طرأ أي تغير عليها. (ريزو وزابل 1999 , Rizo& Zabel)

وقد يظهر الأطفال التوحديين التسك بروتين يومي يحافظ عليه بشكل دائم ويثور إذا ما تغير هذا الروتين.

التحديق بمروحه وهي تدور بصورة مستمرة ويلاحظ أن اهتمامات الأطفال التوحديين تتعلق بالأشياء لا الأشخاص ، كما يفتقر هؤلاء الأطفال إلي القدرة علي اللعب التخيلي.

رابعاً: الاضطرابات والمشكلات السلوكية:

يعد السلوك النمطي Stereotypic Behavior من السلوكيات الأساسية التي يظهرها الأطفال التوحديين ومن هذه السلوكيات أرجحه الجسم للأمام والخلف أو أرجحه يميناً أو يساراً بالارتكاز علي إحدي القدمين بالتناوب ، أو الرفرفة بالذراعين والنقر بالأصابع والمشي علي أطراف القدمين والتصفيق.

وتشير جانيت لينهارت (1999) Janet Lainhart إلي أن ٢٠ - ٣٠٪ من الأفراد التوحديين يصابون بنوبات صرع في مرحلة البلوغ.

خامساً: القصور في التكامل الحسي:

يعاني الأطفال التوحدين من قصور في التنظيم الحسي أما أن يكون في صوة حساسية زائدة أو منخفضة أكثر من الطبيعي للمثيرات الحسية وقد يكون هذا القصور أو الخلل عاملاً مسبباً للسلوكيات النمطية الشاذة التي كثيراً ما يندمج فيها أطفال التوحد.

وتشير تمبل جراندين التي تمثل أحد هؤلاء العباقرة الذين أعطاهم التوحد دفعة قوية للوصول غلي أعلي الدرجات العلمية حيث قالت من وحي تجربتها الخاصة عن المشكلات الحسية أن المثيرات الحسية السمعية والبصرية التي يتعرض لها الطفل العادي بشكل طبيعي وروتيني في حياته اليومية قد تسبب ضيقاً وإزعاجاً وتوتراً عصبياً أو إحباطاً وخوفاً عند بعض أطفال التوحد وتختلف درجة حساسية الأطفال لتلك المثيرات من البسيط إلي الشديد فقد نشاهد أحد أطفال التوحد يضع يديه علي أذنيه بشكل متكرر مما يدل علي أن هذا الطفل يعاني من حساسية زائدة لسماع الأصوات بينما طفل آخر يضع يديه أمام عينيه وينظر أمامه من بين تلك الأصابع أو يحرك أصابعه أمام عينيه مما يوحي بأن هذا الطفل يعاني من حساسية بصرية ، وكثيراً ما يفاجئ الطفل الذي يعاني من الحساسية الشديدة من حوله بثورة غضب عارمة نتيجة مثيرات بصرية أو سمعية فوق ما تحتمل طاقته الحسية Sensor Over Load (عثمان فراج ، ٢٠٠١).

سادساً: الأداء الوظيفي والقدرات العقلية:

يحدث التوحد علي متصل يتراوح بين الخفيف إلي الشديد . وكل طفل يمثل حالة فردية كما أن معدل الذكاء يمتد من التخلف العقلي إلي التفوق العقلي والموهبة (Rutter & Schopler , 1987).

وتوضح جانيت لينهارت (Jante Lainhart 1999) إلى أن ٧٥٪ من حالات التوحد يعانون من مستوي وظيفي منخفض بينما اشارت دراسات أخرى إلى أن هذه النسبة ٧٠٪ أو أقل. بينما نجد أن ٢٥٪ من الأطفال التوحديين يتمتعون بمستوي وظيفي مرتفع. وقد أشار كانر إلى أن أفراد عينة دراسته كانوا يتمتعون بقدرات عقلية جيدة وملامح تدل على اليقظة والوعي ومستوي ذكاء مرتفع.

وهكذا فأن التعامل مع الأطفال التوحديين علي أنهم يعانون من التخلف العقلي Mental Retardation هو أمر خاطئاً. ولعلي ما يجعل البعض يصد هذا الحكم علي الأطفال التوحديين هو أعراض التوحد التي تغلف الطفل وتجعله عاجزاً عن التعبير أو المشاركة مع الآخرين. كما أننا يجب أن نضع في الاعتبار عدم قدرة بعض الاطفال التوحديين علي الأداء في اختبارات الذكاء مما يجعلهم يظهرون في مستوي وظيفي أقل من قدراتهم الحقيقية

وهناك بعض الأعراض الأخرى لمرضي التوحد التقليدي:

المعروف أن التوحد له ثلاث أعراض رئيسية ، ضعف العلاقات الاجتماعية و ضعف الناحية اللغوية و الاهتمامات والنشاطات المتكررة. وقد يصاحبه اضطرابات في السلوك مثل نشاط زائد وقلة تركيز أو نوبات غضب شديدة وقد يظهر سلوكا مؤذيا لنفسه وأيضا تبول لاإرادي

١- ضعف التواصل الاجتماعي أي ضعف في العلاقات الاجتماعية مع أمه.. أبيه وأهله والغرباء. بمعنى أن الطفل لا يسلم علي احد.. لا يفرح عندما يري أمه أو أبوه.. لا ينظر إلي الشخص الذي يكلمه.. لا يستمتع بوجود الآخرين ولا يشاركونهم اهتماماتهم.. ولا يحب أن يشاركوه ألعابه.. يحب أن يلعب لوحده.. ولا يحب أن يختلط بالأطفال الآخرين. أيضا لا يستطيع أن يعرف مشاعر الآخرين أو يتعامل معها بصورة

صحيحة (مثل أن يري أمه تبكي أو حزينة فهو لا يتفاعل مع الموقف بصورة طبيعية مثل بقية الأطفال)

٢- ضعف في التواصل اللغوي ضعف في التعبير اللغوي أو تأخر الكلام. أحيانا استعمال كلمات غريبة من تأليف الطفل وتكرارها دائما أو إعادة آخر كلمة من الجملة التي سمعها.. صعوبة في استعمال الضمائر فمثلا لا يقول "انا أريد أن اشرب" بل يستعمل اسمه فيقول "حسن يريد أن يشرب".

٣- نشاطه واهتماماته وألعابه متكررة ومحدودة: فلا يوجد فيها تجديد مثل أن يلعب بالسيارات فقط أو المكعبات أو طريقة لعبه لا تتماشى مع اللعبة التي يلعب بها مثل أن يرص السيارات الصغيرة بطريقة معينة بدل من أن يتخيل أنها تسير في الطريق. أيضا يحب الروتين ولا يحب التغير في ملابسه أو أنواع أكله أو طريقة تنظيم غرفته.. التعلق بالأشياء مثل مخدة معينة أو بطانية ويحملها معه دوما وقد يكون عنده أيضا حركات متكررة لليد و الأصابع. أعراض مرض اسبرقس Aspergers: هو مرض يدخل تحت مسمى طيف التوحد الطفل يكون لديه بعض التصرفات المشابهة للتوحد. من خصائصه أن الطفل طبيعي الذكاء أو ذا معدل عالي من الذكاء ولا يوجد لديه تأخر في النطق لكن لديه ضعف في فهم العلاقات الاجتماعية والتفاعل معها.. هؤلاء الأطفال لا يحبون التغير في كل شيء سواء في الأكل أو الملابس.. وعادة ما تكون لهم طقوس وروتين معين في حياتهم - أيضا يشتغلون ويلعبون في أغلب الأوقات بشئ واحد.. لديهم حساسية بشكل كبير للأصوات - من المهم أن نتذكر أن الطفل مختلف وينظر إلي العلم بطريقة مختلفة - أيضا بعض هؤلاء الأطفال عندهم قدرات فائقة في بعض النواحي مثل (قدرة

غير عادية علي الحفظ) - هم عرضة أحيانا إلي السخرية والتهكم من أقرانهم لكونهم غريبين في تصرفاتهم بعض الأحيان. نقطة هامة تشخيص الطفل بمرض التوحد لا تتم بزيارة واحدة للطبيب بل هو تستغرق وقت للتأكد من الحالة.. فهذا التشخيص لا يطلق بسهولة علي أي طفل إلا بعد الملاحظة المكثفة وعمل اختبارات نفسية وملء استبيانات وتحليلها.. تعاون الأهل والمدرسة في كشف أي سمة أو أعراض من التوحد مبكرا... يخفف كثيرا من معانات الأهل والطفل معا لذا نتمني أن تكون معلمة في رياض الأطفال.. عندها خلفية عن هذا المرض. ففي الخارج أكثر الحالات محولة من قبل المدارس.

وهذه بعض الأعراض العامة خلال مراحل النمو الأولى للطفل التوحدي.

أولاً: في العام الأول والثاني:

- صعوبة أو تعذر في المص (الرضاعة).
- هدوء غير طبيعي أو صراخ متواصل.
- يرفض كافة محاولات التدليل (حملة - ضمة - تقبيلة).
- غياب التقاء العيون.
- عدم المبالاة بأمه أو من يرعاه أو أي مثير.
- مناغاة محدودة أو نادرة كماً وكيفاً.
- لا يتابع بعينه أي مثير بيئي ولا حتى أمه.
- لا يبدي أي مشاعر انفعالية أو يتجاوب معها.
- يتأخر في المشي والكلام لما بعد ٢ - ٣ سنوات.
- قد يبدي اهتمام بأشياء وليس بأشخاص.

ثانياً: خلال مرحلة ما بعد المهد:

- ١- قصور أو توقف النمو اللغوي.
 - ٢- تعذر أو غياب كلي للتواصل اللفظي.
 - ٣- غياب التواصل غير اللفظي تعبيراً أو فهماً.
 - ٤- بالتالي غياب القدرات الاجتماعية.
 - ٥- غياب القدرة على التعلم والنمو المعرفي.
 - ٦- غياب مظاهر الإدراك والاستجابة للمثيرات الحسية.
 - ٧- غياب المشاركة مع الأقران في اللعب والأنشطة.
 - ٨- غياب التقليد واللعب الإيهامي.
 - ٩- اندماج في عدد محدود من الأنشطة النمطية غير الهادفة.
 - ١٠- اهتمامات غريبة بأشياء تافهة وليس بالشر.
 - ١١- مقاومة التغيير في أنماط الحياة اليومية.
 - ١٢- ثورات غضب أو عدوان على النفس أو الغير.
 - ١٣- استجابات للمثيرات الحسية غير طبيعية.
 - ١٤- خلط في استعمال الضمائر.
 - ١٥- ضحك أو بكاء أو صراخ بدون سبب ظاهر.
 - ١٦- ترديد كلمة أو كلمات بعد سماعها Echolalia.
- ومن علامات الإصابة بإعاقة التوحد:
- الكلام في الحديث مكرر وتكلف
 - الصوت يكون غير معبراً أو يعكس أيّاً من الحالات الوجدانية أو العاطفية.
 - تركز الحديث عن النفس.

ويلخص عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١) ما ذكره هيوارد و اورلانسكي (١٩٨٠) عن أعراض التوحدية إلى ست نقاط هي:

١- **العجز الجسدي الظاهري:** حيث لا يدرك الطفل من حوله ولا يستجيب لهم وكأنهم غير موجودين أساسا أو كأن حواسه لا تعمل.

٢- **البرود العاطفي الشديد:** حيث لا يفهم الطفل مشاعر الآخرين نحوه ولا يتجاوب معهم ، فلا يقبل علي والديه ، ولا يتفاعل مع أمه ولا يستجيب لمداعباتها.

٣- **الإثارة الذاتية:** حيث يقوم الطفل ببعض الحركات الخاصة به بصورة نمطية مكررة مثل الدوران والاهتزاز والتلويح ، وتكرار الكلام دون معني.

٤- **إيذاء الذات ونوبات الثورة والغضب:** قد يؤذي الطفل نفسه دون وعي منه ، ويضرب رأسه في الحائط أو علي الأرض أو بأي شيء يقع أمامه.

٥- **الكلام النمطي:** ويظهر في ترديد الطفل لما سمعه حرفيا دون فهم ، وعدم القدرة علي الحوار والحديث مع الآخرين.

٦- **قصور في السلوك:** حيث يظهر سلوكيات لا تتناسب مع سنه ، وإنما ترجع إلي مراحل نمو سابقة عليه بكثير.

وقد عرض كل من سميرة عبد اللطيف (١٩٩٢) ومحمود حمودة (١٩٩٨) الأعراض المصاحبة لإعاقة التوحدية فيما يلي:

١- **استجابة غير طبيعية للأصوات:** ينتقي الطفل التوحدي الأصوات التي يستجيب لها ويهمل الأصوات التي لا تروق له ، وقد يضع أصابعه في أذنيه حتى لا يسمعها.

٢- **مشكلات في فهم الكلام:** ويظهر ذلك في عدم الاستجابة لحديث الأم ورفض التعامل معها وإهمال وجودها تماما.

- ٢- **مشكلات في التحدث:** نادرا ما يبادر الطفل التوحيدي بالحديث أو حتى تبادل الحوار مع الآخرين ويقوم بترديد الكلام كما يسمعه.
 - ٤- **مشكلات في فهم الأشياء المرئية:** لا يستطيع الطفل التوحيدي تركيز نظره في الأشياء المحيطة به.
 - ٥- **مشكلات في فهم الإشارة:** يلجأ الطفل التوحيدي إلي الصراخ الشديد للتعبير عن رغباته ، كما أنه يتحاشي النظر في عيني من يحدثه.
 - ٦- **استخدام الحواس:** يبدو الطفل التوحيدي غير حساس للبرد الشديد والالم والخطر وقد تكون لديه إحساسات مرهفة وقدرات عالية ومتميزة.
 - ٧- **حركات جسمية غير عادية:** يقوم الطفل ببعض الحركات الغريبة مثل تحريك الأيدي أو الأصابع في الهواء ، أو القفز لأعلي ولأسفل ، أو المشي علي أطراف الأصابع والدوران المستمر حول نفسه دون الشعور بالدوخان.
 - ٨- **مشكلات عاطفية واجتماعية:** يصعب علي الطفل التوحيدي مبادلة الآخرين مشاعرهم الدافئة أو حتى إدراك قيمة محاولاتهم التعامل معه وخصوصا والديه ، ولا يشعر بوجودهم ، أو يعاملهم كأشياء جامدة وليسوا بشرا.
 - ٩- **الخوف من أشياء خاصة:** قد يخاف الطفل التوحيدي بشدة من أشياء عادية ، أو لا يشع بالخوف من أشياء تستوجب الخوف الطبيعي.
 - ١٠- **السلوكيات المخجلة اجتماعيا:** قد يتصرف الطفل التوحيدي بطريقة غير مقبولة اجتماعيا نظرا لكونه لا يعي ما يدور حوله ، وقد يكون مزعجا ومخربا أو يكون خاملا وهادئا وينزوي بعيدا عن الآخرين تماما.
- (رشاد موسي ، ٢٠٠٢).

ويذكر رمضان القذا في (١٩٩٤) أن أعراض التوحدية هي:

١- اضطراب الكلام أو عدم الكلام مطلقاً: حيث يبدو الكلام غريباً وغير مفهوم.

٢- الابتعاد عن إقامة علاقات اجتماعية: حيث يرفض الطفل أي تفاعل اجتماعي مع أي فرد آخر حتى واليه ولا يبادلهم مشاعرهم ولا يستجيب لهم انفعالياً.

٣- الميل إلى الحزن والتبلد الانفعالي.

٤- اضطراب النمو العقلي: وقد يصاحب ذلك تفوق في بعض القدرات أو المهارات مثل العزف الموسيقي والفك والتركيب

٥- سلوك نمطي متكرر: يظهر في تحريك الجسم أو الأشياء بصورة نمطية شبه دائمة دون ملل أو إعياء.

٦- كثرة الحركة أو الميل للجُمود وعدم الحركة: فالبعض يكون مفرط الحركة ، والبعض يكون منعزلاً خاملاً مستسلماً في ركن بعيد.

٧- عدم الإحساس الظاهر بالألم: ويظهر في عدم الخوف من الخطر والتهديد ، وعدم التأثير بالحرارة أو البرودة الشديدة.

٨- الغضب السريع: ويظهر فجأة دون سبب واضح ويتمثل في الصراخ والبكاء الشديد.

٩- انتقاء الأصوات: فهناك أصوات يستجيب لها الطفل ، وأصوات أخرى يهملها وكأنها لا تصل إليه.

وتذكر كريستين مايلز (١٩٩٤) أن الطفل المصاب بالتوحدية يمكن التعرف عليه من الملامح والسمات التالية:

١. لا يطور علاقات شخصية ولا يستجيب لمشاعر الوالدين والأشقاء.

٢. لا تظهر لديه هوية خاصة أو ذات شخصية.
٣. مقاومة أي تغيير في البيئة المحيطة به بأية طريقة والحفاظ علي الروتين المعتاد.
٤. التعلق الاستحواذي بالأشياء والحزن الشديد لفقدانها.
٥. نوبات الحزن والغضب والحركات العشوائية الغريبة غير المفهومة.
٦. الإدراك الغريب غير المألوف للأصوات أو الأشخاص أو الأشياء.
٧. ضعف اللغة وقصورها وعدم القدرة علي تبادل الحديث مع الآخرين.
٨. الحركات الغريبة في الجلوس والوقوف واللعب.
٩. ضعف المهارات التخيلية.
١٠. التفوق في بعض المهارات مثل القدرة الحسابية والموسيقية والرسم.

ويري عثمان فراج (١٩٩٥) أنه ليس من الضروري أن تظهر جميع الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعاني من إعاقة التوحدية ، بل قد يظهر بعضها في حالة معينة ويظهر البعض الآخر في حالة أخرى ، وقد يتباين ظهور الأعراض من حيث الشدة أو الاستمرارية أو السن الذي يبدأ فيه المرض في الظهور ، فبعضها قد يظهر في الشهور الستة الأولى من الميلاد ، ولكن أغلبها يظهر فيما بين العامين الثاني والثالث أو خلال الشهور الثلاثين الأولى من عمر الطفل ، ويحدد أعراض تشخيص إعاقة التوحدية في ثماني نقاط هي:

١. القصور الحسي: يبدو الطفل كأن حواسه عاجزة عن العمل.
٢. العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي: لا يكثرث الطفل محاولات والديه إبداء الحب أو العطف عليه.
٣. الاندماج في سلوك نمطي متكرر: كثيرا ما يكرر الطفل حركات معينة لفترات طويلة مثل هززة رجلية أو جسمه أو رأسه أو الطرق بيد علي الأخرى.

٤. نوبات الغضب وإيذاء الذات: فالطفل لا يشع بما يجري حوله ويصدر منه سلوك عدواني موجه نحو الذات والآخرين.

٥. القصور اللغوي والعجز عن التواصل: يبدو الطفل التوحدي كأنه أصم وأبكم رغم أنه يسمع ويتكلم.

٦. التفكير الاجتراري المنكب علي الذات: ينشغل الطفل بكل ما يشبع رغباته وحاجاته الخاصة ولا يعي وجود الآخرين.

٧. قصور في السلوك التوافقي: لا يستطيع الطفل القيام بالسلوكيات التي تناسب سنه وتتطلبها حياته.

٨. الأفعال القسرية والطقوس النمطية: يثور الطفل ويغضب عند إحداث أي تغيير في روتينه اليومي.

ويذكر رويرز (Roeyers, 1995) أن تشخيص إعاقة التوحدية يتضمن الأعراض والمظاهر التالية:

أنه يظهر قبل سن ثلاثين شهرا من عمر الطفل، افتقاد الاستجابة للآخرين، صعوبات في النمو اللغوي، مقاومة التغيير، الإصرار علي الروتين، الهلوسة أثناء النوم، قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي، ضعف في القدرة العقلية، صعوبات في فهم الانفعالات، ترديد الكلمات.

بينما يحدد فولكمار (volkmar, 1996) المظاهر الأساسية التوحدية

فيما يلي:

١- حدوث قصور كفي في التفاعل الاجتماعي.

٢- حدوث خلل شديد في عملية التواصل.

٣- حدوث أنماط سلوكية نمطية ومفيدة وتكرارية.

ويحدد المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية , Detroit Medical Center,

1998 عددا من السمات التي تميز الأطفال التوحدين في عدة مجالات هي:

١- **العلاقات الاجتماعية:** يفشل الطفل التوحدي في التفاعل مع القائمين

برعايته ، ويقضي الوقت بمفرده ، وليس له صداقات مع أترابه، ولا يستجيب للإشارات الاجتماعية كالاتسام أو التواصل بالعين.

٢- **السلوكيات:** يحدث سلوك نمطي متكرر لدي الطفل مع بداية العام

الثاني مع عمره كأن يتحسن الحوائط ، وقد يكون الطفل مفرطاً في النشاط والحركة أو في الهدوء والخمول ، وقد يبدي سلوكيات عدوانية أو عنيفة مثل ضرب الرأس في الحائط أو إيذاء النفس ، وتنتابه نوبات غضب وبكاء بلا سبب ولا يقبل أي تغيير في البيئة المحيطة به.

٣- **التواصل:** لغة الطفل تنمو ببطء شديد غير ملحوظ وقد لا تنمو مطلقاً ،

ويقوم باستخدام كلمات بدون معني ، وتكرار الكلمات التي يسمعها كما هي تماماً ، ولا يستخدم اللغة في الحديث أو الحوار مع الآخرين.

٤- **العملية الحسية والإدراكية:** يبدو الطفل التوحدي كأنه أصم مع أن

قدراته علي السمع طبيعية ، وعند سماع أصوات معينة قد يضع أصابعه في أذنيه أو يغطيها ، والانتباه لديه قصور المدي ، تجذبه الموسيقى والطعوم والروائح الكريهة ، ولا يجب أن يلمسه أحد. وقد يكون لديه إما فرط حساسية للألم أو نقص في الحساسية للألم والبرودة والخطر.

٥- **اللعب:** يبتسم الطفل التوحدي بنقص أو قصور في اللعب التلقائي أو

التخيلي.

ولقد أوضحت دراسة ستون وزملائه (Stone et al., 1999) أن تشخيص

التوحد في سن العامين كان أكثر استقراراً ووضوحاً وثباتاً من تشخيص سائر

الاضطراب النمائية المنتشرة (العامة أو الشاملة) الأخرى. وقد كانت معظم

الأعراض ظاهرة بوضوح وأقيم الدليل علي وجودها لدي صغار الأطفال التوحديين.

وإذا كان هناك تشابه كبير بعض الخصائص والأعراض بين الأطفال التوحديين والأطفال المعاقين عقلياً مثل الوظائف العقلية والقصور اللغوي والتفاعلات الاجتماعية. إلا أن الأطفال التوحديين أكثر سوءاً وأقل حظاً من أقرانهم المعاقين عقلياً الذين يعتبرون أفضل حالاً إذا ما قورنوا بالتوحديين الذين يتسمون بالانغلاق الشديد الانسحاب وانخفاض الوعي وتدني المهارات الاجتماعية والعجز عن التواصل بشتى صورة.

ويتفق كثير من الباحثين علي أن إعاقة التوحدية شديدة التعقيد والخطورة علي كل من الطفل ووالديه وأسرته والمربين والمعلمين والأخصائيين والمرشدين ، وأنها أكثر صعوبة من الإعاقات الأخرى ، وأكثر شيوعاً.

ويذكر عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) أن دورمان وليفيفر Dorman & Lefever, (1999).

قد حددا أعراض ومظاهر تشخيص التوحدية في المجالات التالية:

- ١- **التواصل:** حيث تنمو اللغة ببطء أو لاتنمو علي الإطلاق.
- ٢- **التفاعل الاجتماعي:** ينعزل الطفل معظم الوقت، ولا يستجيب للإشارات الاجتماعية كالتواصل بالعين أو الابتسام.
- ٣- **اللعب:** يفتقر الطفل إلي اللعب التخيلي أو التلقائي، ولا يبادر إلي اللعب الظاهري
- ٤- **الخلل الحسي:** يتميز الطفل باستجابات غير عادية للإحساسات المادية كالحرارة والبرودة والألم، والحساسية المفرطة للمس الآخرين له، وكذلك اضطراب حواس الشم والرؤية والسمع.

٥- السلوكيات: قد يكون الطفل مفرط النشاط أو الكسل الخمول و السلبية، ويتعرض لنوبات غضب وبكاء دون سبب، والعدوان نحو الذات والآخرين.

مظاهر اضطراب التوحد:

هو اضطراب يحدث لدى الطفل قبل بلوغه سن ٣٦ شهراً ومن مظاهره الأساسية ما يلي

١- الإخفاق في تنمية القدرة علي الكلام والتحدث، وعدم القدرة علي استخدام ما تعلمه أو ما هو موجود لديه أصلاً للتواصل الطبيعي مع الآخرين.

٢- الانطواء والانعزال وعدم المقدرة علي تكوين علاقات عادية مع الآخرين.

٣- وجود سلوكيات نمطية غير هادفة ومتكررة بشكل واضح.

بالإضافة إلي هذه الثلاثية ، يعتبر نمط التصرف المتكرر ومقاومة أي تغيير في الروتين اليومي في أغلب الأحيان صفات مميزة لهذا المرض. وهناك بعض الأعراض الأخرى المصاحبة للطفل التوحدي:

- شذوذ في نمو المهارات المعرفية.
- شذوذ الوضع والحركة.
- الاستجابات الغريبة للإثارات الحسية.
- شذوذات في الأكل والشرب والنوم.
- شذوذات الوجدان.
- سلوك إيذاء النفس.
- اضطرابات نفسية أخرى مثل نوبة اكتئاب عظمي.

- بدء اضطرابات الذاتوية ومساره:
- قبل الثالثة من العمر:
- تظل المظاهر طيلة حياة الشخص.
- قد يتحسن التواصل والتفاعل الاجتماعي في سن الخامسة - السادسة.
- البلوغ: تحسن أو تدهور.
- الغالبية يظلون معاقين.

ومن أهم الأعراض السلوكية الشائعة للتوحد:

إن الطفل المصاب بالتوحد هو طفل تصعب إدارته وذلك بسبب سلوكياته ذات التحدي وبالرغم من هذافان السلوكيات الصعبة التي يبيدها الطفل التوحدي هي عقبة ثانوية للتوحد، و التوحد ليس فقط مجموعة من السلوكيات العديمة الهدف والغريبة والشاذة والفوضوية ولكنه مجموعة من نواقص خطيرة تجعل الطفل قلقلا، غاضبا، محبطا مربكا، خائفا ومفرط الحساسية ، وتحدث السلوكيات الصعبة لأنها هي الطريق الوحيدة التي يستجيب عبرها الطفل للأحاسيس الغير السارة وهي نفس النواقص التي تجعل تلك الأحاسيس تمنع الطفل أيضا من التعبير والتعامل معها بطريقة مناسبة. وتحدث السلوكيات بسبب ان الطفل يحاول إيصال رسالة ما إلى الآخرين فيستخدم هذه السلوكيات الشاذة ليصل إلى إحتياجاته ورغباته أو بما يحسه وما يطلبه من تغيير فيما حوله أو كطريقة للمسايرة والتعامل مع الإحباط.

وتتلخص بعض هذه السلوكيات في:

- مقاومة التغير
- السلوك الاستحواذي والنمطي.
- السلوك العدواني وايذاء الذات.

- سلوك العزلة والمقاطعة.

- نوبات الغضب.

- المناورة مع الأفراد والبيئة المحيطة.

- الضحك والقهقهة دون سبب.

- الاستثارة الذاتية.

- عدم إدراك المخاطر.

واضطراب التوحد له صعوبات تميز الطفل التوحدي منها:

عادة تواجه المصابين بالتوحد ثلاثة أنواع رئيسية من الصعاب: وتعرف هذه الصعاب بالإعاقة الثلاثية.

- التفاعل الاجتماعي (صعوبة في العلاقات الاجتماعية كأن يبدو الشخص متحفظاً وغير مبالياً بالآخرين).

- الاتصال الاجتماعي (صعوبة في الاتصال الشفهي والاتصال غير الشفهي كآلا يفهم تماماً معني الايماءات الشائعة وتعابير الوجه ونغمات الصوت).

- الخيال (صعوبة في تنمية الخيال واللعب مع الآخرين كأن يكون لديه عدد محدود من الأنشطة الخيالية ومن المحتمل أن تكون منسوخة ومنتهجة بطريقة صارمة ومتكررة).

وهناك بعض المضاعفات التي تصاحب الطفل التوحدي

• إعاقة.

• نوبات صرعية (٢٥ ٪).

• الاكتئاب.

• أعراض كتانونية (تصلبية).

• ضلالات وهلاوس.

ويجب علاج أسباب المشاكل السلوكية عن الأطفال المصابين بالتوحد قبل البدء بأي برنامج سلوكي أو إعطاء أي أدوية:

١- التهابات الأذن الوسطى قد تؤدي إلي ألم شديد وتهيج عند الطفل واضطرابات في السلوك.

٢- أيضا تسويس الأسنان قد تؤدي إلي ألم شديد

٣- الإمساك: فالبراز القاسي يسبب تهيج والم.. وعادة ما يكون سبب الإمساك نوع الأكل الذي يتناوله الطفل مثا الاكثار من البطاطس والخبز والموز والحليب فكل هذه الأطعمة تؤدي إلي الامساك بدرجة كبيرة فقبل البدء باي علاج سلوكي يجب أولا علاج الامساك وتغير نوع الغذاء تدريجيا والإكثار من العصائر الطازجة والخضروات.

٤- الأدوية: أيضا هناك بعض الأدوية التي تسبب اضطرابات في السلوك مثل أدوية الزكام والسعال ومضادات الحساسية مثل مضادات الهستامين

٥- قلة النوم: عدم أخذ كمية كافية من النوم أيضا قد تسبب تغيير في السلوك.. وأيضا يجب الابتعاد عن المشروبات المنبه كالشاي والكافين

٦- العلاج: حتى الن لا يوجد دواء فعال في علاج مرض التوحد.

وهذه بعض الطرق العلاجية المستخدمة

١- التعليم والتدخل المبكر: هذا من انفع وأهم الوسائل بالنسبة للطفل التوحدي حيث أثبتت الدراسات أن كلما تلقى الطفل برامج التعليم المخصصة مبكرا من عمر

٢- الغذاء: حتى الآن لا يوجد أثبات علمي يوضح أن الغذاء له علاقة بمرض التوحد .. ولكن هناك كثير من الامهات وجدوا علاقة بين

الامتناع عن بعض الطعمة وتحسن بعض الأعراض المصاحبة للتوحد مثل زيادة الحكة والنشاط من هذه الأطعمة (القمح - الحليب ومنتجاته - الخميرة) ٠٠ وهناك منظمة في بريطانيا تسمى Autism intolerance and allergy network تتبنى فكرة علاقة التوحد بالغذاء علي أساس أن بعض الأطفال يكون لديهم عدم قابلية أو حساسية لبعض الأطعمة والمواد الكيميائية التي تزيد من أعراض مض التوحد

٣- استعمال بعض الفيتامينات بكميات كثيرة: حتى الآن لم يثبت أن لها تأثير فعال وجذري لذا يجب توخي الحذر من استعمال مثل هذه الفيتامينات ويجب صفها عن طريق الطبيب حتى لا يدخل الطفل في تسمم من جراء الإكثار من هذه الفيتامينات

٤- Auditory: integration therapy ظهرت هذه الطريقة علي أساس أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم تحسس للصوت وهذا العلاج الذي أظهر تحسن جزئي في بعض الأطفال يتألف من إسماع الطفل لموسيقى اليكترونية معينة عن طريق سماعات للرأس لمدة ٣٠ دقيقة مرتين في اليوم لمدة عشرة أيام فقط

٥- السكريتين: Secretin هو هرمون يفرز من الأمعاء الدقيقة في جسم الإنسان لكي يحفز إفراز بعض العصائر في البنكرياس (وعادة يعطي عند إجراء بعض الفحوصات للجهاز الهضمي) وجد أنه في بعض الحالات أظهر تحسن في الناحية اللغوية والاجتماعية عند الطفل ٠٠ والسبب إلي الآن غير معروف.

رابعاً: تفسير العلماء غموض التوحد:

يفسر العلماء غموض التوحد عن طريق الدراسات ووضع نظريات افتراضية لأسباب الإعاقة النمائية التي سميت باللغز. الاكتشافات الحديثة توضح بأن هناك تطورات تحصل لعقول الحيوانات قبل وبعد ميلادها.

يطور العلماء نظريات حديثة ومثيرة لتوضيح التوحد والشذوذ الغامض والاضطرابات العقلية التي تمنع الأطفال الرضع من تطوير المهارات الاجتماعية والمعرفة الإدراكية، يحاول العلماء بطريقة دراسة التركيبة الداخلية لمخ التوحدين معرفة متى وأين تحدث التفاعلات الجينية والبيئية التي تسبب الشذوذ (التصرفات التوحدية) في المخ.

وبمرور الزمن يتعلم العلماء أكثر عن مجموعة الدورات الكهربائية في المخ التي تزود وتنشئ خلاصة الطبائع الإنسانية مثل:

اللغة ، والعاطفة، والإدراك، ومعرفة أن الأشخاص الآخرين لهم متطلبات و معتقدات مختلفة تماماً عما يعتقدونه ويريدونه التوحديون.

أشار الدكتور دافيد امرال أخصائي الأعصاب بجامعة كاليفورنيا في دافيز إلى أن دورة المخ التامة متعادلة (ابتداءً الباحثون بدراسة كيفية التفاعل الديناميكي لمناطق العقل لتنشئ هذه الدوائر).

وأن التوحد يشوه حقائق عديدة من السلوك الإنساني بما في ذلك الحركة، والانتباه، والتعلم، والذاكرة، واللغة والمجاز، والتفاعل الاجتماعي. ويمكن أن تكتشف الحقائق التي تشوه السلوك الإنساني في حركة الأطفال الذين ينقلبون ويجلسون ويحبون ويمشون بخطوات غير متناسقة. فالطفل التوحدي ذو الثمانية عشر شهراً الذي يخطو بخطوات غير متناسقة لن يستطيع التأشير ومشاركة الآخرين ولفت الانتباه أو متابعة تعبيرات الآخرين.

و يستعرض أطفال التوحد التي تتراوح أعمارهم ما بين سنتين أو ثلاث نقصا يصعب فهمه في الاستجابة للآخرين. فالكثير من التوحدين لا يتكلمون وعوضا عن ذلك ينخرطون في طقوس تتمثل في رفرقة اليدين والإستثارة الذاتية. أشارت الدكتورة ماري بريستول بور منسقة أبحاث التوحد في المعهد الوطني لتطوير صحة الأطفال والإنسان إلى أن التوحدين يكرهون ويقاومون التغيير بكل وسائله وطرقه كما أن تفاوت درجات أعراض التوحد من الخفيف إلى الشديد تجعل حقيقة الاضطراب صعبة التقويم، فالتوحد الكلاسيكي ونماجه الشديدة والتي ينتج عنها التخلف العقلي تحدث لواحد في ١٠٠٠ مولود.

وأوضحت أيضا بأن التوحد الخفيف مثل:

أسبرجر يحدث لكل واحد في ٥٠٠ مولود والصفة المشتركة بين التوحدين هي ضعف التواصل والتفاعل الاجتماعي.

كما أشارت الدكتورة بور إلى التقارير التي توضح بأن هناك زيادة واضحة لحالات التوحد في بعض الولايات في أمريكا ولكن هذه التقارير لم توضح حتى الآن ما إذا كانت أسباب هذه الزيادة التشخيص الدقيق أم توفر علاجات أفضل.

قبل خمسين عاما كان الباحثون موقنون بأن التوحد يحدث بسبب (الأم الثلجة) الباردة عاطفيا والأب الضعيف الغائب عن منزله أما اليوم فيركز العلماء والباحثون على الجينات، وفي التوائم المتطابقين إذا كان أحدهم توحدي ٩٠٪ سيكون الآخر لديه توحد.

أشار الدكتور بينيث ليفينثال من جامعة شيكاغو بأنه على الأقل خمس أو ست جينات تسهم في الإصابة بالتوحد وحتى الآن دراسة أخوان وأقارب التوحدين تقترح أن هذه الجينات في منطقة الكروموسوم ٧ و١٣ و١٥.

و ما تفعله هذه الجينات ما زال تخميننا من قبل الجميع. كما أشارت دراسات نماء و تطور عقول الحيوانات إلى نمو عدد من العوامل المورثة والبروتينات التي ترشد خلايا المخ على عمل الاتصالات الملائمة.

الجينات الأخرى تصنع عوامل تعمل كمفاتيح رئيسة تفتح وتغلق الجينات الأخرى في نقاط معينة في النمو. وتقع بعض الجينات النشاط الخلوي بينما تثير الأخرى وضع الموازنة الصحيحة للكمائيات المعنية في نقل إشارات الخ. تبدأ الجينات المختلفة بعد الولادة برعاية الاتصالات بينما الأخرى تسبب موت الخلايا بطريقة النمو والتقليم. لكن النمو والتوسع في نظام الأعصاب هو عملية متواصلة وإذا حصل خطأ ما سيئا مبكرا فستعوق كل التطورات اللاحقة، السؤال هنا متى مبكرا وأين؟

أوضحت الدكتورة باتريشيا روبر أخصائية علم الأجنة في المدرسة الطبية في جامعة روشيستر بأن الخلل المخي في التوحد يحدث ما بين ٢٠ و ٢٤ يوم من الولادة كما أن لديها براهين بأن الجينات المعنية في وضع الجسم الأساسي وبناء المخ تسمى هوكس (HOX GENES) هي متغيرة في التوحد.

أما الدكتورة مارجريت بومان اختصاصية الأعصاب في جامعة هارفارد فقد أشارت إلى أن الخلل ربما يحدث قبل منتصف الثلاث الأشهر الأولى من الحمل حيث استندت في هذه النظرية إلى معرفتها المكثفة عن متى وكيف تسلك الدراسات المعنية، فإذا حصل الخلل في منتصف الطريق في فترة نمو الجنين ستفقد بعض الخلايا فقط.

وأوضح الدكتور إريك كورتشسن عالم الأعصاب في جامعة كاليفورنيا في ساندياغو ذلك حيث قال " إن المشكلة تحدث بسهولة بعد الولادة حيث أن المخ يستمر في النمو " .

حدد الأطباء في شهر أكتوبر ١٩٩٩م تحديدا قاطعا للجينات المعطلة في إعاقة متلازمة ريت (RETT SYNDROME) حيث كان شائعا تشخيصها بالتوحد نتيجة لعدم دقة التشخيص. يولد الطفل وينمو طبيعيا من عمر ٦ - ٢٤ شهرا حتى يسترجع الجين جينات أخرى تخفق أن تقفل مثلما يجب ونتيجة لذلك لا تتأرجح الجينات الأخرى وتعمل ويقف نمو الطفل ويصبح متخلف عقليا. وأوضح ذلك الدكتور كورتشيسن والباحثون الذين يؤمنون بأن هناك عملية مشابهة ربما تنفذ في التوحد.

وقد دهش الباحثون في مجال المخ والعلماء الذين يدرسون التوحد بالاكشافات الحديثة التي تقول بأن المخ البشري مستمر في عمل خلايا جديدة ليس فقط ارتباطات جديدة كما كان يعتقد في السابق ولكن حتى سن الرشد.

أشار أحد العلماء بأن لديه برهانا على أن عددا من الأعصاب في المخ البشري تتضاعف بين الولادة وحتى سن ست سنوات.

وأوضح الدكتور كورتشيسن بأنه لو كان هذا صحيحا إذاً المخ يمر تحت عمليات بناء كبيرة تخلق عن طريق تفاعل الجينات والبيئة، وأشار إلى أن التعكير في عملية البناء هذه ربما تكون نشأة التوحد حيث أوضح بعض الباحثون أن هذه النظرية مدعومة.

وأوضحت الدكتورة نانسي مينشيرو الأخصائية النفسية في جامعة بيتس بوج أن ربع أطفال التوحد يظهرون طبيعيين من عمر ١٤ الى ٢٢ شهرا ومن ثم يعانون من بداية مفاجئة لأعراض التوحد ربما تكون البداية قد نتجت عن طريق قصور أو عجز جين واحد أو أكثر أو ربما عوضا عن شئ موجود في البيئة يتفاعل مع الطفل ذي الحساسية الجينية. و منذ عام ١٩٨٣م تدرس الدكتورة

بومان ورفاقها نسيج المخ الذين حصلوا عليه من تشريح الأطفال التوحديين والكبار على الرغم من أن مناطق كبيرة في الـ ١١ مخ التي درست تظهر طبيعية، المخ عامة أكبر وأثقل من الغالب.

الأهم من ذلك أشارت دراساتهم الى وجود شذوذ في المناطق الرئيسة الثلاث التي تساعد على التحكم في السلوك الاجتماعي وأجزاء من الفصيصات الأمامية التي تمكن من اتخاذ القرار والتخطيط هي أثخن من الطبيعي كما وجدت الخلايا في النظام الحوفي Limbic System التي يتم عن طريقها صنع العواطف أصغر بمقدار الثلث عن الطبيعي و بأعداد كثيفة.

كما أن الخلايا أيضا غير مكتملة مع توقف نمو الاتصالات والترابط. والخلايا الموجودة في المخيخ الذي يساعد على التنبؤ عما يستحدث فيما بعد في لغة الحركات والتأمل والعواطف أقل بـ ٣٠ إلى ٥٠٪.

وأوضح الدكتور أميرال بأن أعراض التوحد يمكن أن تقتفى مشاكلها في كل من هذه المناطق على سبيل المثال:

تستجيب الأعصاب في منطقة اللوزة في المخ إلى وجوه وزاوية التحديق و يميل الأطفال التوحديون إلى تجاهل التعابير الوجهية أو بالأحرى أنهم لا يقرؤون التعابير الوجهية جيدا.

وأظهرت تجارب محل تقدير استخدام الأطفال التوحديين للمخيخ لنقل الانتباه عندما لا يكونوا منتبهين إلى مهمة ما، أما عندما يطلب منهم تغيير الانتباه وهي المهمة التي تنشط الفصيصات الأمامية فإنهم لا يستطيعون أداء المهمة ويعزي الباحثون ذلك إلى انشغال دائرة كهربية أكبر.

سلطت دراسات الحيوانات الضوء على بيولوجية السلوك الاجتماعي المتعلق بالتوحد على سبيل المثال أشارت الدراسات إلى أن القرود لديهم خلايا

في المخ تستجيب إلى تحريك اليدين والوجه ولكن لا تحرك شيئا آخر، كما أن لديهم خلايا (Mirror Neuros) تثور ليس فقط عندما يقوم القرد بأداء حركة مثل التقاط مقبض حديد ولكن تثور أيضا عندما يرى قردا آخر يعمل نفس العمل والحركة. ولديهم أيضا خلايا تنشط بالأضواء والأصوات التي يصدرها الآخرون ولكن ليس مثل الأضواء والأصوات التي يصدرونها بأنفسهم. ويعتقد العلماء بأن التشابه الإنساني في هذه الخلايا المتخصصة لا يعمل كما ينبغي في التوحد. يخزن الناس معلومات جديدة كل ٢٠ ثانية في التعليم العادي والذاكرة وذلك بعد الحصول على ذروة الاستثارة ولكن ماذا لو لديك ستة أضعاف الذروة. ربما تخزن عددا من المعلومات التي لا دخل لها وتركز على معلومات لا تخصك. و تقترح التجارب التي أجريت على الأطفال التوحديين بأن العناصر المحددة للسلوك الاجتماعي غير طبيعية، فعلى سبيل المثال يستعمل الأطفال التوحديين التخريب لمنع شخص آخر من التركيز على الهدف ولكن ليس بالحلية والخدعة. كما يستطيع الأطفال التوحديون استخدام الإيماءات للتواصل مثل: (تعال إلى هنا) للتأثير على سلوك الشخص الآخر، ولكن ليست إيماءات تعبيرية مثل: (أحسنت صنعا) للتأثير مزاجيا على الشخص الآخر. ويستطيع الأطفال التوحديون الشعور بالاستمتاع الأساسي في البراعة في مهمة ما، ولكن ليس بالمفخرة وهذا ما أشارت إليه الدكتورة كريس فريث اختصاصية الأعصاب في جامعة لندن، فالعاطفة مثل المفخرة تتطلب وضعها في حسابان الأشخاص الآخرين.

وأوضحت السيدة بورشيا ايفرسون بأن هناك تجارب أخرى لم تنشر بعد تظهر بأن نظام الأعصاب الممطر الخاص بأطفال التوحد يجعلهم ذوي حساسية للاستثارة. وإذا وضعت شخصا ما في مكيدة لتقيس بها مدى الاستثارة والتواصل البصري لديه فإنك ستري أربع ايداعات في الدقيقة إضافة إلى أن

الذروة عالية جدا ومنخفضة وشاذة كأنك تشعر بأنك في زلزال، لكن الأطفال التوحيديون يشعرون بهذا الإحساس طوال اليوم.

يتفق الباحثون في مجال التوحد بأنهم سيستغرقون سنين عديدة قبل فهم الإعاقة من الناحية الجينية و الكيمياء عصبيا وفي الوقت الحالي ينجح المعالج بطريقة فرد إلى فرد من ٣٠ - ٥٠٪ في تعليم الأطفال التوحيديين كيفية التحكم في حركاتهم والتفاعل الاجتماعي شريطة أن يبدأ في سن مبكرة والأرجح من عمر سنتين أو ثلاث سنوات والهدف هو رصد الشبكة الكهربائية الغير مسلكة في مخ التوحيديين، وكلما ينمو المخ يساعد على نمو الاتصالات التي يحتاجها فقد أشارت الدكتورة بريستول بور إلى أنه مازالت الإعاقة لدى العديد من الأطفال التوحيديين غير مشخصة حتى سن الخامسة وحتى سن السادسة عندما يبدأون في الذهاب إلى المدرسة. و مازال معظم أطباء الأطفال والأسر يعتقدون بأن التوحد يعتبر إعاقة نادرة. فكل طفل لا يتكلم أو يتفوه بعبارة قصيرة في سن الثانية يجب أن يقوم.

أوضحت السيدة ايفريسون أن عقول الأطفال الديناميكية والمرنة هو ما نتمناه كما أن جوهر الإنسان هو التفاعل مع البيئة وإن لم يتم ذلك بطريقة صحيحة من أول مرة يمكن أن نعملها بطريقة العلاج الاسترجاعي والإنتاجي للمخ.

أما عن أحدث الدراسات فهي اكتشاف الجينات المتورطة بإحداث التوحد في جامعة أكسفورد يوم الاثنين ٦ / ٨ / ٢٠٠١ م حيث أن العلماء يركزون على الجينات التي تجعل الأطفال عرضة للإصابة بالتوحد و يؤكد اكتشافهم هذا الذي يوضح أن اثنين من الكروموزومات مرتبطة بالإعاقة العقلية بحث آخر يؤكد أن هناك مركبات وراثية ذات علاقة بالتوحد وتركيز العلماء على دراسة الجينات

المرتبطة بالتوحد سوف يكون عاملاً مساعداً لإيجاد علاج لهذه الإعاقة المبركة التي تبحث عن سبب واحد منذ أن عرّفها الطبيب النفسي الأمريكي ليوكاثر عام ١٩٤٣.

وقد استعرض العلماء الذين هم جزء من "الاتحاد الدولي الداعم لدراسة الجينات الجزيئية للتوحد" الحامض النووي DNA لأكثر من ١٥٠ زوجاً من الأخوان والأقرباء الحميمين للمصابين التوحديين ووجدوا بأن هناك منطقتين في الكروموزوم ٢ والكروموزوم ١٧ ربما تحتضن الجين الذي يجعل الأفراد أكثر قابلية للتوحد، وأكدت دراستهم هذه استدلالات سابقة تقترح بأن منطقتي الكروموزوم ٧ و ١٦ لها دور في التحديد عما إذا كان الطفل سيصاب بالتوحد. كما أن عدداً من العلماء من فريق الأبحاث الدولي منهم علماء بريطانيون وأمريكيون سيوسعون دراساتهم للتعرف تحديداً على الجين المسؤول عن التوحد.

خامساً: بعض الاحتياجات التدريبية والتعليمية المقترحة للأطفال المصابين بالتوحد:

- ١- تنمية التحكم في العضلات الكبيرة والدقيقة والمهارات الحركية.
- ٢- التدريب علي تناول الطعام بصورة مناسبة.
- ٣- تدريب الطفل علي السلوك المناسب في المواقف المتعددة.
- ٤- السعي نحو تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيه مثل الضرب والقفز والبصق.
- ٥- التدريب علي استخدام وسيلة تواصل مناسبة له مع الآخرين ، لفظية كانت أو غير لفظية.
- ٦- التدريب علي كتابة الكلمات البسيطة (مهارات أكاديمية).
- ٧- تطوير مهارات الاعتماد علي النفس.
- ٨- التدريب علي استخدام المرحاض في قضاء حاجته.
- ٩- توفير نشاطات ترفيهية ممتعة للطفل والمشاركة في نشاطات اجتماعية مع آخرين.
- ١٠- تطوير مهارات مهنية تخدمه مستقبلاً في المجتمع.
- ١١- تدريب الطفل علي الجلوس لأطول فترة ممكنة.
- ١٢- التدريب علي الاستجابة للمؤثرات السمعية والبصرية.

وهذه الاحتياجات المذكورة يمكن أن تكون أساساً لبرنامج تعليمي فاعل لهؤلاء الأطفال ضمن منهج تربوي ملائم وتنبع أهمية المدخل التعليمي من كون التدخل المبكر للطفل التوحيدي سيساهم في رفع مستوي إدراكه العقلي وكذلك

مستوي استخدام الكلام والتواصل مع الغير وتظهر الدراسات أن الأطفال التوحديين تتحسن أنماط سلوكهم عندما يكونون في برنامج تعليمي مناسب وخاصة عندما يبدأ في مرحلة مبكرة من حياتهم.

الفصل الثالث

أسباب التوحد



مقدمة

أولاً :- أسباب التوحد

ثانياً :- تشخيص مرض التوحد

ثالثاً :- صعوبات تشخيص الطفل التوحيدي

رابعاً :- علاج حالات التوحد

خامساً :- دور المجتمع والأفراد والمربين اتجاه موضوع الوراثة
لإمكانية عدم وجود طفل معاق أو مشوه

سادساً :- وسائل الإقلال من حدوث الإعاقة

الفصل الثالث

أسباب التوحد

مقدمة

إن مسبب أو مسببات مرض التوحد ما زالت غير معروفة ولكن تظهر البحوث أهمية العوامل الجينية كما تؤكد البحوث علي أن التوحد يمكن ربطه بمجموعة من الحالات التي تؤثر علي نمو الدماغ والتي تحدث قبل أو أثناء أو مباشرة بعد الولادة.

الأسباب القليلة التي تؤدي إلي الإصابة بالتوحد إصابة الطفل بـ pku وبـ TUBEROUS SCLEROSIS ولكن معظم الحالات لا يعرف سببها ، حدث بعض التقدم خلال الخمس سنوات الماضية في علم الجينات الوراثية وتعرف البعض علي بعض الجينات المسببة للإصابة بالتوحد ومع ذلك تظل هي الأكثر تعقيدا فقد تشتمل علي ٥ إلي ١٥ من الجينات المؤدية للإصابة بهذه الإعاقة بالإضافة إلي عوامل بيئية أخرى.

ولا يوجد سبب معروف لهذا النوع من الإعاقة لكن الأبحاث الحالية تربطه بالاختلافات البيولوجية والعصبية للمخ لكن الأعراض التي تصل إلي حد العجز وعدم المقدرة علي التحكم في السلوك والتصرفات يكون سببها خلل ما في أحد أجزاء المخ ، أنه يرجع ذلك إلي أسباب جينية لكنه لم يحدد الجين الذي يرتبط بهذه الإعاقة بشكل مباشر كما أن العوامل التي تتصل بالبيئة النفسية للطفل لم يثبت أنها تسبب هذا النوع من الإعاقة ويظهر التوحد بين هؤلاء الذين يعانون من مشاكل صحية أخرى مثل:

Fragile X Syndrome •

- Tuberous Sclerosis
- Congenital Rubella Syndrome
- Phenylketonuria - إذا لم يتم علاجها

تناول العقاقير الضارة أثناء الحمل لها تأثير أيضا .

- وهناك جدل آخر حول العلاقة بين فاكسين (إم. إم. آر) والإصابة بإعاقة التوحد .
- وقد يولد الطفل به أو تتوافر لديه العوامل التي تساعد علي إصابته به بعد الولادة ولا يرجع إلي عدم العناية من جانب الآباء .

وهناك دليل على أن التوحد هو مشكلة عصبية مع وجود أسباب متعددة مثل الاضطرابات الأيضية، وإصابات الدماغ قبل أو بعد الولادة أو العدوى الفيروسية أو الأمراض، وبالرغم من هذا فإن العوامل المحددة لم يتم تحديدها بشكل يمكن أن يعول عليه. وما زال العلماء حتى الآن لا يدركون بالتأكيد ما يسبب التوحد، إلا أن بعض الأبحاث أشارت إلى أن أي شئ يمكن أن يسبب ضررا أو تلفا بنويا أو وظيفيا في الجهاز العصبي المركزي يمكن له أيضا أن يسبب متلازمة التوحد، وهناك أيضا نتائج لبعض الدراسات أثبتت أن هناك فيروسات معين و جينات قد ارتبطت بالتوحد لدى البعض.

وأشارت بعض التقارير إلى إمكانية حدوث اضطراب الطيف التوحدي الذي يؤثر في نمو الدماغ قبل أو خلال أو بعد الولادة. و ربطت بعض الأبحاث التوحد بالاختلافات البيولوجية أو العصبية في الدماغ وبشكل عام، فإنه لا يوجد سبب واحد معروف حتى الآن للتوحد ولا يستطيع أحد أن يخبرك لماذا أن طفلك أصيب بالتوحد وغيره.

أولاً :- أسباب التوحد

العوامل الرئيسية المسببة للتوحد :

- ١- عوامل بيولوجية مثل إصابة الأم الحامل أثناء الحمل / الاختناق أثناء الولادة / فشل سيطرة أحد جانبي كرة المخ.
- ٢- عوامل بيوكيميائية: السير وتين (٢/١ الحالات فقط) علاقة بين السيروتونين في الدم و HIAA في السائل الشوكي
- ٣- عوامل جينية.
- ٤- العوامل النفسية والأسرية.

وهناك بعض الأسباب الأخرى للتوحد منها :

- ١- العامل النفسي، وركزت الدراسات في هذا الجانب على نمط التنشئة الأسرية والأم وعدم التعزيز المناسبة للطفل.
- ٢- العامل الجيني والإشارة إلى دراسة الكروموسومات وخاصة على التوائم المتطابقة حيث أشارت الدراسات في التوائم المتطابقة إلى أن نسبة الإصابة قد تصل إلى (١٠٠٪) ولكن هذه الدراسات قليلة. (Alarcon, 2002)
- ٣- العامل العضوي، ودراسة عدد من المتغيرات مثل عمليات الولادة العسرة، الخلل في النظام البيولوجي، المطاعيم التي تأخذها الأم... الخ.

ومن الأسباب المؤدية للتوحد:

- أ- العوامل الوراثية
- ب- العوامل البيئية

أولاً: العوامل الوراثية:

ولازال هناك جدل كبير حول دور الوراثة في الإعاقة التوحدية فالبعض يعتبر الوراثة عامل مهم والبعض الآخر يعتبرها عامل مسبب وأكدت الكثير

من البحوث والدراسات في نتائجها أن للوراثة دور في إعاقة التوحد وفي نتائجها مؤشرات توحى بدور الوراثة كالتالي :

١. ينتشر التوحد بنسبة (٢ - ٤ ٪) بين أطفال وآباء توحديين.
٢. ينتشر التوحد بنسبة (٢ - ٤ ٪) بين التوائم المتشابهة.
٣. ينتشر التوحد بنسبة (٢ - ٤ ٪) بين التوائم المتطابقة.
٤. يوجد (٩,٧ ٪) من عينة أسر مماثلة لمجتمع بها أكثر من طفل توحدي وهناك انتشار مصاحبة إعاقات مع التوحد مثل إعاقة (ريت) وهي إعاقة تصيب الإناث فقط.

وقد أشارت نتائج البحوث المستفيضة التي أجريت للكشف عن العوامل المسببة للتوحد إلى أن أهم تلك العوامل هي الجذور الجينية الوراثية أخذًا في الاعتبار أن هذا التعميم لا يقلل من أهمية العوامل البيئية بل يشير إلى أن العوامل البيئية في كثير من الحالات يعمل تأثيرها على أساس من عامل جيني أو أكثر من عامل.

هناك عدد محدود من حالات التوحد الذي يعزى فيها التوحد إلى جين مفرد وهي في حالات التصلب الدرني Tuberous Sclerosis وحالات PKU التي لم تعالج Phenylketon urea وحالات Neurofibromatosis وحالات كروموسوم X الهش وهي جميعاً حالات مسببة لكل من التخلف العقلي والتوحد، وإذا كانت الحالات هي الحالات النادرة المعروفة فيها العامل المسبب للتوحد فأن أكثر من ٩٠ ٪ من حالات التوحد لازالت العوامل المسببة للتوحد فيها غير معروفة ويعرف عن معظمها أن العوامل المسببة فيها هي مجموعة من الجينات.

ويعتمد الباحثون في دراساتهم عن العوامل الجينية على دراسة التوائم والأسر التي تنتشر فيها إعاقة التوحد Twins & Family وعلى الفحوص

والتحليل الوراثة Cytogenic وعلى التوزيع وعلى بيانات الترابط الجيني Preliminary genetic linking data فقد تبين أنه مع انتشار التوحد في المجتمع العام يكون بنسبة ٥ - ١٠ بالألف فقط (حسب آخر الدراسات الإحصائية عام ٢٠٠٠) فإن احتمالات إصابة الطفل التالي لولادة طفل توحيدي تتراوح بين ٣ - ٦٪ وهي نسبة عالية بمقارنتها بنسبة المجتمع العام وهذا يعني أن ولادة طفل ثاني طفل توحيدي يحدث بنسبة ٥٠ - ٢٠٠ مرة أكثر من حدوثها بالصدفة وهو نسبة أعلى بمراحل من حدوث أمراض طب نفسية أخرى مثل الاكتئاب وال Bipolan والفصام، حيث تشير بعض النتائج إلى دور الوراثة كمسبب لإصابة الطفل بالتوحد:

١. ينتشر التوحد بنسبة (٢ - ٤٪) بين أطفال وآباء توحيدين.
 ٢. ينتشر التوحد بنسبة ٣٦٪ بين التوائم المتشابهة.
 ٣. ينتشر التوحد بنسبة ٢٪ بين التوائم المتطابقة.
 ٤. انتشار مصاحبة التوحد لإعاقات وراثية كالريت و Fragile X.
 ٥. ٩,٧٪ من عينة أسر مماثلة لمجتمع بها أكثر من طفل توحيدي.
 ٦. ٤,٥٪ من أسر لديهم طفل توحيدي يولد بها أطفال توحد.
- وهذه جميعاً نسب أعلى كثيراً من نسبتها في أطفال المجتمع لا تزيد عن ١ - ٤ في الألف.

فهل يعني هذا أن الوراثة عامل مسبب؟ لا زال هناك جدل كبير حول دور الوراثة وحتى إذا كانت الوراثة عاملاً مسبباً فلا يستبعد هذا دور العوامل البيئية.

ثانياً: العوامل البيئية :

أكدت بعض الدراسات والبحوث أن وجود خلل عضوي / عصبي أو بيولوجي تحدث ٩٢٪ منها أثناء فترة الحمل.

١. إصابة الأم بأنواع من الحميات المصاحبة كالحصبة الألمانية.
٢. تعرض الأم لجرعات إشعاعية.
٣. حدوث نزيف متكرر مصاحب بهبوط بعد الشهر الثالث.
٤. تناول الأم بعض العقاقير بدون إذن الطبيب.
٥. حدوث رشح شامل في الرحم (Edema)
٦. كبر سن الأم الحامل.
٧. التلوث البيئي وخاصة بمركبات المعادن الثقيلة (بحث قرية Leomster كالرصاص والزئبق، كذلك التدخين.
٨. نقص الأكسجين الواصل لمخ الجنين.

• حيث أشارت بعض البحوث إلى الأسباب المؤدية إلى الإصابة بالتوحد وأهمها:

١. ارتفاع معدل سيراتونين الدم (موصل عصبي)، وتتحسن الأعراض بعد العلاج الدوائي (٤٠٪ من العينة).
٢. خلل في النظام الدهليزي Cerabellar Vestibular.
٣. تشوهات في المخ (بين ٦٦ ٪ من عينة أطفال التوحد).
٤. خلل في سريان الدم بعض أجزاء المخ (٧٢٪).
٥. تلف في أنسجة لحاء الفص الصدغي الأيسر للمخ (١٨ ٪).
٦. زيادة غير طبيعية في سمك طبقة لحاء المخ Ventricular Enlargement.
٧. خلل في حركة خلايا المخ Cell migration.
٨. نقص في أحد أنواع خلايا المخ Purkunje Cell.
٩. نوبات صرع كبيرة Grand mal في ٨٣ ٪ من العينة.

١٠. تلف في بعض أنسجة سابق المخ Reticular Activating System

المسئول عن استقبال المثيرات الحسية والمعرفية والتعليم والانتباه.

١١. خلل في التمثيل الغذائي وخاصة P.K.U.

١٢. التصلب الدرني Tuberous Sclerosis.

١٣. تلف في أنسجة الثنيات السادسة والسابعة في المخيخ Cerabellar

.Veriaal Lobules

تلك نتائج نسب ضئيلة من نتائج البحوث، ومع ذلك لم يتم التوصل إلى التحديد الدقيق للعوامل التي يمكن الجزم بأنها السبب المباشر، ولكن ما يمكن تعميمه هو :

- أن معظم العوامل المسببة تكمن في المخ والجهاز العصبي.
- أن معظم العوامل المسببة تحدث أثناء الحمل أو قبله ونسبة ضئيلة تحدث بعد الولادة.
- أن التعدد كبير في العوامل المسببة.

وقد جذب الكثير من الباحثين الانتباه إلى وجود نوع من الخلل في وظيفة الأسرة والخبرات الأولى للحياة وأن العوامل المرتبطة بالتنشئة النفسية قد تكون هي السبب في إصابة الطفل بهذا الاضطراب التوحدي.

• ومن العوامل المسببة لإعاقة التوحد :العوامل الجينية (الوراثية):

وقد أشارت نتائج البحوث المستفيضة التي أجريت للكشف عن العوامل المسببة للتوحد إلى أن أهم تلك العوامل هو الجذور الجينية الوراثية أخذًا في الاعتبار أن هذا التعميم لا يقلل من أهمية العوامل البيئية بل تشير إلى أن العوامل البيئية في كثير من الحالات يعمل تأثيرها على أساس من عامل جيني أو أكثر من عامل.

هناك عدد محدود من حالات التوحد الذي يعزى فيها التوحد إلى جين مفرد وهي حالات التصلب الدرني Tuberous Sclerosis وحالات PKU التي لم تعالج وحالات Neurofibromatosis وحالات كروموسوم X الهش وهي جميعاً حالات مسببة لكل من التخلف العقلي والتوحد، إذا كانت تلك الحالات هي الحالات النادرة المعروف فيها العامل المسبب للتوحد فإن أكثر من ٩٠ ٪ من حالات التوحد لازالت العوامل المسببة للتوحد فيها غير معروفة ويعرف عن معظمها أن العوامل المسببة فيها هي مجموعة من الجينات.

ويعتمد الباحثون في دراساتهم عن العوامل الجينية على دراسة التوائم والأسر التي تشير فيها إعاقة التوحد وعلى الفحوص والتحليل الوراثية وعلى التوزيع وعلى بيانات الترابط الجيني.

• بعض الفرضيات العلمية العضوية التي تسبب التوحد :

- فرضية زيادة الأفيون المخدر
- فرضية نفاذية الأمعاء
- فرضية نقص هرمون السكريتين
- فرضية نقص أو زيادة السيروتونين
- فرضية الأوكسيتوسين و الفاسوبرسين
- فرضية التحصين / التطعيمات الثلاثية MMR/DPT
- فرضية عملية الكبرية
- فرضية عدم احتمال الكازين والغلوتين
- فرضية التلوث البيئي
- فرضية الأحماض الأمينية
- فرضية جاما انترفيرون

- فرضية التمثيل
 - فرضية الجهد والمناعة
 - فرضية قصور فيتامين (أ)
 - فرضية التعرض للأسبارتيم قبل الولادة
 - فرضية بروتين الأورفانين
 - فرضية الاستعداد الجيني
- بالإضافة إلى العديد من النظريات التي لم نذكرها ولكن كل ما ذكر سابقا يبقى نظريا دون الاجزام بصورة قاطعة أنه السبب الرئيسي للإصابة بالتوحد.

بالحمد لله المبدع

في كل شيء

والحمد لله

في كل شيء

والحمد لله

في كل شيء

الحمد لله الذي جعلنا من عباده المخلصين

والمخلصين من عباده المخلصين

ثانياً:- تشخيص مرض التوحد؟

تشخيص التوحد:

يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة اختصاصي معتمد وعادة ما يكون اختصاصي في نمو الطفل أو طبيب وذلك قبل عمر ثلاثة سنوات. في نفس الوقت، فإن تاريخ نمو الطفل تتم دراسته بعناية عن طريق جمع المعلومات الدقيقة من الوالدين والأشخاص المقربين الآخرين الذين لهم علاقة بحياة الطفل مباشرة. ويمر تشخيص التوحد على عدد من الاختصاصيين منهم طبيب أطفال / اختصاصي أعصاب المخ / طبيب نفسي حيث يتم عمل تخطيط المخ و الأشعة المقطعية وبعض الفحوصات اللازمة وذلك لاستبعاد وجود أي مرض عضوي من الأطباء المختصين ويتم تشخيص التوحد مبنيًا على وجود الضعف الواضح والتجاوزات في الأبعاد السلوكية التي تم ذكرها سابقًا وإذا اجتمعت ثلاثة أنواع من السلوكيات سويًا لدى الطفل يتم تشخيصه بالتوحد، وهناك بعض المراكز العالمية طورت نماذج تحتوي على أسئلة تشخيصية للحصول على أكثر المعلومات وتاريخ الطفل وأسرته منذ حدوث الحمل وحتى تاريخ المقابلة التشخيصية لكي يتسنى لهم التشخيص الصحيح.

حيث يقلق والدي الطفل غالباً عندما يبلغ السنتان من عمره دون أن يتكلم كأقرانه ، وقد يلاحظان عليه عدم التركيز البصري أو عدم ربطه للأمور. وقد يظهر علي البعض الآخر سلوكيات غريبة مثل الرغبة في إيذاء الذات. إلا أن زيارة لطبيب الأطفال قد لا تفيد فقد يخبرهم بأنه لا داعي للقلق وأن الطفل علي ما يرام. والواقع أنه علي الوالدين عدم تكذيب حسهم الأبوي والأفضل استشارة طبيب آخر وعدم الاكتفاء برأي واحد فقط ولا توجد اختبارات طبية

لتشخيص حالات التوحد ، ويعتمد التشخيص الدقيق الوحيد علي الملاحظة المباشرة لسلوك الفرد وعلاقاته بالآخرين ومعدلات نموه. ولا مانع من اللجوء في بعض الأحيان إلي الاختبارات الطبية لأن هناك العديد من الأنماط السلوكية يشترك فيها التوحد مع الاضطرابات السلوكية الأخرى.

القائمة التشخيصية للتوحد :

القائمة التالية يمكن أن تساعد في الكشف عن وجود التوحد عند الأطفال، علما أنه لا يوجد بند يمكن أن يكون حاسما بشكل جوهري لوحده، وفي حالة أن طفلا ما أظهر ٧ أو أكثر من هذه السمات، فإن تشخيصا للتوحد يجب أن يؤخذ في الاعتبار بصورة جادة!!! .

١. الصعوب في الإختلاط والتفاعل مع الآخرين

٢. يتصرف الطفل كأنه أصم

٣. يقاوم التعليم

٤. يقاوم تغيير الروتين

٥. ضحك وقهقهة غير مناسبة

٦. لا يبدي خوفا من المخاطر

٧. يشير بالإيماءات

٨. لا يحب العناق

٩. فرط الحركة

١٠. انعدام التواصل البشري

١١. تدوير الأجسام واللعب بها

١٢. ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء

١٣. يطيل البقاء في اللعب الانفرادي

١٤. أسلوب متحفظ وفاتر المشاعر

السلوكيات الأساسية للتوحد:

فقد يعاني أطفال التوحد من بعض السلوكيات الهامة خلال مراحل النمو

الطبيعية :

- تخلف عقلي.
- اضطراب في التصرفات.
- مشاكل في السمع.
- سلوك فقط.

تظهر علاقات الطفل الاجتماعية ونموه الاجتماعي غير سوية و يفشل الطفل في تنمية التواصل الطبيعي السوي و تكون اهتمامات الطفل ونشاطاته مقيدة وتكرارية أكثر من كونها مرنة وتخييلية.

أُضيف إلى ذلك وفقا إلى منظمة الصحة العالمية في تصنيف الإضطرابات الصحية والذي يسمى التصنيف الدولي للاضطرابات فانه يتطلب وجود كل الأعراض في عمر ٣٦ شهرا كما أن النظام الأمريكي الذي يسمى الدليل التشخيصي (DSM) أيضا يتطلب أن يتم تسجيل العمر من نقطة البداية.

• مؤشرات تشخيص الطفل التوحدي :

أ- وجود إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل.

١. الوعي بوجود ومشاعر الآخرين.

٢. لا يبحث عن الراحة وقت التعب أو يطلبها بطريقة شاذة.

٣. لا يقلد الآخرين.

٤. لا يشارك في اللعب الاجتماعي.

٥. خلل في القدرة على عمل صداقات.

ب- خلل كفي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي :

١. لا توجد وسيلة تواصل.
٢. التواصل الالفاظي غير الطبيعي الملحوظ.
٣. غياب النشاط التخيلي.
٤. شذوذات ملحوظة في طريقة الكلام (ارتفاع الصوت ونغمته والإيقاع..)
٥. شذوذات ملحوظة في شكل ومحتوى الكلام (الآلية - الضمائر ...)
٦. خلل ملحوظ في قدرته على بدء محادثة مع آخر أو استمرارها.
- ج- النقص الملحوظ في ذخيرة الأنشطة والاهتمامات :
 ١. الحركات الآلية للجسم.
 ٢. الانشغال الدائم بإجراء من الأشياء.
 ٣. الكرب الشديد عند حدوث تغيير في البيئة ولو كان طفيفاً.
 ٤. الإصرار غير المناسب على إتباع نفس الروتين.
 ٥. الانشغال باهتمام واحد فقط.

ويتم تشخيص إعاقة التوحد عادة بالعديد من الصفات، من أهمها: العزلة ضمن النفس وتفضيلها لهذا الانعزال، والصعوبة والعجز في تكوين العلاقات الاجتماعية والضعف في التواصل حتى بوجود اللغة عند البعض، والفشل في طلب المساعدة من الآخرين، كما أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم قصور وعجز في فهم العلاقات الاجتماعية والتزاماتها وخاصة لتشخيص الطفل التوحدي وهي الانغلاق على النفس في فترة الحضانة أو الطفولة المبكرة لضعف في التواصل والتفاعل الاجتماعي بما فيها العلاقة مع أفراد العائلة.

غياب أو ضعف اللغة أو الاتصال وأخيراً الإصرار والاستمرار على سلوكيات ثابتة أو على نمط روتيني لا يتغير، كما ذكر جراي خمس صفات

للأطفال التوحديين هي مجملها مشابهة لما ذكره كانر مع تفصيل في بعضها ولكنه أضاف صفة خامسة وهي أن يكون مظهر الطفل طبيعياً ولهذه الصفة أثر مهم على معاناة الوالدين سيتم ذكره فيما بعد.

وهناك بعض مؤشرات تشخيص حالات التوحد D.S.M.4 :

أولاً: ظهور ٦ أعراض على الأقل من مجموعات ١، ٢، ٣ التالية منها عرضين من مجموعة ١+١ من كل مجموعة (١) ومجموعة (٢) على الأقل:

مجموعة (١): قصور كفي في التفاعل الاجتماعي في اثنين على الأقل من:

- أ- قصور في استخدام ٢ من صور التواصل غير اللفظي.
- ب- الفشل في تكوين علاقات مع الأقران.
- ج- قصور القدرة على مشاركة الأطفال الآخرين في اللعب.
- د- غياب المشاركة الوجدانية والتعبير عن المشاعر.

مجموعة (٢): قصور كفي في القدرة على الاتصال في واحد مما يلي :

- أ- غياب القدرة على التواصل اللفظي بدون مساندة غير اللفظي.
- ب- بالنسبة للقادرين على التخاطب يوجد قصور في المبادأة.
- ج- التكرار والنمطية في استخدامهم للغة.
- د- غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإيهامي والتقليد الاجتماعي.

مجموعة (٣): الاقتصار على عدد محدود من الأنشطة والاهتمامات في واحد على الأقل من:

- أ- استغراق كلي في واحد أو أكثر من أنماط سلوكية غريبة من حيث النوع أو الشدة.
- ب- المرونة والاندماج في أعمال وطقوس روتينية.
- ج- عادات نمطية بتكرار مستمر.
- د- تركيز الاهتمام على أشياء تافهة أو جزئيات منها.

ثانياً: تأخير أو شذوذ وظيفي يظهر قبل العام الثالث في واحد مما يلي :

- أ- التفاعل الاجتماعي.
- ب- استخدام اللغة في التواصل.
- ج- اللعب الرمزي أو الإيهامي التخيلي.

ثالثاً: غياب أعراض الريت أو غيرها من اضطرابات النمو.

• اعتبارات هامة عند تشخيص التوحد:

١. وجود فروق فردية شاسعة بين أطفال التوحد بدرجة تجعلها تؤكد أنه لا يوجد من بين أطفال التوحد طفلين متشابهين تماماً أو متماثلين في الأعراض والخصائص.
٢. إن ما يضاعف من تلك الفروق الفردية هو طبيعة ونوعية ما يظهر من الأعراض المتعددة في كل حالة على حدة، فقد تظهر تلك الأعراض في حالة ويظهر البعض الآخر في حالة أخرى، فمن النادر أن تظهر جميعاً في طفل واحد.
٣. إن هناك اختلاف في شدة كل من تلك الأعراض فهي تتراوح بين الخفيف والمتوسط والشديد، ولهذا كله تأثيراً سلبياً على عمليات التعلم.
٤. إن تعدد تلك الأعراض وتباينها في النوع وفي الشدة يزيد من تعقيد عمليات التقييم والقياس لقدرات المهارات الطفل التوحدي.
٥. إن قصور القدرة اللغوية وغياب مهارات التواصل والإدراك الحسي تقف عثرة في طريق تطبيق أي من اختبارات القياس النفسي أو قياس القدرات العقلية لطفل التوحد، ومن هنا كانت صعوبة أو استحالة تقييم مهارات الطفل التوحدي.

ثالثاً :- صعوبات تشخيص الطفل التوحدي :

١. التباين في أعراض الأوتيزم من حالة إلى أخرى فهناك اختلاف في شدة كل عرض من الأعراض المختلفة للأوتيزم وفي درجة العزلة والانغلاق وحدة ثورات الغضب وفي الحصيلة اللغوية والقدرة على الاتصال وفي درجة الارتقاء الاجتماعي والمعرفي والنضج الانفعالي بشكل يجعل هذا الاضطراب يختلف من فرد لآخر وبالمثل يختلف مستوى القصور العقلي من التخلف العقلي الشديد والعميق إلى المستوى الطبيعي والمتفوق عقلياً.

فضلاً عن ذلك فالأفراد الذين يقعون في الحدود العليا للاضطراب غالباً ما يكونوا أكثر صعوبة في التشخيص والذين يعانون من الأعراض الشديدة للأوتيزم والتخلف العقلي الشديد يصعب تمييزهم عن من يعانون من التخلف العقلي الشديد والعميق فقط، وبالمثل الأفراد ذوي الأعراض البسيطة للأوتيزم قد يقتربون في الشبه من الأفراد الذين يعانون من صعوبات التعلم غير اللفظية واضطرابات اللغة الأدائية والقلق الاجتماعي.

٢. ويزيد من صعوبة التشخيص عدم وجود اختبارات أو أدوات مقننة للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات وخاصة في البيئة المصرية.

٣. كما ترجع صعوبات التشخيص إلى أنه حتى الآن لم يحدث اتفاق عام على العوامل المسببة للاضطراب هل هي وراثية جينية أو بيئية اجتماعية أو عوامل سيكولوجية أو بيوكيميائية أو إصابات تحدث منذ بدء الحمل أو أثناء فترة الحمل (أو ربما بعدها) أو أن حالة الأوتيزم قد تكون نتيجة لتداخل أكثر من عامل من هذه العوامل مجتمعة.

وقد أظهرت الفحوص الطبية أن بعض الأمراض مثل الحصبة الألماني التي تصيب الأم الحامل وحالات ضعف كروموزم (X) أو تصلب الأنسجة والتهاب الدماغ السحائي نسبة من أصيب بالأوتيزم نتيجة هذه الأمراض تتراوح بين ٣٠، ٤٠ ٪ من حالات الأوتيزم ولاشك أن نوعية الأعراض السلوكية لكل حالة تتوقف على نوعية المرض الذي هو السبب في الإصابة بالأوتيزم فلكل مرض منها نتائج محددة مختلفة على جزء مختلف من أجزاء المخ ولم يتم حتى الآن الكشف عن نوعية وموقع التلف الذي يحدث في المخ أو الجهاز العصبي المركزي نتيجة كل هذه الأمراض، كما أن الإصابة بالمرض وبالتالي تلف أي جزء من المخ قد يؤدي هو نفسه لحالات إعاقة أخرى خلاف إعاقة الأوتيزم.

ويزيد من صعوبات التشخيص ظهور اضطرابات أخرى مصاحبة للأوتيزم من التخلف العقلي (من ٧٠ : ٨٠ ٪) ونوبات الصرع وغيرها من الاضطرابات العقلية وكذلك وجود بعض أعراض تتشابه مع أعراض الفصام أو الذهان التكافلي وغيرها مما أوحى لبعض الأطباء النفسيين باحتمال أن يكون هناك سمة ارتباط بين أوتيزم الطفولة وفصام الراشدين بمعنى أن الثاني امتداد للأول ويرجع هذا الخطأ إلى وجود تشابه كبير في الأعراض من جهة والنتائج من جهة أخرى، خاصة في الحالات الشديدة ولاشك أن لهذه الخلافات المتعددة علاقة باختلافات التشخيص وعدم الوصول إلى أداة ومقياس دقيق لتشخيص حالات الأوتيزم.

٤. ومن العوامل التي تزيد من صعوبة التشخيص أن نمو الطفل المصاب بالأوتيزم مع التقدم في العمر الزمني قد يصاحبه تغير في شدة بعض الأعراض أو ظهور أعراض جديدة لم تكن قد ظهرت من قبل وقد يصاحبه اختفاء لبعض الأعراض خاصة إذا توفر للطفل برنامج تأهيلي جيد ومن صور هذا التغير هذه نماذج متعددة :

فقد لوحظ في كثير من الحالات اختفاء ظاهرة التجنب البصري أو المصاداة أو قلب الضمائر في الحديث، فكثيراً ما يحدث اختفاء بعض هذه الأعراض بعد العام الخامس أو السادس من عمر الطفل بل وقد تتحسن قدرة الطفل على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين أو مشاركتهم في اللعب أو تقليد بعض الحركات أو ترديد بعض الكلمات أو الأصوات أو أن تزداد الحصيلة اللغوية اللازمة لفهم الحديث الموجه للطفل أو تتحسن قدرته على تقبل الغير أو يقل تمسكه بالروتين اليومي الذي اعتاد عليه في المأكل والملبس أو في الرابطة التي تربطه بأشياء ولعب كان ملتصقاً بها بشكل شديد أو تقل ثورات الغضب والعنف في شدتها أو في فترات حدوثها أو في الحركات النمطية التي كان يستمر في أدائها مدة طويلة. وهذه التغيرات قد تغير من الصورة الكلاسيكية المألوفة للاضطراب وتزيد من صعوبة التشخيص فهي تحتاج لمشخص على درجة كبيرة من الخبرة والمعرفة بالاضطراب ومظاهره والأشكال التي يأخذها عند التقدم في العمر.

٥. ومن العوامل الهامة التي ساعدت على ظهور هذه الصعوبات في تشخيص الأوتيزم عدم ظهور الأوتيزم كفئة تشخيصية مميزة في دليل التشخيص الإحصائي الأول للاضطرابات العقلية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٥٢ أو في دليل التشخيص الإحصائي الثاني عام ١٩٦٨ وظهوره لأول مرة في دليل التشخيص الإحصائي الثالث عام ١٩٨٠ تحت فئة " اضطرابات ارتقائية عامة "

• وهناك بعض الصعوبات الأخرى في تشخيص الطفل التوحدي:

- وجود خبرة سابقة بالاضطراب لدى العديد من القائمين بالتشخيص.
- تداخل أعراض التوحد مع أعراض اضطرابات أخرى مثل اضطرابات الانتباه والاضطراب العقلية وصعوبة التعلم وغيرها.

- التباين في أعراض التوحد من حالة لأخرى من حيث شدة خاصة فيما يتعلق بدرجة العزلة وحدة ثورات العنف، والقدرة على الاتصال الاجتماعي والحصيلة اللغوية لكل حالة على حدة.
- عدم توافر اختبارات ومقاييس معينة للقياس سواء طبية أو شخصية.
- ندرة حالات التوحد.
- شيوع الاعتقاد بأن معظم اضطرابات الطفولة هي اضطرابات نفسية المنشأ.
- أن الواقع الحالي في عمليات تصنيف الأمراض النفسية وتشخيصها لا يزال واقعاً غير مرض.
- ليس هناك اتفاق عام على العوامل المسببة للاضطراب هلي هي وراثية جينية أو بيئية اجتماعية، أو عوامل سيكولوجية أو بيوكيميائية، أو إصابات تحدث منذ بدء الحمل أو أثناء فترة الحمل أو بعدها، أو أن حالة التوحد قد تكون نتيجة لتداخل أكثر من عامل من هذه العوامل مجتمعة.
- إن نمو الطفل المصاب بالتوحد مع التقدم في العمر الزمني قد يصاحبه تغير في شدة بعض الأعراض أو ظهور أعراض جديدة. كما يصاحبه اختفاء لبعض الأعراض خاصة إذا توافر الطفل برنامج تأهيلي جيد.
- الملاحظة السريعة للطفل في جلسة واحدة لا يمكن أن تمثل صورة حقيقية لسلوك الشخص وقدراته.
- عدم ظهور التوحد كفئة تشخيصية مميزة في دليل التشخيص الأخصائي الأول للاضطرابات العقلية لرابطة الطب النفسي الأمريكي، وكذلك الدليل الثاني وظهوره الأول في الدليل الثالث تحت فئة اضطرابات ارتقائية عامة.

من كل ما سبق تكون هناك ضرورة للبحث عن طرق دقيقة ومحددة لتشخيص التوحيدين مع ضرورة توافر مجموعة هامة وضرورية من المعايير المحددة التي يجب استخدامها في التشخيص والتصنيف للطفل التوحد هي:

١. اضطرابات حادة في الشخصية تتميز بانطواء شديد على الذات وانفصال تام عن الناس.

٢. دلائل إلى أن هذه الظاهرة تحدث خلال السنتين الأوليين من الحياة.

٣. عدم وجود مظاهر لتأخر حاد في النمو الحركي، والتي ترتبط عادة بجوانب من القصور العقلي الحاد.

• وأيضاً من صعوبات تشخيص حالات التوحد الأسباب الآتية:

- تعدد العوامل المسببة (الوراثية والبيئية).
- تعدد أنواع الإصابات وحجمها وعمقها وموضعها على المخ وتوقيت حدوثها وبالتالي تعدد الاضطرابات الوظيفية الناتجة.
- بالتالي تعدد وتنوع الأعراض وتوقيت ظهورها.
- تعدد محاور النمو المصابة بالخلل أو التوقف :
- لغوي - تواصل - إدراكي - تعلم - معرفي - انفعالي - اجتماعي
- وبالتالي تعذر الاتصال والتواصل مع الطفل المصاب.
- تعدد الإعاقات المصاحبة للتوحد :
- تخلف عقلي - إعاقات تعلم - شلل مخي - صمم - دسلكسيا
- غياب أو تعذر أو استحالة تطبيق وسائل القياس.
- بعض مؤشرات التشخيص من D.S.M.4 لا تخضع للقياس الموضوعي الدقيق.

• أدوات التشخيص:

يبدأ التشخيص المبكر وذلك بملاحظة الطفل من سن ٢٤ شهراً حتى ستة أعوام وليس قبل ذلك وأول هذه الأدوات :

١. أسئلة الأطباء للآباء عما إذا كان طفلهم:

- لم يتفوه بأية أصوات كلامية حتى ولو غير مفهومة في سن ١٢ شهراً.
- لم تنمو عنده المهارات الحركية (الإشارة - التلويح باليد - إمساك الأشياء) في سن ١٢ شهراً.
- لم ينطق كلمات فردية في سن ١٦ شهراً.
- عدم ينطبق جملة مكونة من كلمتين في سن ٢٤ شهراً.
- عدم اكتمال المهارات اللغوية والاجتماعية في مراحلها الطبيعية.

لكن هذا لا يعني في ظل عدم توافرها أن الطفل يعاني من التوحد ، لأنه لابد وأن تكون هناك تقييمات من جانب متخصصين في مجال الأعصاب ، الأطفال ، الطب النفسي ، التخاطب ، التعليم.

٢. مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال: (Cars):

ينسب إلي " إيريك سكوبلر - Eric schopler " في أوائل السبعينات ويعتمد علي ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر به ١٥ درجة ويقيم المتخصصون سلوك الطفل من خلال :

- علاقة بالناس
- التعبير الجسدي.
- التكيف مع التغيير.
- استجابة الاستماع لغيره.
- الاتصال الشفهي.

٣. قائمة التوحد للأطفال عند ١٨ شهراً: (Chat) :

تنسب إلي العالم " سيمون بارون كوهين - Simon Baron- Cohen " في أوائل التسعينات وهي لاكتشاف ما إذا كان يمكن معرفة هذه الإعاقة في سن ١٨ شهراً ، ومن خلالها توجه أسئلة قصيرة من قسمين الأول يعده الآباء والثاني من قبل الطبيب المعالج.

٤. استطلاع التوحد :

وهو مكون من ٤٠ سؤالاً لاختيار الأطفال من سن ٤ أعوام وما يزيد علي ذلك لتقييم مهارات الاتصال والتفاعل الاجتماعي.

٥. اختبار التوحد للأطفال في سن عامين:

وضعه " ويندي ستون Wendy stone " يستخدم فيه الملاحظة المباشرة للأطفال تحت سن عامين علي ثلاث مستويات التي تتضح في حالات التوحد: (اللعب – التقليد) قيادة السيارة أو الدرجات البخارية – (الانتباه المشترك).

٦. أداة تقويم الطفل التوحدي للتخطيط التعليمي :

Autism Screening Instrument for Educational Planning (ASIEP).

٧. الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية.

(DSM –IV) التابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي.

٨. الدليل العالمي لتصنيف الأمراض (ICD- 10)

التابع لمنظمة الصحة العالمية هناك مقاييس أخرى تستعمل مع الأطفال التوحديين منها:

٩. مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي

Vineland adaptive behavior scale

١٠. مقياس متاهات بورتويس

Portues Maze Test

١١. مقياس وكسلر لذكاء الأطفال

Wechsler- Bellview Intelligence scale for children (wISC)

رابعاً: علاج حالات التوحد :

لا يوجد في الوقت الحالي علاج لمرض التوحد، إلا أن المعالجة التربوية أثبتت فعالية ملحوظة في إكساب الأطفال التوحديين مهارات كثيرة مثل المعالجة السلوكية ووسائل التواصل البصري كي تفيد أحياناً بعض العقاقير فئة من الأطفال في تحسين سلوكياتهم.

ولا توجد طريقة أو دواء بعينه بمفرده يساعد في علاج حالات التوحد ، لكن هناك مجموعة من الحلول مجتمعه مع بعضها اكتشفتها عائلات الأطفال المرضى والمتخصصون ، وهي حلول فعالة في علاج الأعراض والسلوك التي تمنع من ممارسة حياتهم بشكل طبيعي. وهو علاج ثلاثي الأبعاد نفسي واجتماعي ودوائي. وبينما لا يوجد عقار محدد أو فيتامين أو نظام غذائي معين يستخدم في تصحيح مسار الخلل العصبي الذي ينتج عنه التوحد ، فقد توصل الآباء والمتخصصون بأن هناك بعض العقاقير المستخدمة في علاج اضطرابات أخرى تأتي بنتيجة إيجابية في بعض الأحيان في علاج بعضاً من السلوك المتصل بالتوحد. كما أن التغيير في النظام الغذائي والاستعانة ببعض الفيتامينات والمعادن يساعد كثيراً ومنها فيتامينات B6&B12 كما أن استبعاد الجلوتين (Gluten) والكازين (Casein) من النظام الغذائي للطفل يساعد علي هضم أفضل واستجابة شعورية في التفاعل مع الآخرين ، لكن لم يجمع كل الباحثين علي هذه النتائج.

ولكن مع تعدد هذه النظريات، فقد تعددت أيضاً وسائل العلاج وأساليبه وإن لم يتوصل حتى الآن الباحثون لعلاج واضح وشاف لهذه الإعاقة والأساليب المستخدمة في التخفيف من آثار إعاقة التوحد عديدة ومتنوعة، فهناك من الأساليب ما يركز على الجوانب النفسية والإدراكية بينما آخر يركز على

الجوانب الطبية وعلاقتها بأنماط السلوك النفسي، كما يركز بعضه على طبيعة الغذاء ونوعيته وتأثير ذلك على التخفيف من أثر هذه الإعاقة بينما بعضها الآخر يركز على الاهتمام بالتعليم وبالأخص علاج التصرفات والسلوك وأما أهمها فعالية فهي البرامج التعليمية التي تعتمد على الأساليب الإدراكية والسلوكية لتعليم الطفل المعاق مثل برنامج TEACCH في ولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية الذي أثبت فاعليته في تعليم معظم هؤلاء الأطفال.

العلاج الدوائي:

يوجد عدداً من الأدوية لها تأثير فعال في علاج سلوك الطفل الذي يعاني من التوحد ومن هذا السلوك:

- فرط النشاط، قلق، نقص القدرة علي التركيز، الاندفاع.
- والهدف من الأدوية هو تخفيف حدة هذا السلوك حتى يستطيع الطفل أن يمارس حياته التعليمية والاجتماعية بشكل سوي إلي حد ما وعن وصف أي دواء للآباء من ضمان الأمان الكامل لأبنائهم:
- كم عدد الجرعات الملائمة؟
- أي نوع يتم استخدامه: حبوب أم شراب؟
- ما هو تأثيره علي المدي الطويل؟
- هل يوجد له أية آثار جانبية؟
- كيف يتم متابعة حالة الطفل لمعرفة ما إذا كان هناك تقدم من عدمه؟
- ما هو مدي تفاعله مع العقاقير الأخرى أو النظام الغذائي المتبع؟
- مع الوضع في الاعتبار أن كل طفل له تكوينه الفسيولوجي الذي يختلف عن الآخر وبالتالي تختلف استجابته للدواء أو العقار.

❖ أنواع الأدوية :

١. Serotonin Re- Uptake Inhibitor

اكتشف الباحثون ارتفاع معدلات (Serotonin) في مجري الدم لحوالي ثلث حالات الأطفال التي تعاني من التوحد .

- لوحظ استجابة الأطفال من قلة حدة :
- السلوك المتكرر.
- التهيج والاستثارة.
- السلوك العدائي.
- تحسن ملحوظ في الاتصال العيني مع الآخرين والاستجابة لمن حولهم.

٢. والأنواع الأخرى من العقاقير لم يتم داستها جيداً ، كما أنه من المحتمل وجود جانبيه لها ومنها :

- Blavil
- Wellbutrin
- Valium
- Ativan
- Xanax

٣. أدوية مضادة للاضطرابات العقلية Anti- psychotic

- وهذه الأدوية هي في الأصل لعلاج الانفصام الشخصي وتقلل من:
- فرط النشاط.
- السلوك العدواني.
- السلوك الانسحابي وعدم الواجهة.
- وقد اعتمدت أربعة عقاقير منها :

- Clozapine (Clozaril)
- Risperidone (Risperdal)
- olanzapine (Zyprexa)
- Quetiapine (Seroquel)

ولكن من المحتمل أن يكون لها آثاراً جانبية.

٤. أدوية محفزة:

- وهي تستخدم بشكل أساسي للأطفال التي تعاني من نقص الانتباه
لعلاج فرط النشاط ومنها :
- Ritalin
- Adderall
- Dexedine

الفيتامينات والمعادن :

فما يزيد علي العشرة أعوام السابقة ، كثر الجدل حول فائدة مكملات الفيتامين والمعادن في علاج أعراض التوحد وتحسينها .

حيث أوضحت بعد الدراسات أن بعض الأطفال تعاني من مشاكل سوء امتصاص الأطعمة ونقص في المواد الغائية التي يحتاجها الطفل نتيجة لخلل في الأمعاء والتهاب مزمن في الجهاز الهضمي مما يؤدي إلي سوء في هضم الطعام وامتصاصه بل وفي عملية التمثيل الغذائي ككل.

لذلك نجد مرضي التوحد يعانون من نقص في معدلات الفيتامينات الآتية:

أ، ب١، ب٣، ب٥ ويالمثل البيوتين ، السليسيوم ، الزنك ، الماغنسيوم وبينما علي الجانب الآخر يوصي بتجنب تناول الأطعمة التي تحتوي علي نحاس علي أن يعوضه الزنك لتنشيط الجهاز المناعي. وتوصي أيضاً بعض الدراسات الأخرى

بضرورة تناول كميات كبيرة من الكالسيوم ومن أكثر الفيتامينات شيوعاً في الاستخدام للعلاج هو فيتامين (B) والذي يلعب دوراً كبيراً في خلق الإنزيمات التي يحتاجها المخ ، وفي حوالي عشرين دراسة تم إجراؤها فقد ثبت أن استخدام فيتامين (B) والمغنسيوم الذي يجعل هذا الفيتامين فعالاً ويحسن من حالات التوحد والتي تتضح في السلوك الآتية :

- الاتصال العيني.
- القدرة علي الانتباه.
- تحسن في المهارات التعليمية.
- تصرفات معتدلة إلي حد ما.

هذا بالإضافة إلي الفيتامينات الأخرى مثل فيتامين "ج" والذي يساعد علي مزيد من التركيز ومعالجة الإحباط – ولضبط هذه المعدلات لابد من إجراء اختبارات للدم فقد تؤدي النسب الزائدة البعض ويكون لها تأثير سام وقد لا تكون كذلك الحالات الأخرى.

:Secretion

المفرزين هرمون معوي يحث البنكرياس والكبد علي الإفراز تنتجه الأمعاء الدقيقة وهو يساعد علي الهضم ليس هذا فقط بل يجعل الطفل قادراً علي:

- الاستغراق في نومه.
- تحسن في الاتصال العيني.
- نمو المهارات الكلامية.
- زيادة الوعي.
- الاختيار الغذائي:

لكنها ليس في نفس الوقت سبباً من أسباب حساسية لبعض أنواع الأطعمة قد تعاني بعض حالات التوحد من الإصابة بهذا المرض وتؤثر بشكل ما علي

السلوك ، لذا فقد يساعد استبعاد بعض المواد الغذائية من النظام الغذائي علي تحسين الحالة وهذا ما يلجأ إليه الآباء والمتخصصون وخاصة البروتينات لأنها تحتوي علي الجلوتين والكازين والتي لا تهضم بسهولة أو بشكل غير كامل. وامتصاص العصاة الهضمية بشكل زائد عن الحد يؤدي إلي خلل في الوظائف الحيوية والعصبية بالمخ ، عدم تناول البروتينات يجنب مرضي التوحد تلف الجهاز الهضمي والعصبي علي إلا يتم الامتناع عنها بشكل مفاجئ ولكن تدريجياً مع استشارة المتخصصين.

وعلي الجانب الآخر فاطفال التوحد يوصف جهازهم التنفسي بأنه " جهاز مثقب" والذي يساعد علي ظهور اضطرابات سلوكية وطبية أخرى مثل الارتباك، فرط النشاط ، اضطرابات المعدة ، الإرهاق وباستخدام المكملات الغذائية وعقاقير ضد الفطريات قد تقلل من هذه الأعراض. وما زالت الأبحاث جارية حول ما إذا كانت هذه الإعاقات تحدث أثناء فترة الحمل أو الوضع أو لها علاقة بالعوامل البيئية مثل العضوي الفيروسي أو عدم توازن التمثيل الغذائي أو التعرض للمواد الكيميائية في البيئة.

بعض الطرق الأخرى لعلاج الطفل التوحدي :

العلاج النفسي الفردي التبصيري.

العلاج السلوكي التعليمي (برنامج يومي منظم)

التدخل الغذائي والدوائي :

أ- العلاج بالسيكريتين :

- عن طريق الحقن في الوريد و عبر الجلد.

- عن طريق الفم.

من علامات التحسن الأولي: المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي -

حسن الشهية - المهارات اللغوية والتواصل البصري.

المدة: ثلاثة أسابيع وتكرر بعدها بثلاثة أسابيع ك يستخدم معها مجموعة فيتامينات A, B1, B2, B6, B12 بالإضافة إلى الماغنيسيوم والزنك والكروم والكالسيوم والليسيثين وحمض الفوليك.

ب- وجبات خالية من الجلوتين والكازين:

مركبات أفيونية ناتجة عن هضم كامل لبروتينات الجلوتين والكازين (إفراز هرمون السيكريتين).

ج- زيت إيفالكس:

متوفر في الزيوت البحرية وجاري استخراجه من الطحالب للتغلب على مشكلة طعمه.

د- سوپر نيوترا :

في صورة شراب بطعم الفراولة أو البودرة أو الأقراص بالإضافة إلى فيتامين ب₆ وماغنسيوم و ٢٠ مادة غذائية أخرى.

هـ- الأحماض الدهنية أو ميجا ٣:

متوفر في زيت كبد الحوت وزيت السمك مضافاً عليه نكهة البرتقال لجعله مقبولاً.

و- دايميثايل جلايسين :

أقراص أو كبسولات ١٢٥ مجم، كيميائياً وفسيولوجياً تماثل الفيتامينات التي تذوب في الماء ولكنها تضاف كطعام ويضاف إليها ٨٠٠ مجم من حمض الفوليك وبعد ٢ - ٣ أسابيع يضاف فيتامين ب₆ ماغنسيوم.

ز- نالتريكسون :

يوقف عمل الأندروفينات عند مستقبلات الأفيون، والأندروفين مادة طبيعية موجودة في الجهاز العصبي تؤدي إلى الإحساس بالسعادة ولها أثر مخدر وقد وجد أن البيتا أندروفين زائدة في حالات الأوتيزم.

العلاج الدماغي العجزي :

تكنيك بسيط يعتمد على فكرة أن الجسم يعرف كيف يعالج نفسه.

النظرية الطبية وراءه: المخ ينتج سائلاً وهناك نظام أو ما يشبه النبض ناتج عن ضخ هذا السائل، عظام الجسم في حركة مستمرة طالما هناك ضخ لهذا السائل، وهناك تناغم دماغي عجزي يمكن التعرف عليه عن طريق الكشف الإكلينيكي، فكل عظمة لها حركته الطبيعية، وعندما تتحرك عظمة ما حركة غير طبيعية فهذا دليل على ضعف ضخ السائل المخي.

كل أعصابنا حسماً تبدأ في نقطة ما بين الدماغ والنخاع الشوكي، فإذا كان هناك ضعف في ضخ السائل المخي، فمن الممكن الإحساس بالألم في مكان ما بالجسم المتخصص المدرب يمكنه اكتشاف أي تغيرات دقيقة في الحركة وهو أيضاً مدرب على تكنيكات تساعد على حرية الضخ.

- نزع سموم المعادن الثقيلة.

- العلاج بالمضادات الحيوية.

- العلاج بمضادات الفطريات.

اضطراب في جهاز المناعة مما يؤدي على زيادة الخميرة والكانديدا بالجسم إذ يستخدم مضادات الفطريات مثل النيزورال والديفلوكان لمدة من ٤ - ٦ أشهر، حيث تبدأ الأعراض في الاختفاء خلال أسبوعين.

العلاج بالأعشاب والطب البديل :

أنواع مختلفة من العلاج منها عقار الكارسينوسين وهي تعطى على مستويات في جرعات يومية تتغير شهرياً، يلاحظ خلال الشهر نموجاً محدداً للتقدم والتراجع، مثال: أعراض نشاط زائد لمدة ٣ - ٥ أيام ثم قفزة مفاجئة في النشاط الاجتماعي من ناحية الكلام والإدراك وبهذا النشاط الزائد، يعقب ذلك

في فترة من التحسن التدريجي المستمر لمدة أسبوعين وفي آخر أسبوع من الشهر هبوط تدريجي في التحسن.

العلاج بالتكامل السمعي :

مرتين يومياً لمدة أسبوعين، مدة الجلسة ٣٠ دقيقة يستمع فيها الطفل إلى موسيقى دينامية من خلال جهاز يخلق توازناً بين الترددات المنخفضة جداً والعالية جداً (١٥ - ١٨ هرتزاً).

التكامل الحسي :

وجد أن هناك مشكلة في تكامل الحواس والمعلومات داخل الجهاز العصبي، وعلى الأخص في المعلومات المنقولة عن طريقة اللمس والحس المجازي (مسئول عن الاتزان والحركة والنغمة العضلية) والحس التقبلي الذاتي (منبه أو مثير ناشئ ضمن عضلات الشخص أو أوتاره العضلية) لذا يصمم ما يطلق عليه الوجبة الحسية، وهي تشمل تدريبات للحواس الثلاث المذكورة متكررة لمدة دقائق قليلة يومياً.

بسم الله الرحمن الرحيم
الحمد لله رب العالمين والصلوة والسلام على سيدنا محمد وآله الطيبين الطاهرين

الحمد لله الذي جعل في خلقه حكمة وفهم
والصلاة والسلام على سيدنا محمد وآله الطيبين الطاهرين

الحمد لله الذي جعل في خلقه حكمة وفهم
والصلاة والسلام على سيدنا محمد وآله الطيبين الطاهرين

خامساً: دور المجتمع والأفراد والمربين اتجاه موضوع الوراثة لإمكانية عدم وجود طفل معاق أو مشوه :

أولاً: دور المجتمع :

إن من أهم أدوار وواجبات المجتمع هنا ما يلي :

١- تدخل الحكومات والهيئات المعنية في شئون الزواج على وجه يقي النسل شرور الوراثة ويسبغ عليها خيراتها، ويتحقق ذلك عن طريق وسائل كثيرة منها:

أ- أن تعمد الحكومات والهيئات التي تشجع الخالين من العيوب والأمراض الجسمية والعقلية والخلقية، أي الذين من شأنهم أن ينجبوا حسب قوانين الوراثة نسلًا معافى صحياً نافعاً لأمتهم فتشجعهم على الزواج.

ب- أن يحظر الزواج من كل سن تداول قوانين الوراثة على أن التناسل فيها لا ينتج إلا ذرية ضعيفة واستخدام الأفلام المتحركة التي تعرض في الأندية والمدارس، وتوضح الكثير من أمر الوراثة وما يجب عمله اتقاءً لمضارها، ونشر الكتب النافعة وإنشاء المراكز الطبية المتخصصة.. إلخ.

ج- ومن هذه الوسائل كذلك ألا يمكن من الإنجاب من كان مصاباً بعاهاات أو أمراض جسمية أو عقلية قابلة للانتقال عن طريق الوراثة إلى الفروع "نظرية عدم التمكين" أو "الوقاية خير من العلاج" أو يعالج هؤلاء علاجاً يحول دون هذا الانتقال أو يخفف من مضاره.

٢- توعية المواطنين بالمعلومات الضرورية في مسائل الوراثة بالطرق المؤثرة والملائمة لمداركهم كطريق الإذاعة والتلفزيون، وإعداد المحاضرات التي يلقيها العلماء والوعاظ وخطباء المساجد.

ثانياً: دور الأفراد تجاه موضوع الوراثة :

يجب على الفرد ألا يقدم على الزواج إلا إذا كان واثقاً كل الثقة من صحته وتجرده من الأمراض الجسمية والعقلية الخلقية التي من شأنها أن تنتقل إلى ذريته عن طريق الوراثة، فإن خشي العنت من بقاءه أعزب وجب عليه أن يتقي التناسل ما استطاع إلى ذلك سبيلاً حتى لا يجني على أعقابه من بعده، ولا يصح أن يتزوج إلا من يثبت لديه تجرده من هذه العيوب بعد التحري الدقيق عنه وعن أسرته، فبذلك وحده تبرأ ذمه أمام الله وأمام ضميره وأمته وأعقابه.

وقد جاء الدين الإسلامي بما يقوي هذا الواجب وفي ذلك يقول ﷺ: "تخيروا لنطفكم فإن العرق دساس" والأفضل أن يختار الرجل زوجته من غير أسرته، فقد أثبتت قوانين الوراثة أن الزواج من الأقرباء يؤدي في الغالب إلى ضعف النسل من الناحيتين الجسمية والعقلية.

سادساً: وسائل الإقلال من حدوث الإعاقة :

١- عدم التعرض للإشعاع والكيماويات مثل المبيدات الحشرية ومخلفات المصانع وعدم تناول العقاقير بدون استشارة الطبيب لتجنب حدوث طفرات وراثية ضارة سواء كان في العوامل الوراثية نفسها أو في الكروموسومات

٢- يمكن الإقلال من حدوث الأمراض الوراثية المتنحية عن طريق الإقلال من زواج الأقارب، حيث ثبت علمياً وعن طريق تطبيق قواعد علم الوراثة أن زواج الأقارب يزيد من ظهور تشوهات القلب الخلفية ومن المياه البيضاء وشق سقف الحلق والشفة الأرنبية وغيرها

٣- يمكن الإقلال من حدوث الأمراض الوراثية السائدة والاختلال في أعداد الكروموسومات عن طريق تجنب الإنجاب بعد سن معينة للأب والأم، حيث أثبتت الدراسات أن السن الفاصلة هي ٣٥ عاماً، ولذلك ينبغي على كل سيدة يحدث لها حمل وتعدت سن الـ ٣٥ سنة أن تتجه للطبيب المتخصص لدراسة الكروموسومات في السائل الأمنيوسي المحيط بالجنين لتجنب ولادة طفل معوق بسبب اختلاف الكروموسومات.

٤- اكتشاف بعض الأمراض الوراثية في الجنين وأهمها :

أ- اختلال عدد الكروموسومات لكل أم تحمل بعد سن ٣٥ سنة وكذلك لكل أم سبق لها إنجاب طفل مصاب باختلال في تركيب عدد الكروموسومات.

ب- اكتشاف بعض الأمراض الوراثية بطرق التحاليل البيوكيميائية للسائل الأمنيوسي المحيط بالجنين وأوسعها انتشاراً في دول العالم الثالث، مثل: عدم التحام القناة العصبية في الجنين، وعدم تكوين عظام الرأس.

الفصل الرابع

الاتجاهات الحديثة في
دمج الأطفال التوحديين

کتابخانه

کتابخانه
کتابخانه

مقدمة

أولاً:- مفاهيم ومصطلحات الدمج

ثانياً:- فوائد دمج الأطفال التوحيديين

ثالثاً:- أشكال الدمج

رابعاً:- نظم وطرق الدمج

خامساً:- دمج المعاقين في المدارس العادية

سادساً:- دمج الأطفال التوحيديين في المدارس العادية

سابعاً:- إيجابيات وسلبيات الدمج

ثامناً:- صعوبات دمج الأطفال التوحيديين

الفصل الرابع

الاتجاهات الحديثة في دمج الطفل التوحدي

مقدمة

يقصد بعملية الدمج دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحيدين) في الفصول والمدارس مع الاهتمام باحتياجاتهم الخاصة من قبل معلم التربية الخاصة في غرفة المصادر - مبادرة التربية العادية وهو التعليم لهذا الفئة يتم عن طريق معلم التعليم العام لفئة الإعاقة البسيطة والمتوسطة في الفصول والمدارس العادية مع أخذ إستشارات فقط من المختصين في التربية الخاصة.

والدمج العام: وهو مصطلح يستخدم لوصف الترتيبات التعليمية عندما يكون جميع التلاميذ يدرسون بغض النظر عن نوع أو شدة الإعاقات التي يعانون منها في فصول مناسبة لأعمارهم مع زملائهم العاديين في مدرسة الحي السكني القريب منهم مع توفير الخدمات والدعم لهذه المدارس.

حيث يرى ساليند (١٩٩٤) أن الدمج بمفهومه المعاصر هو تحديد مكان الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة وفق خطة منتقاة يتم الإشراف عليها بدقة في الفصول الدراسية العادية و خلال برامجهم التربوية الدراسية و الاجتماعية. و البرنامج الدراسي في الفصل العادي لهؤلاء الطلاب يجب ان يلائم الاحتياجات التعليمية لهم أما البرنامج الاجتماعي فيجب ان يعد ليتمكن معه الطالب المدموج من استيعاب المناخ الاجتماعي للفصل و يتم قبوله من زملائه.

ووفق هذه المفاهيم للدمج ، فإن العدد الأكبر من الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة - حتى في الدول المتقدمة وعلى رأسها الولايات المتحدة الأمريكية - لازالوا يتلقون برامجهم التربوية و لو لبعض الوقت في فصول أو مدارس خاصة.

ولقد ساهمت المبادرات الدولية من الأمم المتحدة وهيئة اليونسكو والبنك الدولي في التأكيد على حق جميع الأطفال في التعلم معاً بصرف النظر عن إعاقاتهم، وأن التربية الشاملة هي حق إنساني يتفق مع الأسس التربوية والنفسية والاجتماعية، الأمر الذي أكد على أهمية هذا النظام.

وأقرت الوثيقة الختامية لمؤتمر سلامنكا بمبدأ الجمع بين التلاميذ والإقرار بضرورة العمل في سبيل التوصل الي مدارس للجميع، تضم جميع التلاميذ وترحب بما بينهم من فروق وتساند تعلمهم وتستجيب لاحتياجاتهم الفردية وتشكل تلك المدارس، بسعيها هذا، إسهاما قيما في جدول أعمال بلوغ هذا التعليم للجميع وإضفاء مزيد من الفاعلية على الدور التربوي للمدارس (فيديريكو ماير، ٢٠٠٢) .

وبشكل عام يمكن القول بأن الدمج يعني أن يكون الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحدين) الاعتبار الأول في أن يكونوا جزءاً من المجتمع العام.

ويعتبر اضطراب التوحد من الاضطرابات النمائية الصعبة والمعقدة والتي تصيب الأطفال في عمر مبكر ، حيث أن التوحد تم تصنيفه في الآونة الأخيرة علي أنه أحد فئات التربية الخاصة ، والتي لها تعريف وخصائص وطرق تشخيص وتقييم ، وبرامج تدخل سلوكي وتربوي لكل طفل توحدي حسب طبيعة المشكلات التي يعاني منها .

وقد تطورت النظرة إلي هذا الاضطراب وتزايدت في السنوات القليلة الماضية لتشهد اهتماماً ملحوظاً وتزايداً في عدد الدراسات التي تناولت العديد من الجوانب في هذا الاضطراب ابتداء من كثر إلي يومنا هذا ، ولكن الاتجاه الحديث بدأ يأخذ في عين الاعتبار طرق وأساليب التدخل وتطوير البرامج السلوكية والتربوية المناسبة لأطفال التوحد، والاتجاه نحو دمج الطفل التوحدي في نسيج المجتمع.

أما في تعليم الأطفال التوحديين واندماجهم مع الأطفال الأسوياء وفقد تبلورت عدة اتجاهات لمثل هذا الأمر ، أولها: الاتجاه التعليمي المبني علي الانفتاح الجزئي للطفل التوحدي ضمن المدرسة العادية بما فيها إتاحة الفرصة للأطفال التوحديين للاختلاط بغيرهم من الأطفال الأسوياء مع وجود مناهجهم التعليمية المختلفة الخاصة بهم وأنشطتهم الدراسية التي تتناسب مع غيرهم من الأسوياء سواء في الفصل أو سائر النشاطات الأخرى (McGee, et al, 1993) مع إعطاء الأطفال التوحديين اهتماما يناسب قدراتهم ، وتعددت الآراء حول فاعلية أي م هذين الأسلوبين (Simopson and Sasso, 1992) ولكل له حجته ونقاط ضعفه.

وهناك اتجاه آخر يعطي الأطفال فرص تلقي مناهج تعليمية خاصة مناسبة لقدراتهم مع توفير فرص مناسبة للاختلاط الإيجابي مع غيرهم من الأطفال الأسوياء.

ويمثل هذا الاتجاه تطورا طبيعيا الانفتاح المتدرج علي الأطفال الأسوياء مع توافر برامج متخصصة وملائمة لإعاقتهم. هو من الاتجاهات المفضلة لدمج الأطفال التوحديين مع غيرهم من العاديين.

والدمج مفهوم يفيد خدمة الأطفال المعاقين بصفة عامة ويفيد بسيطتي الإعاقة داخل الفصول العادية بصفة خاصة ويفيد أيضا الأطفال التوحديين مع تزويدهم بالعاملين والخدمات المساعدة وبهدف الدمج إلي تكامل الأنشطة الاجتماعية التعليمية للأطفال المعاقين في إطار البرامج التعليمية العادية جنبا إلي جنب مع زملائهم العاديين حيث إن دمج المعاقين في المدارس العادية أمر هام في حد ذاته، فقد تبنت العديد من التشريعات الوطنية والدولية المتعلقة بالنهوض بالمعاقين ورعايتهم مبدأ الدمج واعتبرته من أولويات التربية الخاصة.

أولاً: مفاهيم ومصطلحات الدمج:

هناك أكثر من مفهوم أو مصطلح يستخدم للإشارة إلى عملية دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين.. وعلي الرغم من تشابه المفاهيم من حيث المضمون العام إلا أنها تختلف بدرجة أو بأخرى ضمن الإطار العلمي الذي يشير إليه كل مفهوم. ومنها الآتي :

أ. الدمج بمعنى التكامل :

ويشير بشكل عام إلى تكامل الأنشطة الاجتماعية والتعليمية العادية جنباً إلى جنب مع زملائهم الذين يتمتعون بقدرات عادية.. كما أن هذا المصطلح يشير إلى التطبيع نحو العادية سواء داخل الفصل الدراسي أو خارجه بحيث تتاح أمامهم الفرص لملاحظة سلوك الآخرين والتفاعل معهم في ظل ظروف ومواقف عادية.

ويشير طلعت منصور إلى أن الدمج يعني - تكامل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في أوضاع وبرامج التربية النظامية.. ويرى بأية حالة تهيوء أو استعداد عام من المعلمين والعاملين مع المعوقين والوالدين والمجتمع في تربية ورعاية المعوقين مع العاديين في سباق بيئة أقرب إلى العادية قدر الإمكان.

ب. الدمج بمعنى توحيد السياق التعليمي :

ويقصد به دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس والفصول العادية جزءاً من فترات الدراسة النهارية مع زملائهم العاديين مع الاهتمام باحتياجاتهم الأخرى عن طريق الاستفادة من البرامج الأخرى مثل: الاستفادة من غرفة المصادر أو من معلم التربية الخاصة. كما يعرف بأنه وضع الطفل

العادي داخل إطار التعليم النظامي ولمدة قد تصل إلى ٥٠٪ من وقت اليوم الدراسي ، ووسائل التدريس التي تحقق الأهداف المرجوة ، مع تعاون التربويين في نظام التعليم الخاص والتعليم النظامي من أجل رعاية وتعليم المعوقين بفئاتهم المختلفة أثناء وقت الدمج في بيئة التعليم النظامي.

ج. الدمج الشامل أو الاستيعاب :

ويقصد به الدمج الكلي في النظام التعليمي العام أي: أن يكون الأفراد المعوقين جزءاً متضمناً أو مستوعباً في الفصل الدراسي - بمعنى استيعاب ذوي الاحتياجات الخاصة ضمن النظام التعليمي العام. كما إنه مصطلح يستخدم لوصف الترتيبات التعليمية عندما يكون جميع الطلاب - بغض النظر عن نوع أو شدة الإعاقة التي يعانون منها - يدرسون في فصول مناسبة لأعمارهم مع زملائهم العاديين في مدرسة الحي إلى أقصى حد ممكن ، مع توفير الدعم لهم في هذه المدارس، ومدرسة الدمج الشامل تعرف بأنها المدرسة التي لا تستثني أحداً - حيث تبني علي ما يعرف بفلسفة عدم الرفض أو عدم استبعاد أي طفل بسبب وجود إعاقة لديه ، ويعتمد علي سياسية الباب المفتوح ، لجميع الطلاب بغض النظر عن قدراتهم وإعاقتهم.

وعلي هذا: عندما يتم وضع الطفل المعاق (التوحدى) مع أقرانه العاديين خلال الأنشطة المدرسية التي تمكنه من اكتساب المهارات الاجتماعية وخبرات الحياة اليومية لفترتين أو ثلاثة أسبوعياً فإن هذا يعتبر مثلاً للتكامل.. أما عندما يتم وضع الطفل المعاق ببرنامجه الأكاديمي مرة أو مرتين يومياً مع توفير المساعدات التعليمية التكميلية من مدرسي التربية الخاصة فإن ذلك يعتبر توحيداً للمسار التعليمي لهذا الطفل إذا تلقى الطفل المعاق نفس الخدمة التربوية المدرسية مع زملائه العاديين دون استثناء.

• مصطلحات الدمج :

لقد شاع العديد من المصطلحات للإشارة إلى عملية إبعاد ذوي الاحتياجات الخاصة عن المؤسسات الداخلية وتقريبهم من الحياة في المجتمع خيرهم من الأفراد العاديين - ومن هذه المصطلحات ما يلي:

١. التحرر من المؤسسة:

يشير مصطلح التحرر من المؤسسة إلى تلك العملية التي تتضمن إبعاد المعاقين عن بعضهم البعض في المؤسسات الخاصة أو الداخلية ، ووضعهم في بيئات مفتوحة وأقل تقييداً لحرياتهم قدر الإمكان ، بما يسمح برعايتهم وتزويدهم بالتدريب والتأهيل الذي يمكنهم من الحياة مع أقرانهم العاديين.

وإن مصطلح التحرر من المؤسسات يعني الدعوة للتخلي عن مؤسسات رعاية المعاقين ، وتوفير بيئة أشبه بالبيئة الأسرية لرعايتهم ، والعمل على توفير أشكال الحياة اليومية التي تقترب قدر الإمكان من الظروف العادية للمجتمع ، إلى جانب توفير الخدمات الشاملة أكثر من الخدمات المنفصلة.

كما يقصد بالتحرر من المؤسسة تمكين ذوي الاحتياجات الخاصة، وفق صيغ متنوعة، أو بذل أقصى ما يمكن الجهد لتسهيل مشاركة الطفل المعاق في كامل الأنشطة التربوية والجماعية للمدرسة.

٢. التعميد والتطبيع نحو العاديين:

يمثل مفهوم التطبيع نحو العادية أخذ المفاهيم الأساسية الموجهة لاستراتيجيات التربية الخاصة للمعاقين ذهنياً في الوقت الحاضر حيث تذهب الآراء والمعتقدات المهنية المعاصرة إلى أن الظروف الحياتية وظروف التعلم بالنسبة للطفل المعاق ذهنياً يجب أن تكون أقرب ما تكون إلى الصورة العادية ،

والخلفية النظرية التي تقف وراء هذا المفهوم تتلخص في أنه ليس من المعقول توقع نمو السلوك العادي عند أي فرد من الأفراد إذا كان هذا الفرد يعيش في ظل ظروف محيطة به بأنها غير عادية كما هو الحال في البرامج التعليمية الخاصة التي تتم في إطار معزول.

وتعني الكلمة أن الأفراد وكذلك المجتمع ككل ينمو لديه اتجاهات تؤدي إلى تقبل كل أفراد المجتمع كأعضاء متساوون سواء داخل العائلة أو في المجتمع ، وحتى لو كانوا مختلفون عن باقي أفراد المجتمع ، أو إذا كان منهم من لديه احتياجات خاصة بسبب أي آفة وهذا يعني أن يقوم الشخص العادي بتعديل سلوكه وتصرفاته حسب احتياج الآخرين وكما ويقصد بالتطبيع أيضاً تعديل القوانين وإعداد البيئة بحيث يستطيع الفرد المعاق إن يأخذ فرصته كالأشخاص العاديين للعيش حياة كريمة ، ويستطيع أن يكون عضواً نشيطاً داخل المجتمع حسب قدراته. ولا يعني التطبيع هو استيعاب المعاقين فقط. ولكن يعني دمجهم وقبولهم كأشخاص لهم دورهم داخل المجتمع.

ومن خلال تطور المجتمعات نجد أن المعاقين كان يساء معاملتهم في الماضي بل يتم عزلهم عن المجتمع ويقتلون ولكن الآن بعد التطور الذي حدث ولقد ساعدت الخبرة والمعرفة والمعلومات علي وجود الأفكار الجديدة التي شكلت فكرة التطبيع. وهذا يعني أن الأشخاص المعاقين لابد أن يروا كجزء طبيعي داخل المجتمع ، فهذا يعني أن نوعية حياتهم واحتياجاتهم لابد أن تكون ضمن نفس قوانين، ورعاية طبية و ورعاية اجتماعية ، وتعليم ، وعمل وترفيه ، فهذا يعني أن الأفراد المعاقين كالأفراد العاديين لديهم واجبات ومسؤوليات تجاه المجتمع كما أن لهم حقوق أيضاً. نقصد الجميع لديهم حقوق وواجبات كل حسب قدراته. وقد يكون ذلك صعباً ولكن لابد أن نسعى جميعاً من أجل تحقيق ذلك.

وحتى نستطيع عمل تطبيعاً جيداً لابد أن نغير من اتجاهات المجتمع تجاه المعاقين و لابد أن يحدث تفاعل جيد وتواصل ، ولابد من عمل تعديل الامكانيات الموجودة في البيئة حيث يتناسب مع المعاقين ، وكل هذا بدوره سيؤدي إلي دمج المعاقين داخل المجتمع.

أن مصطلح التطبيع يقضي بأن تتاح للمعوقين نفس أساليب وظروف وفرص الحياة العادية المتاحة لبيئة أفراد المجتمع أو مستوي يماثل تلك الظروف التي يعيش فيها الأفراد العاديين ، كما يتضمن تعليم المعوقين أساليب السلوك المناسب، وتشجيعهم علي استخدامها، وتعويدهم علي الظهور بالمظهر اللائق وتعريفهم بخبرات متعددة تقربهم من أساليب الحياة العادية وتيسر لهم الاندماج فيها.

أى أن التطبيع يعني: أن نتيح كل أنماط وظروف الحياة اليومية والقريبة قدر الإمكان من الاتجاه الرئيسي السائد في المجتمع - بأن يتاح لهم احتكاك أكبر بالناس من خلال زيارة المتاحف والمشاركة في الحفلات أو العمل في المجتمع عندما تسمح حالة الفرد بذلك. واقتراح: بأن نفرق بين تطبيع المكان (البيئة) وتطبيع الفرد.

أولاً: المقصود بتطبيع البيئة: هو عملية تطوير السكن والمدارس والخدمات المتاحة في المجتمع لتكون أكثر ملائمة وموافقة للمعايير الحضارية، وأن تخلو البيئة من أي إثارة لمشكلة الشخص التي تسبب شعور بالخزي الذي يصاحب التخلف العقلي.

أما المقصود بتطبيع الفرد: فهو إكسابه المهارات اللازمة لتقلد الأدوار والمسئوليات الاجتماعية.. وعلي هذا: فإن التطبيع نحو العادية عملية قوامها النظرة إلي المعوق " كشخص عادي " ، وبالتالي إلي حقه في النمو في بيئة عادية " قدر الإمكان (وهناك بعض المقترحات لتطبيق مبادئ التطبيع) منها يلي:

١. تخطيط وإدارة الخدمات المقدمة للمعوقين علي نحو يتلاءم مع المعايير الثقافية وأنماطها في المجتمع.

٢. أن يسمح للأشخاص المعوقين بأن يخبروا النظام العادي للحياة اليومية (كالملبس والمأكل والتعاملات) ولدورة الحياة (كالأنشطة الملائمة لعمر الفرد) وهي تلك الخبرات الباعثة علي نضجهم.

٣. احترام رغباتهم واختياراتهم ، وإعطائهم إمتيازات اقتصادية ومدنية عادية.

٤. تزويدهم بتربية وتدريب ورعاية أقرب إلي العادية في حجمها ومظهرها.

٥. توفير الخدمات الشاملة أكثر من الخدمات المنفصلة قدر الإمكان.

• توحيد المساق التعليمي :

قدم كوفمان وجوتليب وأجارد وكوكيك مصطلح توحيد المساق التعليمي وعرفوه بأنه " الاندماج التعليمي والاجتماعي المؤقت بين ذوي الاحتياجات الخاصة المؤهلين للاستفادة من البرامج التربوية مع قدراتهم من الأطفال العاديين في صفوف المدرسة العادية ، وذلك بتصميم خطط تربوية منظمة ومبرمجة فيها مسئوليات القائمين علي البرنامج والنواحي التعليمية والإدارية.

وبذلك يحدد هذا التعريف العناصر التالية:

- أ. المكان الذي سيوضع فيه الطفل مع زملائه العاديين.
- ب. المدة التي سيوضع فيها (اندماج مؤقت) - وأكدت التقارير أن الطفل يجب أن يتعلم في فصل عادي بنسبة ٥٠٪ أو أكثر من اليوم الدراسي.
- ج. يتحدد ما يقوم به الطفل (اندماج تعليمي) ، كما يتحدد مع من يتفاعل أثناء اليوم الدراسي (الجانب الاجتماعي).
- د. يحدد مسئوليات المعلمين وغيرهم من العاملين لضمان التناسق في أداء الخدمات.

وعرف هيجارتي hegarty مصطلح توحيد المجري التعليمي بأنه تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية - بحيث يتم تزويدهم ببيئة طبيعية تضم أطفالا عاديين ، بما يساهم في تخلصهم من عزلتهم.

ويمكن الإشارة هنا إلى المفاهيم الأكثر تداولاً بالنسبة للدمج

❖ Mainstreaming :

تعني وجود الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة في بعض الحالات في الصف العادي و لكن هناك برنامج له خارج الصف العادي ويرجع إلى الصف في بعض النشاطات ليظل بنفس المستوى الموجود فيه الأطفال الآخريين ، وذلك بناء على القدرات التي يصل إليها ، وهذا الهدف تقليدي لعملية الدمج.

❖ Inclusion :

الهدف هنا تعليم الطفل إلى أكبر درجة تناسب الطفل في المدرسة أو الصف الذي يمكن أن يقدم خدمة له ، وهنا يتم توفير وتقديم الخدمات المدعمة إلى الطفل أكثر من تحريك الطفل للخدمة ، وتحقيق المتطلبات التي يستطيع الطفل فقط أن يحققها في الصف أكثر من جعله يجاري الأطفال الآخريين ، ويعتبر هذا شكل حديث من تقديم الخدمات التربوية.

❖ Full Inclusion :

ويعني ذلك أن كل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة منهم (الأطفال التوحيديين) بغض النظر عن طبيعة المشكلات التي يعانون منها يجب أن يكونون ضمن البرامج والصفوف العادية كل الوقت ، ويجب أن تقدم لهم كافة الخدمات في الوضع الموجود فيه (الدمج الكامل).

ثانياً:- فوائد دمج الأطفال التوحديين وأهدافه:

يقدم الدمج التربوي الشامل للطلاب المعوقين وأيضاً التوحديين عدداً من الفرص التعليمية والنماذج الاجتماعية، مما يساعد علي حدوث نمو اجتماعي أكثر ملائمة ، ويقلل من الوصمة بالإعاقة التي تصاحب برامج العزل. كما توفر بيئة التربية العامة الفرصة لتعميم المهارات التي تعلمها الأطفال المعاقين والأطفال التوحديين أيضاً من خلال التفاعل مع أقرانهم العاديين.

وللتحقق من فاعلية الدمج في الفصل الدراسي العادي فقد قام كلا من ماك جي وباراديس تريفور (1993) Mc gee & paradise Trevor، بدراسة أثار الدمج علي مستويات السلوك التوحيدي وذلك بمقارنة الظروف التعليمية التي يتعلم فيها الأطفال التوحديين وهي كالتالي:

التعلم مع الأقران العاديين، التعلم مع الأقران التوحديين، التعلم الفردي.

وفي دراسة أخرى قام بها كامبس وآخرون (١٩٩٤) تبين أن التعلم من خلال الفصول العادية مع الأقران العاديين يزيد من طلاقة القراءة ويصحح من استجابات أطفال العينة لأسئلة الفهم.

كما أشار كامبس وآخرون (1995) Kamps et al إلي أن الدمج في الفصل الدراسي العادي قد أدى إلي ارتفاع مستويات التحصيل الأكاديمي لدي كلا من الأطفال التوحديين وأقرانهم العاديين ، كما أنه زاد التفاعل بين الأقران من خلال مجموعات التعلم التعاوني.

وقد أوضح وديكلين وأدوم (1998) Deklyen & Odom أن أنشطة الدمج الاجتماعي Social Integeation قد أدت إلي ارتفاع مستوي التفاعل والتقارب بين الأقران كما كان للدمج أثر في حصول الأطفال التوحديين علي درجات مرتفعة في اللغة وتقديرات عالية في الكفاءة الاجتماعية.

ومن حيث الفوائد التي تعود علي الأطفال العاديين من عملية الدمج فقد لاحظ هالفورسن وسيلون Salion & Halvorson أن تواجد الطلاب المعاقين في غرفة الدراسة العادية يمكن أن يزيد الفهم والاحترام حول الفروق الفردية بين جميع طلاب الفصل العادي ، كما أن وجود الأطفال التوحيديين في الفصل الدراسي العادي يزيد من الاتجاهات الإيجابية للأقران العاديين نحو أقرانهم التوحيديين كما أظهرت الدراسات أن وجود الأطفال المعاقين ومنهم التوحيديين داخل الفصل الدراسي العادي ليس له تأثير دال علي السلوك والتحصيل الأكاديمي أو ضياع وقت الفصل. (بيرادلي 2000 Bradley et al).

• ومن أهم فوائد الدمج للأطفال التوحيديين :

١. التخلص من الآثار السلبية لاستراتيجية نظام العزل.
 ٢. التغلب علي قصور الخدمات التربوية والتأهيلية.
 ٣. التغلب علي ارتفاع الكلفة الاقتصادية لاستراتيجية النظام العربي
 ٤. تأمين الحياة الطبيعية كحق من حقوق الطفل المعاق (التوحيدي)
 ٥. التقليل من فرص التشخيص الخاطئ للفئات الخاصة.
- ومن فوائد الدمج أن الأطفال المعاقين والغير معاقين يلعبون ويتعلمون معاً ويتعلم منهم من الآخر. كما أن المميزات ستعود علي المشاركين من مدرسين وأطفال والمجتمع.
- وسيتعلم الأطفال أن كلنا متساوون وأنه من الطبيعي أن يكون هناك شخص مختلف. ويعرف المدرسين والعاملين كيف يتعلم الطفل وكيف ينمو كما أنه من الخطورة أن نبدأ في عمل دمج بسرعة دون إعداد جيد وبدون تخطيط جيد ، لأن ذلك قد يؤدي إلي عزل الأطفال المعاقين أكثر من دمجهم ، أو يؤدي إلي دمج جسمي للطفل فقط.

• أهداف نظام الدمج:

يهدف نظام دمج التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة في الفصول العادية بالدرجة الأولى إلى عدم عزل هؤلاء التلاميذ عن مجتمعهم ومحيطهم الأساسي الذي هو المدرسة والفصول العادية بالإضافة إلى علاج مشكلات التلاميذ النفسية والسلوكية والاجتماعية والدراسية التي تحول دون تطورهم التعليمي والتربوي والعمل على تنمية القدرات الدراسية ليتمكنوا من مواكبة المستوى الدراسي للتلاميذ العاديين، وتقسيم المناهج الدراسية لهذه الفئة من التلاميذ وتسهيلها لتناسب قدراتهم بالإضافة إلى العمل على اكتشاف القدرات والاستعدادات لتناسب قدراتهم بالإضافة إلى العمل على اكتشاف القدرات والاستعدادات الكامنة لديهم وتنميتها عن طريق إجراء الاختبارات التشخيصية لتعرف الصعوبات التعليمية ونقاط القوة والضعف لديهم والأسلوب المناسب لتعليم كل حالة على حدة، كما تهدف تجربة الدمج إلى تكوين علاقات اجتماعية حسنة بين التلاميذ بعضهم ببعض.

كما يهدف نظام الدمج إلى تحرير المعوقين من أسر المؤسسات الخاصة التي تعزلهم عن الحياة الاجتماعية Deinstitutionalization، وأن يتاح لهم من فرص الحياة اليومية وظروفها العادية ما يتاح لأقرانهم العاديين من أفراد المجتمع، بحيث يشاركون في نشاطات الحياة الطبيعية بأقصى ما تسمح به استعداداتهم وإمكاناتهم وهو ما يعرف بالتطبيع نحو العادية Normalization، وأن يعيشوا في أوضاع بيئية تتسم بأقل قدر ممكن من القيود الاجتماعية والنفسية والأكاديمية.

• ومن أهم أهداف نظام الدمج:

- ١- أن يسمح للطلبة الذين يلتحقون بالمدارس الخاصة أن يكونوا مندمجين ضمن المدارس العادية ومساعدتهم في تطوير قدراتهم التعليمية.

٢- تمكين المدارس العادية من خلال المساعدة والتسهيلات الإضافية من تنفيذ الدمج والتعامل مع المشكلات التي يعاني منها بعض الطلاب في المدارس.

٣- التفاعل الإجتماعى بين الأطفال التوحيدين وبين الأطفال العاديين.

٤- تنمية روح المشاركة والتعاون بينهم فى أداء بعض الأعمال والأنشطة الرياضية.

ثالثاً: أشكال الدمج :

تشير فضيلة الراوي (١٩٩٩) إلى ثلاث أشكال من دمج الأطفال التوحيدين في المدرسة العادية وهي كالتالي:

١. برامج الصف الخاص الملحق بالمدرسة العادية :-

حيث يتم وضع الأطفال التوحيدين ذوي الاضطراب البسيط في فصل خاص في المدرسة العادية ويتم تقديم الخدمات المختلفة المناسبة لهم كل علي حسب حاجته. ويحتاج هذا البرنامج إلي الدعم المستمر من إدارة التربية الخاصة والتعاون المستمر بينها وبين المدرسة التي تطبق البرنامج. وقد يكون هذا الدعم علي شكل دورات تأهيلية للمدرسين الذين يعملون مع الطفل التوحيدي أو علي شكل حلقات دراسية ، أو نشرات ودراسات مستمرة ، ومن خلال القيام بعمل معارض ومسابقات للأطفال التوحيدين علي مستوي المدارس المختلفة التي تقدم مثل هذه البرامج.

إلا أننا إذا نظرنا نظرة فاحصة إلي هذا النظام نجده يقوم علي العزل حيث لا يشترك الأطفال التوحيدين مع أقرانهم العاديين وكأن المدرسة صارت جزئين ، جزء للأطفال التوحيدين والجزء الأكبر الآخر للأطفال العاديين.

٢. الدمج الجزئي Partial Inclusion

حيث يلتحق الطفل التوحيدي بالفصل العادي في بعض المواد الدراسية ثم يرجع غلي فصله الذي يضم أطفال توحيدين مثله. ونجد أن دمج هؤلاء الأطفال في الفصل العادي قد لا يقتصر سوي علي حصص النشاط. ويجب أن ينسق معلم الفصل العادي مع معلم التربية الخاصة دخول الطفل إلي الفصل مع أقرانه العاديين والمواد التي يتلقاها داخله والوقت الذي يقضيه وتنظيم التفاعل بينه وبين أقرانه العاديين.

٣. الدمج الكامل (الكلي) Full Inclusion

حيث يتم إلحاق حالات التوحد ذات الأداء الوظيفي Higher Functioning Autism وحالات أسبرجر Asperger syndrome بالفصل الدراسي العادي كما أنه من الممكن أن يضم الفصل حالات توحد تختلف من حيث المستوي الوظيفي أو شدة التوحد ويحتاج هذا النظام من الدمج إلي التعاون

الوثيق بين معلم الفصل العادي ومعلم التربية الخاصة الذي يساعد المعلم والأطفال التوحديين داخل الفصل ، كما أنه يجب تشجيع المعلمين من كافة التخصصات علي تجميع خبراتهم وتبادلها مع بعضهم البعض وتنمية معلوماتهم ومواهبهم كماً وكيفاً لتحقيق الفائدة القصوي من وجود الأطفال التوحديين في الفصل الدراسي العادي.

وعندما ينخرط المعلمون في عملية التدريس المتكامل فإن المعلم العادي عادة ما يتحمل مسؤولية تقديم محتوى المادة بينما يقوم معلم التربية الخاصة بتقديم إستراتيجيات تعليمية معينة مثل التخليص واستراتيجيات الذاكرة ومهارات التعميم للأطفال الذين قد يستفيدون من هذه الخدمات. كما إنه يتاح لمعلم التربية الخاصة الفرصة لتعليم المهارات في بيئة مماثلة لتلك التي يجب أن تمارس فيها وبالتالي تزداد احتمالات حدوث التعميم (باونز وآخرون Bauwens et al 1995) كما يمكن لهؤلاء الأطفال الاستفادة من خدمات غرفة المصادر حيث تتم مساعدتهم في بعض المواد التي قد يتعثرون فيها.

رابعاً: -نظم وطرق الدمج

مع بداية النصف الثاني من القرن العشرين ، ومع تزايد الانتقادات لنظام العزل ، بدأت التوجهات في التربية الخاصة تتحول من اتجاه العزل إلى الدمج مع الأطفال العاديين - فهي تربية تقوم علي " الوصل لا الفصل " بين مجتمع العاديين وغير العاديين ، وتسعي إلي دمج المعاقين في جسم المجتمع ، واندماجهم فيه كأعضاء وظيفية و " انتمائهم " إليه كمواطنين فعالين.

ولقد دعم هذا الاتجاه بقوانين تكفل الحق لذوي الاحتياجات الخاصة فقد صدر القانون العام الأمريكي " التربية لجميع الأطفال المعاقين " في عام ١٩٧٥م ليؤكد علي أن المعاق له الحق في أن يتلقى التعليم العام المناسب والمجاني من خلال برنامج تربوي فردي يقدم له في بيئة تربوية بعيدة ما أمكن عن القيد والعزلة ، والمتوفرة في المؤسسات الخاصة وفي بريطانيا: أصدر المكتب الاجتماعي في الديوان الملكي قانوناً تربوياً تضمن فصلاً عن المعاقين يدعو المناطق التعليمية في إنجلترا وويلز إلي أن كل من هو بحاجة إلي خدمات تربوية خاصة - بما فيهم المعاقين - له أن يتلقاها في المكان المناسب الذي تقرره لجان متخصصة تضم ولي أمر الطفل المعاق.

وقد أخذ المجتمع العالمي بهذا الاتجاه الذي يسعى إلي الاندماج من خلال شعار العام الدولي للمعوقين (١٩٨١) " المساواة والمشاركة الكاملة " ومن خلال مفهوم " مجتمع للجميع " - حيث يشير المفهوم إلي مسؤولية المجتمع حيال أفراد المعاقين ، وتغيير المجتمع يتلاءم مع متطلبات جميع أفراد ، وجاء الإعلان العالمي التربية للجميع تنويحاً لإبراز سمات هذه المرحلة ، وبدأت في السنوات الأخيرة المناداة بضرورة اتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية المعاقين من التمييز ، وتمكنهم من الوصول إلي الاستفادة من مختلف الأنشطة والخدمات المتوفرة في

المجتمع.. وبدأ هذا الاتجاه في الانتشار في الكثير من المجتمعات حتى عم الدول الأوروبية وكندا ، وشاع في بعض دول العالم الثالث مثل ماليزيا والهند- وفي الوقت الذي تتزايد فيه أعداد من هم بحاجة إلي هذا النوع من التربية.

وأن الدمج مفهوم يفيد خدمة الأطفال المعاقين ذهنياً وخاصة الإعاقة داخل الفصول العادية. مع تزويدهم بالعاملين المتخصصين والخدمات المساعدة ، كما يشير مصطلح الدمج إلي تكامل الأنشطة الاجتماعية – التعليمية للأطفال المعاقين ذهنياً في إطار البرامج التعليمية العادية جنباً إلي جنب مع زملائهم العاديين.

وبإبقاء إي طفل من المعاقين ذهنياً في المجري التعليمي العادي يتطلب تقييم بصفة دورية للحاجات التعليمية للطفل يهدف هذا للتأكد من أي من البرنامجين (البرنامج الخاص والبرنامج العادي) يعتبر أكثر ملائمة للطفل أم خليطاً من البرنامجين. وعموما فإن توحيد المجري التعليمي أو الدمج يعني إعطاء الطفل المعاق ذهنياً أفضل الفرص للتعليم في ظل أقل قدر ممكن من القيود البيئية المفروضة ، فالتركيز هنا علي الحاجات التعليمية للطفل بدلا من التركيز علي مسميات وتصنيفات.

• طرق الدمج

لدمج طرق مختلفة، منها أن يوضع طفل أو مجموعة من الأطفال ذوي احتياجات خاصة داخل فصل عادي أثناء أنشطة معينة، وسيحصل الطفل علي رعاية خاصة وعادة ما تكون بمدارس التربية الخاصة، أن يكون للطفل ساعات إضافية يتعلم فيها مع مدرسة. وهنا يكون الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أقرب إلي ضيوف داخل الطفل، لابد لهم أن يأقلموا أنفسهم علي النظام الموجود بالفعل.

وهناك طريقة أخرى يدمج فيها الطفل داخل الفصل في معظم الوقت داخل كل النشطة تقريباً. ويعني الدمج في هذه الطريقة هو تعديل المدرسة بطريقة يستطيع الطفل المعاق أن يحصل علي فرصة للتفاعل واللعب والتعلم والشعور بالانتماء. وهذا يعني أن يعدل الفصل والملاعب بحيث يقابل احتياجات وقدرات الطفل المعاق.

وبهذه الطريقة يستطيع أن يشارك ويشعر بأنه قادر علي فعل الأشياء وليس عاجزاً فالدمج هنا يحتاج إلي تغيير في طرق التدريس والاختبارات داخل الفصول حتي تتناسب مع الاحتياجات الفردية بدلا من أن يطلب من الطفل أن يأقلم نفسه مع البرامج الموضوعية. كما يتطلب مرونة في النظام التعليمي.

حيث تلعب اتجاهات الأفراد نحو بعضهم البعض دوراً كبيراً في نشأة العلاقات بينهم وفي تعاونهم اليومي في مواقف الحياة المختلفة. فالاتجاهات هي تنظيمات نفسية يكتسبها الفرد من خلال تفاعله مع مواقف الحياة المختلفة بما تتضمنه من موضوعات وأفراد ، ومن ثم ولكي تنشأ العلاقات الطيبة بين الأفراد لابد من أن يتقبل كل منهم الآخر بحيث يسعى كل منهم إلي مساعدة الآخر ، وإذا كان للاتجاهات مثل هذه الأهمية في تعامل الأفراد العاديين مع بعضهم البعض ، فإنها تمثل أهمية قصوي بالنسبة لتعاملهم مع المعوقين حيث تؤثر الطريقة التي يتعامل بها الطفل المعاق سواء في المدرسة أو المنزل تأثيراً كبيراً علي شخصيته وعلي اتجاهه نحو المعوقين ويعد مطلباً أساسياً لإدماجهم في المجتمع بمؤسساته بصفة عامة وفي التعليم بصفة خاصة حيث يعد نجاح هذه العملية رهن بعدد من العوامل التي من أهمها اتجاه المجتمع نحو المعوقين بصفة خاصة ومن ثم يمكن تعديل تلك الاتجاهات إذا كانت سلبية وتدعيمها إذا كانت إيجابية.

• **بعض الطرق الأخرى الخاصة بنظام الدمج:**

أ. **فصول خاصة:** حيث يلحق الطفل بفصل خاص بالمعاقين داخل المدرسة العادية في بادئ الأمر مع إتاحة الفرصة أمامه للتعامل مع أقرانه العاديين بالمدرسة أطول فترة ممكنة من اليوم الدراسي

ب. **حجرة المصادر:** حيث يوضع الطفل في الفصل الدراسي العادي ويتلقى مساعدة خاصة بصورة فردية داخل حجرة خاصة ملحقة بالمدرسة - حسب جدول يومي ثابت وعادة ما يعمل في هذه الحجرة معلم أو أكثر من معلمين التربية الخاصة الذين أعدوا خصيصاً للعمل مع المعاقين.

ج. **الخدمات الخاصة:** حيث يلحق الطفل بالفصل الدراسي العادي مع تلقيه مساعدة خاصة من وقت لآخر بصورة غير منتظمة في مجالات معينة مثل القراءة أو الكتابة أو الحساب وغالباً ما يقدم معلم تربية خاصة (متنقل) يزور المدرسة مرتين أو ثلاث مرات أسبوعياً.

د. **المساعدة داخل الفصل:** حيث يلحق الطفل بالفصل الدراسي العادي مع تقديم الخدمات اللازمة له داخل الفصل حتى يمكن أن ينجح في هذا الموقف. وقد تتضمن هذه الخدمات استخدام الوسائل التعليمية أو الأجهزة التعويضية أو الدروس الخصوصية وقد يقوم بهذه الخدمات معلم (متنقل) أو معلم الفصل العادي بمساعدة المعلم المتنقل أو المعلم الاستشاري.

هـ. **المعلم الاستشاري:** حيث يلحق الطفل المعاق بالفصل الدراسي العادي ويقوم المدرس العادي بتعليمه مع أقرانه العاديين ويتم تزويد المعلم بالمساعدات اللازمة عن طريق معلم استشاري مؤهل في هذا الصدد و هنا يتحمل معلم الفصل العادي مسئولية إعداد البرامج الخاصة بالطفل وتطبيقها أثناء ممارسته لعملية التدريس.

خامساً: دمج المعاقين في المدارس العادية :

أولاً: ضرورة تعرف المدرسة علي الحاجات التعليمية للتلاميذ بصورة عامة والمعاقين بصورة خاصة.

ثانياً: ضرورة تغيير اتجاهات القائمين علي تربية الأطفال نحو الغرض من المدرسة وكيفية تحقيقها لأهداف واسعة النطاق.

١. فهم الإعاقات المختلفة وكيفية تشخيصها والقوانين المتعلقة بتربية وتعليم المعاقين.

٢. معرفة الخصائص المختلفة والحاجات الأساسية الخاصة بكل فئة من فئات المعاقين.

٣. معرفة كيفية إجراء ما يلزم من تعديلات في طرق التدريس أو المناهج الدراسية بحيث يمكن مواجهة الاحتياجات الخاصة بالمعاقين.

٤. معرفة أساليب توجيه وإرشاد التلاميذ العاديين بما يساعدهم علي تقبل أقرانهم المعاقين كما يساعدهم علي توفير القدوة الحسنة التي يمكن إن يقتدي بها المعاقين.

٥. معرفة كيفية التعامل بفاعلية مع أولياء أمور المعاقين وزملائهم المدرسين العاملين في مجال التربية الخاصة.

٦. التقبل الإيجابي غير المشروط لجميع التلاميذ بغض النظر عن إعاقاتهم.

٧. إتاحة الفرص والبرامج والأنشطة المناسبة لتفاعل التلاميذ المعاقين مع أقرانهم العاديين بصورة تؤدي إلي تقبلهم لبعضهم البعض.

ثالثاً: إعداد المناهج الدراسية والبرامج التربوية المناسبة التي تتيح فرص التعلم وتنمية المهارات الشخصية والاجتماعية والتربوية ومهارات

سادساً: دمج الأطفال التوحديين في المدارس العادية:

إن النزعة الحديثة تجاه الدمج الكامل Full inclusion للأطفال التوحديين في برامج المدرسة العامة مع أقرانهم العاديين قد زادت بشكل واضح في الآونة الأخيرة. (ألكن وآخرون 1996 alkn et al) وقد كانت هذه التربة نتيجة القوانين والتشريعات التي نصت علي ضرورة توفير أساليب الرعاية التربوية والمهنية للمعوقين مع أقرانهم العاديين مثل القانون الأمريكي رقم (٩٩٤ - ١٤٢) لسنة ١٩٧٥.

كما شهد عقد الثمانيات من هذا القرن زيادة الحركة تجاه دمج الطلاب الذين يعانون من مشكلات تعليمية وسلوكية شديدة دمجاً شاملاً في بيئة التربية العادية وقد صدرت العيد من القوانين التي أقرت بضرورة تعليم الطلاب غير العاديين في فصول التربية العادية وبيئات التكامل الأخرى مثل القانون

(٤٥٧/٩٩) الذي أقر عام ١٩٨٦ والقانون (٤٧٦/١٠١) لعام ١٩٩٠. وقد تمثلت احدي استجابات المجتمع التربوي لهذا القانون في اتخاذ إجراءات بديلة لدمج الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة (برادلي وتيسير ، Bradley & Tessier 2000).

وعلي هذا فقد ظهرت العدد من المصطلحات للتعبير عن فلسفة الدمج مع الأفراد العاديين مثل التحرر من المؤسسات deinstitutionalization ، والبيئة الأقل تقييداً least destructive environment ، والتطبيع normalization ، والتكامل integration ، وتوحيد المسار التعليمي mainstreaming ، وأخيراً مصطلح الدمج أو الدمج الكامل full inclusion.

حيث أن معظم الاتجاهات العالمية المعاصرة لبعض الدول المتقدمة تطبق سياسة تعليم الأطفال التوحديين مع أقرانهم العاديين - سواء في نفس

الفصول أو في فصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية ، حيث يعتبر الدمج بيئة التعلم الأقل تقييداً أو البديل التربوي الأقل تقييداً ، وهو مبدأ رئيسي في التربية الخاصة ، فينادي دمج ذوي المشاكل والمعوقات التعليمية مع الأطفال العاديين وهذا لا يعني أن يتعلموا داخل الفصول العادية أو النظامية فقط ولكن مع اللجوء إلى المدارس أو الفصول الخاصة في حالة الأطفال شديدي الإعاقة مع استنفاد كل المساعدات الإضافية والتكميلية والمصادر الخاصة التربوية مع هؤلاء الأطفال قبل نقلهم إلى مدارس وفصول خاصة ولكن مع استخدام استراتيجية البيئة الأقل تقييداً يمكن دمج هذه الفئات الشديدة الإعاقة في كامل النظام التعليمي للعاديين وذلك بتوفير البيئة المدرسية الأكثر مناسبة لنوع وشدة الإعاقة.

سابعاً: إيجابيات وسلبيات الدمج:

• إيجابيات الدمج

١. التعليم لجميع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الصفوف العادية مهما كانت طبيعة المشكلة.
٢. تزويد جميع الطلاب بالفرص المعززة للإسهام في تعليم بعضهم البعض.
٣. تزويد الخدمات العادية ضمن المدارس العادية.
٤. تدعيم المدرسين العاديين والإداريين بالتدريب اللازم ، والأساليب والوقت
٥. يتبع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة نفس الجدول للأطفال العاديين
٦. ربط الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الصفوف المناسبة لأعمارهم وكذلك المناهج والنشاطات الإضافية بما فيها الفن والموسيقى والرحلات ... الخ.
٧. الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يمكنهم أن يستخدموا المرافق المختلفة في المدرسة مثل المطعم ، المكتبة ، ساحة الملعب. الخ.
٨. تدعيم علاقات الصداقة بين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال العاديين.
٩. يعطي فرصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لاستقبال التدريب الأكاديمي والعمل في البيئة الاجتماعية العادية كلما كان ذلك مناسباً.
١٠. تدريب وتعليم كل الأطفال لفهم وقبول الفروق الفردية.
١١. وضع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في نفس المدارس التي يمكن أن يلتحقوا بها في حال عدم وجود إعاقة.
١٢. الأخذ بعين الاعتبار احتياجات الوالدين بجدية.

١٣. تزويد الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالبرنامج التربوي الفردي المناسب.

• سلبيات الدمج

١. وضع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية دون الإعداد والدعم.
٢. تزويد الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بخدمات تربوية خاصة بشكل فردي أو أماكن معزولة
٣. إهمال الحاجات الفردية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
٤. تعريض الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى الخطر ، وكذلك إلى عدم الأمان والسعادة.
٥. وضع متطلبات غير مقنعة بالنسبة للمعلمين والإداريين حول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة
٦. إهمال اعتبارات الوالدين.
٧. عزل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية.
٨. وضع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس أو الصفوف غير المناسبة للعمر الموجودين فيه.
٩. ضرورة إن يكون لدى الطفل الاستعداد والاستحقاق لدخوله إلى الصفوف العادية في المهارات الاجتماعية و الأكاديمية.

ثامناً :- صعوبات دمج الأطفال التوحديين:

يعتقد معظم المعلمين أن الأطفال التوحديين من بين الطلاب الذين يصعب تعليمهم في الفصل الدراسي العادي. ويرجع هذا الاعتقاد إلي ما يظهره الأطفال التوحديين من صعوبات تتمثل فيما يلي :

١. صعوبة التواصل مع الأطفال التوحديين حيث يجد معظم هؤلاء الأطفال صعوبة في التعبير عن الذات أو عما يعانون من قلق أو اضطراب.
٢. اعتماد الأطفال التوحديين علي المدخلات البصرية أكثر من المدخلات السمعية في حين نجد أن الطريقة الأساسية للتدريس هي المحاضرة أو المناقشة.
٣. صعوبة تعميم المهارات والمعارف من موقف لآخر.
٤. الاعتماد علي المعززات والتشجيع بصورة أساسية ويرجع هذا لنقص المبادأة عند الأطفال التوحديين.
٥. الانتقائية الزائدة للمثيرات stimulus over selectivity وتتضمن الانتباه إلي أجزاء خاصة من المهمة أو الأشياء التي يرونها فعلي سبيل المثال قد ينتهون إلي الشكل أو اللون وهكذا يتعذر عليهم الفهم الجشطلتي للمواقف ، كما أنه من مظاهر الانتقائية الزائدة للمثيرات الاستماع لتعليمات شخص واحد ، أو الجلوس في كرسي معين.
٦. عدم الاستجابة للتغيرات الدائمة في الفصل الدراسي العادي ولذا يحب تدريب هؤلاء الأطفال علي الاستجابة لتغيرات الجدول اليومي المدرسي. (جاك سكوت وآخرون. 2000 , Jack Scott etal).
٧. نقص القدرة علي المواجهة والتكيف للأحداث المستقبلية فكل خبرة عادية تعد جديدة بالنسبة لهم.
٨. الصعوبة الكبيرة في بناء العلاقات مع الأقران.

٩. محدودية البيئة التي يتعاملون من خلالها.
١٠. القصور في التكامل الحسي والمشكلات الحسية مثل نفورهم واضطرابهم من بعض الأصوات.

ولواجهة هذه الصعوبات بحيث أن تكون استراتيجيات التدخل مع الأطفال التوحيدين علي النحو التالي :-

١- **مؤثرة effective**: بحيث تحدث تغير واضح في تفاعل الأطفال التوحيدين مع أقرانهم العاديين. وتواجه مشكلات القصور الحسي لديهم.

٢- **تتمتع بالكفاية efficient**: والتوظيف الكامل لوقت الطفل والمعلم.

٣- **وظيفية Functional**: تساعد علي التعميم واكتساب المهارات الاجتماعية الهامة في مرحلة الطفولة المبكرة.

٤- **طبيعية Normalized**: أي تستخدم أكثر الفنيات التي تعتمد علي البيئة الطبيعية ودعم القبول الدائم للتغير في البيئة والانسحاب التدريجي من الاعتماد علي المعززات المادية إلي المعززات الاجتماعية (Brownwiliams , 2001).

٥- **الاستخدام المتنوع للأدوات والفنيات**: وخاصة البصرية حيث أن غالبية الأطفال التوحيدين يفهمون التعليمات البصرية ويجب التركيز علي إمدادهم ببناء بصري يمتد غلي الفصل الدراسي بأكمله والبنية البصرية للفصل وللمهمة التعليمية يجب أن تجيب بصرياً علي الأسئلة التالية :-

- أين تريدني أن اذهب وماذا تريدني أن افعل؟
- كيف أعرف أنني قمت بالعمل؟
- ماذا أفعل بعد ذلك؟
- ماذا يحدث إذا قمت بالعمل و ماذا يحدث أن لم أقم بالعمل؟
- ماذا إذا لم اعرف كيف أقوم بالعمل؟. (jack Scott,2000)

الفصل الخامس

رعاية الطفل التوحيدي (الأوتيزم)

رسمه لنگه‌ها را اینجا

(وین ویتامین) (وین ویتامین) (وین ویتامین)

مقدمة

أولاً: دور الأسرة في رعاية الطفل التوحيدي.

ثانياً: واجبات المربين اتجاه الطفل التوحيدي

ثالثاً: البرامج اللازمة لرعاية الطفل التوحيدي

رابعاً: المتطلبات التي يجب توافرها في الكوادر البشرية داخل برامج التوحد

خامساً: الخدمات التربوية والنفسية التي يجب أن نقدمها
لأبنائنا ذوي التوحد

سادساً: بعض آراء المتخصصين حول رعاية الطفل التوحيدي

سابعاً: بعض المقترحات لرعاية الطفل التوحيدي

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

الفصل الخامس

رعاية الطفل التوحيدي (الأوتيزم)

مقدمة:

إن تقدم الأم ورقيتها لا يقاس بما لديها من ثروات طبيعية وإنما يقاس بما لديها من ثروات بشرية ومدى رعايتها لأبنائها ومنهم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحيدين) فيجب علينا رعايتهم وحسن معاملتهم، حيث أمرنا الله سبحانه وتعالى برعايتهم والاهتمام بهم، حيث قال تعالى (وبشر الصابرين الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون أولئك عليهم صلوات من ربهم ورحمة وأولئك هم المهتدون) صدق الله العظيم.

ورعاية الطفل التوحيدي أمر واجب علينا جميعاً وللأسرة دور هام في رعاية هؤلاء الأطفال يمكن توضيحه فيما يلي.

أولاً: دور الأسرة في رعاية الطفل التوحيدي.

تعتبر مرحلة الطفولة مرحلة أساسية وهامة يكون فيها الطفل أكثر مرونة وقابلية للتعلم وأكثر طواعية لتعديل سلوكه.

ولقد حظيت قضية الطفولة ومشكلات الطفل وحقوقه في مراحل حياته المختلفة باهتمام الكثير من الباحثين في مختلف المجالات وبدأ الاهتمام يزيد في الآونة الأخيرة بالاضطرابات التي تصيب الأطفال وتؤثر علي نموهم السوي والاضطرابات هي حالات اضطراب نفسي يتمثل في توقف النمو علي المحاور اللغوية والعرفية والاجتماعية.

ومن هذه الاضطرابات اضطرابات التوحد وهي من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل ويحيطه الكثير من الغموض سواء في أساليب تشخيصية أو أسباب الإصابة أو طرق علاجه فالأطفال التوحيدين منهم أطفال عابرة ولا يتم الكشف عن تلك القدرة العقلية إلا بالتعرف علي كيفية التعامل معهم ومتي وصل المعلم إلي مفتاح التعامل مع الطفل التوحيدي نجد الطفل ينطلق انطلاق رهيب مما يفجر القدرات المكنونة لديه.

وهناك دور مهم علي الوالدين أن يؤديانه لأنهما يتواجدان مع الطفل وقتاً أكثر من تواجده بالمركز أو إن عملية تفهم الأسرة تقود إلى التقبل، والتقبل يقود إلى بذل الأسرة مزيداً من الجهود في تربية ولدها وتدريبه، والبحث عن أفضل السبل لمنع مضاعفات الحالة، ولتطوير الإمكانيات المتوفرة لديه، وأقل ما يفعلانه هو قبوله والتفاعل معه بإيجابية، وعمل الوالدين في البيت مع الطفل التوحيدي كجزء من البرنامج العلاجي يدعم ما يقوم به المدرب العلاجي ويسرع بتحسين الطفل.

حيث يلعب آباء الأطفال التوحيدين دوراً كبيراً جداً في نجاح أطفالهم في برامج رعايتهم وذلك من خلال التعاون مع المدرسة والمشاركة في بعض برامج

الرعاية من خلال القيام ببعض المهام الأكاديمية داخل المدرسة وأيضا من خلال بعض البرامج الخاصة للأطفال لمساعدتهم علي الأداء بكفاءة في المدرسة، ويلعب الوالدين دورا هام في تعميم المهارات التي تتعلمها الأطفال حيث يقضي الأطفال أكثر وقتهم مع الوالدين ومن خلال الخروج معهم إلي الأماكن العامة مثل المطاعم والخروج للتنزه وزيارة الأقارب وتتاح الفرصة لأبنائهم لتعلم السلوكيات المناسبة في الأماكن العامة والتفاعل مع الأقران العاديين في بيئة تتسم بالود والتقبل.

ومن أهم القضايا التربوية أن هذه الفئة من الأطفال قابلين للتدريب علي المهارات الاجتماعية وأن وجود طفل توحدي في المنزل يحدث تغيرا في حياة الأسرة علي عدة مستويات فهي تؤثر في الوالدين والأخوة والأخوات كأفراد يعيشون معه وكيف يفهمونه. وتتأثر أيضا العلاقات بين كل من أعضاء الأسرة وأنماط التفاعل الأسري كوحدة واحدة وتتأثر حركة الأسرة وإمكانياتها المالية وفرص الترويح وعلاقتها بما يحيطها من بيئة اجتماعية.

ويؤكد العلماء إلي أهمية الأسرة وأثرها العميق في ارتقاء شخصية الطفل التوحدي وعلي أهمية دور كل فرد من أفراد الأسرة في عملية النمو النفسي والاجتماعي والعقلي للطفل وخاصة في سنواته الأولى وعلي الرغم من أن شخصية كل من الوالدين والتفاعلات بينهما وسلوكهم نحو الطفل التوحدي له الأهمية الأولى والأساسية في تشكيل نموه إلا أنه علاقته بأخوته لها أيضا تأثير في نمو شخصيته وتعمل العلاقات الأسرية علي تطبيع الطفل وتنشئته علي الخصائص الاجتماعية السائدة في الأسرة ولها دور هام في تكوين شخصية وأسلوب حياته وتوافقه النفسي.

والاجتماعي وتؤثر علي قدراته وعلي تقديره لذاته وللآخرين ويرتبط إحساس الوالدين بالرضا أو السعادة ارتباطا وثيقا بأحساسهما بأن طفلهما

من الممكن أن يعيش بصورة طبيعية ومن الممكن أن يندمج مع المجتمع ويتفاعل معهم كما يجب أن يؤمن الوالدين بأن طفلها لديه قدرات يمكن تنميتها واستغلالها كما أن لديه الحق في الرعاية والتأهيل وله حقوقه مثل الطفل العادي كأني طفل في المجتمع.

ويمكن أن يقوم أخوة الطفل التوحيديين بدوراً كبيراً في تدريب وتعليم أخواتهم التوحيديين بحيث يمكن أن يصيروا أقران مدربين. وعلي هذا الأساس فإن فرص مشاهدة الطفل التوحيدي للسلوك السوي تزداد بدرجة كبيرة.

الأخوة يمكن أن يلعبوا دوراً هاماً في تدريب أخوتهم التوحيديين علي التوحيديين علي التفاعل الاجتماعي مع الأطفال وعلي الحوار. ويمكن أن يقوموا بدور مهم في التنسيق بين المدرسة والمنزل لتحقيق أكبر فائدة من البرامج التعليمية وحث التفاعل الاجتماعي لأخوته.

وقد أوضح كلا من أونيل وكوجل (O'Neill & Kogel 1983) أن أخوة الأطفال التوحيديين يمكنهم المشاركة في تدريب أخوتهم التوحيديين علي المهارات الاجتماعية والأكاديمية داخل بيئة المنزل وباستخدام فنيات الحث والتشكيل والتسلسل.

كما أنه يمكن أن يمتد هذا التدريب خارج المنزل وفي وجود أصدقاء أخوة الأطفال التوحيديين لدعم تفاعلهم مع الأقران العاديين وتعميم هذا التفاعل ويتم هذا تحت إشراف المتخصصين والوالدين.

وقد قام جيمس وو إيجل (James & Egel 1986) بتطوير أسلوب لتدريب أخوة الأطفال متأخري النمو ، ويتضح هذا الأسلوب لتدريب أخوة الأطفال التوحيديين أيضاً حيث يقوم الأخوة في البداية بملاحظة المدربين أثناء قيامهم بالتعليم والنمذجة والتعزيز ، ثم يقوم الأخوة يعد ذلك بمشاركة وتدريب أخواتهم التوحيديين مع قيام المدربين بإمدادهم بالتغذية المرتدة. وقد تم استخدام

التدريس العارضى لزيادة التفاعل الاجتماعي مع أخوتهم. وقد كان هذا الأسلوب ناجحاً إلى حد كبير.

• الإرشاد الأسري للتعامل مع الطفل التوحدي

يعد الإرشاد الأسري من الأساليب الهامة في رعاية الطفل التوحدي سواء كان إرشاد نفسي أو ديني أو تربوي أو أحد أنواع الإرشاد المختلفة ويشير (عبد المطلب القريطي) أن الإرشاد الديني يعد من أنجح أساليب الإرشاد في مساعدة الوالدين في التخفيف من مشاعر الصدمة ، وتحركهما صوب الرضا مما أصابهما وتقبل طفلهم التوحدي وأن تدين الوالدين هو أحد عوامل المؤثرة في نمط استجابتهم وطبيعة ردود أفعالهم إزاء إعاقة التوحد على أساس الإيمان بقضاء الله وقدره والتغلب على مشاعر اليأس.

ويقرر كمال إبراهيم مرسى أن هذا التدين ينطبق عند المسلمين والمسيحيين حيث يعتقد المسيحيين أن الإعاقة من قضاء الله وفيه تكفير عن الخطيئة البشرية بصفة عامة أو فية عقاب لوالدي الطفل لتخليصهما من خطيئة ارتكبت في الماضي أو الحاضر ولحصولهما على الثواب في الآخرة.

أما المسلمون فيعتبرون أن الإعاقة ابتلاء من الله لتمحيص إيمانهم وعليهم بالصبر والإحتساب.

و يأمرنا ديننا الحنيف برعاية المعاقين جميعاً ومنهم (الأطفال التوحدين) ويجب على الأسرة رعايتهم كما ويجب علينا أن نرشد الأسرة بكيفية التعامل مع الطفل التوحدي حتى يتمكنوا من مساعدتهم وطرق التعامل معهم بشكل مناسب ولائق مما يسهم في تنمية قدراتهم واستغلالها ، وللوالدين الحق في الحصول على المعلومات والتدريبات اللازمة التي تساعدكم في حسن التعامل والتصرف مع ولدهم سواء في مرحلة ما قبل المدرسة أم المدرسة أم بالمراحل

اللاحقة فيجب على كل أسرة لديها طفل توحدي أن تسأل: لماذا يستجيب هذا الابن لكل ما يحدث حوله من مثيرات حتى لو كان خارج المنزل ، في الحديقة مثلاً، أن حفيف الأشجار أو صوت أخ أو أخت كفيلاً أن يشتتا انتباهه ، فيترك دراسته ليلعب بأحدي لعبه وفي أثناء عودته للدراسة يداعب أخاه الصغير ، لماذا لا يبقى فترة كافية لإنهاء واجباته؟ تبدو مشكلة فترة الانتباه القصير ، أنها صعبة الحل ولكن الخبراء يقولون أن هناك أشياء كثيرة يمكنك القيام بها لمساعدة طفلك وتحسين تركيزه نوجزها في التالي:

١. التشاور والتباحث مع المدرس:

إذا كانت هذه المشكلة تحدث مع طفلك فقط في المدرسة فقد يكون هناك مشكلة مع المدرس في أسلوب شرحه للدرس ، وفي هذه الحالة لابد من مقابلة المدرس ومشاورته ومناقشة المشكلة والحلول الممكنة

٢. مراقبة الضغوطات داخل المنزل:

إذا كانت هذه المشكلة تحدث مع طفلك في المنزل فقد يكون ذلك رد فعل لضغوط معينة في المنزل ، فإذا لاحظنا تشتت الانتباه أو النشاط الزائد أو الاندفاع " التهور " لدي طفلك وأنت تمر بظروف انفصال أو طلاق أو أحوال غير مستقرة ، فإن هذا السلوك قد يكون مؤقتاً ، ويقترح الأخصائيون هنا زيادة الوقت الذي تقضيه مع الطفل حتى تزيد فرصته في التعبير عن مشاعره.

٣. فحص حاسة السمع:

إذا كان طفلك قليل الانتباه وسهل التشتت ولكن غير مندفع أو كثير الحركة ، فعليك فحص حاسة السمع عنده للتأكد من سلامته وعدم وجود أي مشكلات به وبعمليات الاستماع ، ففي بعض الأحيان رغم أنه يسمع جيداً يحتمل أن المعلومات لا تصل كلها بشكل تام للمخ.

٤. زيادة التسلية والترقية:

يجب أن تحتوي أنشطة الطفل علي الحركة والإبداع ، والتنوع ، والألوان والتماس الجسدي والإثارة فمثلا عند مساعدة الطفل في هجاء الكلمات يمكن للطفل كتابة الكلمات علي بطاقات بقلم ألوان وهذه البطاقات تستخدم للتكرار والمراجعة والتدريب.

٥. تغيير مكان الطفل:

الطفل الذي يتشتت انتباهه بسرعة يستطيع التركيز أكثر في الواجبات ولفترات أطول إذا كان كرسي المكتب يواجه حائطاً بدلاً من باب أو شباك.

٦. تركيز انتباه الطفل:

اقطع قطعة كبيرة من الورق المقوي علي شكل صورة ما وضعها علي مساحة أو منطقة تركيز الانتباه أمام مكتب الطفل وأطلب منه التركيز والنظر داخل الإطار وذلك أثناء عمل الواجبات وهذا يساعده علي زيادة التركيز.

٧. الاتصال البصري:

لتحسين التواصل مع طفلك قليل الانتباه عليك دائماً بالاتصال البصري معه قبل الحديث والكلام.

٨. ابتعد عن الأسئلة المملة:

تعود علي استخدام الجمل والعبارات بدلاً من الأسئلة فالأوامر البسيطة القصيرة أسهل علي الطفل في التنفيذ.. فلا تقل للطفل: (إلا تستطيع أن تجد كتابك) فبدلاً من ذلك قل له: (اذهب واحضر كتابك الآن وعد قل له ارني ذلك).

٩. حدد كلامك جيداً:

يقول د. جولد شتاين.. الخبير بشؤون الأطفال: دائماً أعط تعليمات إيجابية لطفلك فبدلاً من أن تقول لا تفعل كذا، اختبره أن يفعل كذا وكذا فلا تقل (ابعد قدمك عن الكرسي) وبدلاً من ذلك قل له (ضع قدمك علي الأرض) وألا سوف يبعد الطفل قدميه عن الكرسي ويقوم بعمل آخر كأن يضع قدميه علي المكتبة.

١٠. إعداد قائمة الواجبات:

عليك إعداد قائمة بالأعمال والواجبات التي يجب علي الطفل أن يقوم بها ووضع علامة (صح) أمام كل عمل يكمله الطفل وبهذا لا تكرر نفسك وتعمل هذه القائمة كمفكرة، والأعمال التي لا تكتمل أخبر الطفل أن يتعرف عليها في القائمة.

١١. تقدير وتحفيز الطفل علي المحاولة:

كن صبوراً مع طفلك قليل الانتباه فقد يكون باذلاً أقصى ما في وسعه فكثير من الأطفال لديهم صعوبة في البدء بعمل ما والاستمرار به.

١٢. حدد اتجاهك جيداً:

خبراء نمو الأطفال ينصحون دائماً بتجاهل الطفل عندما يقوم بسلوك غير مرغوب فيه ، ومع تكرار ذلك سيتوقف الطفل عن ذلك لأنه لا يلقي أي انتباه لذل والمهم هو إغارة الطفل كل انتباه عندما يتوقف عن السلوك الغير مرغوب ويبدأ في السلوك الجيد.

١٣. ضع نظاماً محدداً والتزم به:

التزم بالأعمال والمواعيد الموضوعة ، فالأطفال الذين يعانون من مشكلات الانتباه يستفيدون غالباً من الأعمال المواظب عليها والمنظمة كأداء الواجبات

ومشاهدة التلفاز وتناول الأكل وغيره ويوصي بتقليل فترات الانقطاع والتوقف حتى لا يشعر الطفل بتغيير الجدول أو النظام وعدم ثباته.

١٤. أعط الطفل فرصة للتنفيس:

لكي يبقي طفلك مستمراً في عمله فترة أطول يقترح الخبراء السماح للطفل ببعض الحركة أثناء.. فمثلاً: أن يعطي كرة إسفنجية من الخيط الملون أو المطاط يلعب بها أثناء عمله.

١٥. تقليل السكريات:

لا تحذر الأبحاث من السكر كثيراً ولكن يري بعض المختصين تقليل كمية السكر التي يتناولها الطفل فبعد تشخيص ١٤٠٠ طفل وجد حوالي ثلث الأطفال يتدهور سلوكهم بشكل واضح عند تناولهم الأطعمة مرتفعة السكريات ، وبينت أن الطعام الغني بالبروتين يمكن أن يبطل مفعول السكر لدى الأطفال الحساسين له .. لذلك إذا كان طفلك يتناول طعاماً يحتوي علي السكر فقدم له مصدر بروتين كاللبن ، أو البيض ، والجبن.

طرق الإرشاد الأسري للتعامل للطفل التوحدي

١. مساعدة الآباء لكي يساعدوا أطفالهم:

أ. المساعدة عقلياً من خلال تجنب المقارنات بين الأطفال وبعضهم البعض والإيمان بأن كل طفل لديه قدرات خاصة وله احتياجات خاصة به مختلفة عن الآخرين.

- إظهار الثقة في قدراته والعمل علي تشجيعه

- الواقعية في التوقعات. لا تبالغ في توقعاتك من الطفل ، فكل طفل له قدراته

الثناء لعمل أداء جيد وتشجيعه. المدح له بأقل إنجازاته وليس فقط

- مساعدته علي الشعور الطيب تجاه ذاته وإحساسه بأن لديه قدرات وإمكانات يمكن استغلالها.
- ب. المساعدة جسيماً من خلال نوم كاف، عمل جدول روتيني ثابت، غذاء مناسب، مراقبة عقاير الأطباء، الملابس المناسب للظروف المناخية. إظهار قدر كبير من الحب.
- ج. المساعدة الأكاديمية من خلال التفاعلات الاجتماعية المختلفة منها
 - الحديث مع الطفل فيما يثير اهتمامه.
 - الاستماع له والاستجابة لأسئلته وعدم التحقير منها مهما كانت نوع الأسئلة.
 - تدريبه علي الاستماع للآخر واحترام رأي الآخر.
 - تحديد مكان خاص لدراسته.
 - القيام بدور النموذج والقوة.
- المساعدة الاجتماعية من خلال أساليب التنشئة الاجتماعية السوية والعلاقات داخل الأسرة

ب. حقوق الوالدين

- الحق في طلب تقويم بشكل دوري
- الحق في تنمية وتطوير برامج التعليم الفردي والحق في مراجعة وتعديل برامج التربية الخاصة لطفلك كل عام.
- التزمسك بحقوق الطفل المعاق الواردة في اتفاقية حقوق الطفل الصادرة عن الأمم المتحدة.

ج. مكونات البرنامج التربوي ومنها:

١. بيان مستوي الأداء الحالي

٢. بيان الأهداف الثانوية القصيرة الأمد.
 ٣. بيان بمحتوي الخدمات التي ستجعله قادر علي المشاركة في البرامج.
 ٤. بيان بالتواريخ المتوقعة للبدء في تقديم الخدمات والمدد المتوقعة.
 ٥. محكمة موضوعية للتقويم.
- د. المشاركة في وضع البرنامج من خلال أدوات الاستفهام (من - لماذا - ماذا - كيف - متي)
- هـ. التعرف علي عوامل الوقاية ومنها
- إجراء الفحص الكروموسومي أثناء الحمل.
 - وقاية الأم أثناء الحمل من الإصابة بالحصبة الألمانية أو التهابات الغدد الصماء وغيرها.
 - فحص وتوجيه الراغبين في الزواج خاصة الأسر ذات الأصول المرضية.
 - زيادة الرعاية الصحية أثناء الحمل.
 - الاهتمام ببرامج تنظيم الأسرة خاصة الأسر التي تعاني من أمراض وراثية.
 - تجنب تعرض الأم لأشعة أكس أو النظائر المشعة أثناء الحمل.
 - تجنب زواج الأقارب خاصة من يوجد لها تاريخ في حالات تخلف عقلي.
 - وقاية الأطفال من الإصابة ببعض الحميات التي تصيب المخ.
 - وقاية الأطفال أثناء الولادة وبعدها من إصابات الجمجمة والمخ.

مسئولية الأسرة نحو تنمية قدرات الطفل

تلعب الأسرة دوراً هاماً في تقدير الطفل وتنمية قدراته فالطفل يمر في أسرته بخبرات تعدّه للاستجابة ببطقة إيجابية أو سلبية للخبرات القادمة في حياته ، فهو يتدرب منذ وقت مبكر علي تنظيم بعض وظائفه الحيوية ويصحب هذا التدريب جو انفعالي خاص

- للأسرة تأثير قوي فيما يتعلمه الطفل نتيجة توقعات البالغين وأسلوبهم في توجيه سلوكه والأمثلة التي يقدمونها ليفتدي بها الطفل كل ذلك يؤثر فيما يدركه الطفل وما يكسبه من مهارات وعادات واتجاهات

- من المفروض أن يضم الوالدين والمدرسين قواهم ليساعدوا الطفل ويتبادلا المعلومات والخبرات حتى يدفعوا بالطفل إلي أن يحقق أقصى طاقاته ، يحاول المدرس من جهته أن يكتشف المعلومات التي تساعد في تنمية مهاراتها وإكسابه العادات والمهارات الإيجابية.

- الغرض من إشراك الوالدين في عملية التدريب لأبنائهم هو تمكينهم من مواصلة تدريبهم بمنازلهم بعد تعودهم علي المهارات المختلفة حيث يحتاج الطفل إلي رعاية مستمرة ومساعدة دائمة كما سيحتاج الإيلاء إلي مشورة من أن إلي آخر حيث أن الأسرة التي تمكث مع طفلها أكثر تصبح أكثر تفهما لمشكلات طفلها ويتقبلونهم ويندمجون معهم في حياتهم ويتعرفون علي طرق علاجهم وكيفية التعامل معهم.

- أن تعرض الطفل في سن مبكرة لأي برنامج يساعد كثيراً في تنمية قدرات ومهارات الطفل ، حيث أن للوالدين دوراً هاماً في تكوين صورة

إيجابية للذات أو رفع تقدير الذات لدى الطفل من خلال الأساليب التي يعامل بها الوالدين الطفل والتي تعتمد علي المشاركة الإيجابية لأولياء الأمور في أي برنامج تساعد الطفل علي تنمية قدراتها ومهاراتها كل هذه الوسائل تكمل بعضها البعض لتعطي في النهاية صورة تقريبية لنمو قدرات الطفل.

دور الأم

تأكيد أداء المهارة من خلال إعادة التدريب لبعض المهارات أهمية الاستمرار في التدريب وتعزيز أو التمهيد لبعض المهارات مثل (تدريبات دخول الحمام) نحتاج ملاحظاتهم قبل تناولها مع المدرسة

نظام التعزيز والمكافآت

استخدام أسلوب التعزيز كأسلوب لتعديل وتشكيل السلوك في أداء المهام المستهدفة حيث يتم التعزيز مقابل الإنجاز والاستجابة للتعليمات أي فورا بعد حدوث السلوك المراد وتعليمه للطفل وفي الوقت الذي يظهر فيه تحسن في الأداء أو السلوك.

استخدام نظام التعزيز المتقطع ويقصد به حصول الطفل علي التعزيز عند قيامه بالأداء طبقا لحكم المدرس أي ليس بصورة مستمرة أو بانتظام ثابت استخدام نظام التعزيز من النوع المستمر بمعنى تعزيز الاستجابة والسلوك المرغوب فيه أو ما يود تعليمه للطفل كلما أدي المهارة بطريقة جيدة.

التعزيز الإيجابي ويعني إضافة أو ظهور أي مثير معين بعد السلوك مباشرة (مثل الثناء علي الطفل عند إجابة الأداء أو الابتسام له بعد تأدية السلوك مرغوب وينصح باستخدام صور التعزيز التالية مع الأخذ في الاعتبار التنوع حسب الفروق الفردية

التعزيز الاجتماعي

ويقصد به كل ما يصدر عن المدرس ومن له علاقة بالطفل من كلمات محبة ويرغب الطفل في سماعها (كويس / شاطر / شكرا / التصفيق / الابتسامة / المدح / الثناء) تقبيل الطفل - التعزيز المادي (شيكولاتة / ملابس / قطعة حلوي).

ويجب بعد أداء الطفل للمهارة يتم تحفيزه التعزيز بالنشاط ويقصد أن يعطي الطفل نوع من الأنشطة التي يحبها لقاء قيامه بالسلوك المطلوب أو في تعلم المهارة المطلوبة.

ثانياً: واجبات المربين اتجاه الطفل التوحيدي

• ومن أهم واجبات وأدوار المربين في ذلك ما يلي:

١. أن ينتهزوا كل فرصة ممكنة لتعليم من عهد إليهم بتربيتهم مسائل الوراثة بالطرق التي يكونها ملائمة لهم بمجرد أن يبلغوا السن التي يستطيعون فيها فهم هذه الأمور ، والمراد هنا أن يعرض المربون لهذه الموضوعات عند الفرص المناسبة.

٢. أن يعنوا بدراسة نفسية الطفل واستعداداته الوراثة وتاريخ أسرته وأحوالها وما يتصل بها ، ثم يختاروا في تربيتهم إياه أمثل الطرق وأكثرها تلاؤماً مع طبيعته وفطرته ، ويسيروا علي منهج سليم ينهض بالصالح من صفاته الوراثة ويقضي علي الفاسد منها أو يوجهه غير وجهته الضارة.

٣. إلا يتسرعوا في الحكم علي ميول الأطفال الوراثة ، فإن كثيراً منها يكون كامناً لا يظهر إلا في مناسبات خاصة ، وبعضها يتأخر إلي سن البلوغ و لذلك وجب علي المربين أن يضاعفوا من اهتمامهم بالطفل الوراثة العقلية والخلقية أوضح ما يكون.

من كل ما تقدم نري أن الاختيار السليم للزوج والزوجة يجب أن يراعي فيه كل ما سبق سواء بالنسبة للمصابين بعاهات جسيمة أو عقلية أو زواج الأقارب أو السن غير الملائمة للإنجاب، وهذا كفيل بالحد من الإعاقة، ولا يمكن الوصول غلي ذلك إلا من خلال مراكز طبية تتولي فحص الراغبين في الزواج إجبارياً بحيث تصبح شهادة الخلو من الأمراض ، خاصة الوراثة منها، ضمن مستندات توثيق الزواج، حيث يمكن عن طريق هذا السبيل الحد من إنجاب أطفال معوقين بالوراثة.

ثالثاً: البرامج اللازمة لرعاية الطفل التوحد

• تتكون برامج التوحد من:

أولاً: المقومات الأساسية للبرنامج التربوي الفعال للتلاميذ ذوي التوحد الذي يشمل الكوادر البشرية اللازمة لتنفيذ البرنامج، والخدمات التربوية الأساسية التي يجب أخذها بالاعتبار عند تقديم الخدمات بشتي إشكالها للتلاميذ ذوي التوحد، وكذلك المستلزمات المكانية والتجهيزية لبيئة العمل، وأخيراً الخدمات الأسرية اللازمة لتقديم برنامج متكامل يساعد ذوي التوحد للوصول غلي أقصى حد ممكن من الاستقلالية.

ثانياً: المجالات التي تساعد علي نمو التلاميذ ذوي التوحد ، وعددها ثلاثة عشر مجالاً هي:

- مجال الانتباه ومجال التقليد والمحاكاة.
- مجال مهارات التواصل ومجال مهارات العناية بالذات.
- مجال المهارات الحسية الحركية و مجال مهارات الأمن والسلامة.
- مجال المهارات ما قبل الأكاديمية و مجال المهارات الاجتماعية.
- مجال المهارات الأكاديمية و مجال مهارات التربية الفنية.
- مجال مهارات التربية البدنية و مجال المهارات الترويحية وشغل أوقات الفراغ.

• مجال مهارات التهيئة المهنية.

مع ملاحظة أن مبدأ الاستفادة من هذه المجالات مرتبط بالاحتياج الفعلي الفردي لكل تلميذ علي حدة ، بناء علي نتائج التقويم الرسمي وغير الرسمي من قبل المختصين.

ولكي يكون أي برنامج فعالاً في تدريس التلاميذ الذين يعانون من ذوي التوحد لابد من توافر أهم عوامل نجاح البرنامج وهي الشمولية، والتكثيف، والتدخل المبكر، والتخصصية في الطرق والأساليب، والتفريد في تقديم الخدمة. ويعني هذا أن تكون الخدمات شاملة لجميع احتياجات التلاميذ، وأن يعطيه المعلم الوقت الكافي لتعليمه، وأن يقدم الخدمات معلم متخصص يعرف كيف يقدم المهارة أو المعلومة للتلميذ من خلال استخدامه استراتيجيات ملائمة لخصائص التلميذ، وأن يتم هذا كله بناءً على برنامج تربوي فردي مصمم ليتلاءم مع ميول وقدرات واحتياجات التلميذ.

رابعاً:- المتطلبات التي يجب توافرها في الكوادر البشرية داخل برامج التوحد.

أولاً: الكوادر البشرية

وهناك عدة متطلبات في هذا المجال كما يلي:

أن يقوم علي البرنامج التربوي أشخاص من المتخصصين في التربية الخاصة علي مستوي البكالوريوس علي الأقل (مسار التوحد أو الاضطرابات السلوكية والانفعالية) وفي حالة عدم توفر هذا المؤهل فيشترط أن يكون حاصلاً علي مؤهل تربوي جامعي علي الأقل بالإضافة إلي دبلوم تربية خاصة (مسار توحد أو اضطرابات سلوكية وانفعالية) بعد البكالوريوس لا تقل مدته عن سنة دراسية.

مساعدة المعلم: أن لا يقل مؤهله عن ثانوية عامة مع دبلوم أو دورة تدريبية لا تقل عن فصل دراسي كامل في التربية الخاصة (توحد/ اضطرابات سلوكية وانفعالية).

- توفر اختصاصي الخدمات المساندة في البرنامج مثل اختصاص التواصل والعلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي والإرشاد النفسي والتحليل السلوكي والتشخيص والتقويم في التربية الخاصة.
- العمل كفريق متعدد التخصصات، مع تحمل مسؤولية مشتركة.
- تنظيم دورات تدريبية أثناء الخدمة.
- أن يكون المشرف علي برامج التوحد متخصصاً في هذا المجال.

خامساً: الخدمات التربوية والنفسية التي يجب أن نقدمها لأبنائنا ذوي التوحد

١. الاكتشاف والتدخل المبكر لتقديم الخدمات المناسبة للتلميذ ذوي التوحد.
٢. تقديم الخدمة في أقل البيئات عزلاً قدر المستطاع مع مراعاة درجة وطبيعة الإعاقة لدى التلميذ.
٣. تبني خطة التربية وتفعيلها.
٤. استخدام وتطبيق برامج تعديل السلك المستمدة من التحليل السلوكي التطبيقي (Applied Behavior Analysis) من خلال إعداد وتنفيذ وتقييم برنامج تعديل سلوك فردي حسب احتياج التلميذ وبيئة السلوك لديه.
٥. تقييم مستوى أداء التلميذ قبل وأثناء التحاقه بالبرنامج لمعرفة مستوى أدائه الحالي والذي علي ضوئه يتم تصميم وتعديل البرنامج التربوي والتدريبي الفردي له.
٦. إعطاء الأولوية لتدريب التلميذ علي المهارات الاستقلالية والاجتماعية والتواصلية.
٧. تدريس مهارات التكامل الحسي الحركي ، المهارات الأكاديمية الأساسية ،مهارات الأمن والسلامة مهارات التهيئة المهنية.
٨. تنظيم بيئة التعليم واستخدام المثيرات الحسية مع التركيز علي المثيرات البصرية بشكل مكثف أثناء عملية التدريس وتصميم الجداول المنظمة للمهام التعليمية والترفيهية للتلميذ تنظيماً جيداً (التدريس المنظم).
٩. دمج التلميذ في مجتمعه المحلي من خلال الأنشطة التعليمية والترفيهية المختلفة كالزيارات الميدانية لبعض المنشآت والجهات والمؤسسات العامة

والخاصة وتقديم الخدمات التربوية والتدريبية له في البيئة الطبيعية قدر المستطاع.

١٠. التخطيط المنظم للحفاظ علي ما اكتسبه التلميذ من مهارات بهدف زيادة فعاليتها واستخداماتها الوظيفية.

١١. توفير خدمات وبرامج أثناء الإجازة الصيفية.

١٢. تقسيم الأطفال إلي مجموعات أو مستويات مقارنة حسب معايير العمر الزمني والعقلي والسلوك ومهارات التواصل.

• المتطلبات المكانية والتجهيزية التي ينبغي توافرها داخل برامج التوحد تشتمل علي ما يلي ما أمكن:

١. صالة حسية ، صالة فنية ، صالة رياضية ، صالة تهيئة مهنية.
٢. حمام سباحة.
٣. وحدة مصادر تعلم.
٤. كافيتيريا.
٥. حديقة خارجية.
٦. قاعة تدريبية.
٧. توفر الحاسبات الآلية.
٨. وسائل تعليمية مثل: فيديو، تلفزيون، مسجل، وتجهيزات مثل قواطع متحركة، طاولات مستديرة و طاولات شكل حدوة فرس، طاولات مستطيلة، توفير دواليب وأرفف.
٩. أن تكون دورات المياه مهيأة للأطفال التوحدين.
١٠. توفر زجاج عاكس لملاحظة الأطفال من الخارج.

سادساً: بعض آراء المتخصصين حول رعاية الطفل التوحدي

يفسر العلماء غموض التوحد عن طريق الدراسات ووضع نظريات افتراضية لأسباب الإعاقة النمائية . . . يطور العلماء نظريات حديثة ومثيرة لتوضيح التوحد والشذوذ الغامض والاضطرابات العقلية التي تمنع الأطفال الرضع من تطوير المهارات الاجتماعية والمعرفة الإدراكية يحاول العلماء بطريقة دراسة التركيبية الداخلية لمخ التوحدين معرفة متي وأين تحدث التفاعلات الجينية والبيئية التي تسبب الشذوذ (التصرفات التوحدية) في المخ ويمرور الزمن يتعلم العلماء أكثر عن مجموعة الدورات الكهربائية في المخ التي تزود وتنشئ خلاصة الطبائع الإنسانية مثل: اللغة ، والعاطفة ، والإدراك ، ومعرفة أن الأشخاص الآخرين لهم متطلبات ومعتقدات مختلفة تماماً عما يعتقد ويريده التوحدين.

• التفاعل الديناميكي:

أشار الدكتور دافيد أميرال أخصائي الأعصاب بجامعة كاليفورنيا في دافيز إلي أن دورة المخ التامة متعادلة ابتداء الباحثون بدراسة كيفية التفاعل الديناميكي لمناطق العقل لتنشئ هذه الدوائر وأوضح أيضاً أن الدراسة تضع التوحد في المقدمة لدي علم الأعصاب الحديث وأن التوحد يشوه حقائق عديدة من السلوك الإنساني بما في ذلك الحركة ، والانتباه والتعليم ، والذاكرة ، واللغة والمجاز ، والتفاعل الاجتماعي ويمكن أن تكتشف الحقائق التي تشوه السلوك الإنساني في حركة الأطفال الذي ينقلبون ويجلسون ويحبون ويمشون بخطوات غير متناسقة فالطفل التوحدي ذو الثمانية عشر شهراً الذي يخطو بخطوات غير متناسقة لن يستطيع التأثير ومشاركة الآخرين ولفت الانتباه أو متابعة تعبيرات الآخرين ، ويستعرض أطفال التوحد الذين تتراوح أعمارهم ما بين

سنتين أو ثلاث نقصا يصعب فهمه في الاستجابة للآخرين فالعديد من التوحديين لا يتكلمون وعوضا عن ذلك ينخرطون في طقوس تتمثل في رفرفة اليدين والاستثارة الذاتية.

• مقاومة التغيير

أشارت الدكتورة ماري بريستول بور منسقة أبحاث التوحد في المعهد الوطني لتطوير صحة الأطفال والإنسان إلي أن التوحديين يكرهون ويقاومون التغيير بكل وسائله وطرقه كما أن تفوت درجات أعراض التوحد من الخفيف إلي الشديد تجعل حقيقة الاضطراب صعبة التقويم. فالتوحد الكلاسيكي ونماذجه الشديدة والتي ينتج عنها التخلف العقلي تحدث لواحد في ١٠٠٠ مولود وأوضحت أيضا بأن التوحد الخفيف يحدث لكل واحد في ٥٠٠ مولود والصفة المشتركة بين التوحديين هي ضعف التواصل والتفاعل الاجتماعي كما أشارت الدكتورة بور إلي التقارير التي تشير إلي أن هناك زيادة واضحة لحالات التوحد في بعض الولايات في أمريكا قبل خمسين عاما كان الباحثون موقنين بأن التوحد يحدث بسبب (الأم الثلاثية) الباردة عاطفيا والأب الضعيف الغائب عن منزله أما اليوم فيركز العلماء والباحثون علي الجينات وفي التوائم المتطابقين إذا كان أحدهم توحدي ٩٠٪ سيكون الآخر لديه توحد.

• الجينات

أشار الدكتور بينيث ليفينثال من جامعة شيكاغو بأنه علي الأقل خمس أو ست جينات تسهم في الإصابة بالتوحد وحتى الآن دراسة أخوان وأقارب التوحديين تقترح أن هذه الجينات في منطقة الكروموسوم ٧ و١٣ و١٥. وما تفعله هذه الجينات مازال تخميننا من قبل الجميع كما أشارت دراسات نماء وتطو عقول الحيوانات إلي نمو عدد من العوامل المورثة والبروتينات التي ترشد تفتح

وتغلق الجينات الأخرى في نقاط معينة في النمو وتقمع بعض الجينات النشاط الخلوي بينما تثير الأخرى وضع الموازنة الصحيحة للكيميائيات المعينة في نقل إشارات المخ ، تبدأ الجينات المختلفة بعد الولادة برعاية الاتصالات بينما الأخرى تسبب موت الخلايا بطريقة النمو والتقليم لكن النمو والتوسع في نظام الأعصاب هو عملية متواصلة وإذا حصل خطأ ما مبكراً فستعوق كل التطورات اللاحقة السؤال هنا متى مبكراً وأين؟

أوضحت الدكتورة باتريشيا روبر أخصائية علم الأجنة في المدرسة الطبية في جامعة روشيستر بأن الخلل المخي في التوحد يحدث ما بين ٢٠ و ٢٤ يوماً من الولادة كما أن لديها براهين بأن الجينات المعينة في وضع الجسم الأساسي وبناء المخ تسمى هوكس (HOX GENES) هي متغيرة في التوحد أما الدكتورة مارجريت يومان اختصاصية الأعصاب في جامعة هارفارد فقد أشارت إلي أن الخلل ربما يحدث قبل منتصف الثلاثة أشهر الأولى من الحمل حيث استندت في هذه النظرية إلي معرفتها المكثفة عن متى وكيف تسلك الدارات المعينة فإذا حصل الخلل في منتصف الطريق في فترة نمو الجنين يتفقد بعض الخلايا فقط وأوضح الدكتور أريك كورتشسن عالم الأعصاب في جامعة كاليفورنيا في ساندياغو ذلك حيث قال أن المشكلة تحدث بسهولة بعد الولادة حيث أن المخ يستمر في النمو.

• المخ البشري

وقد دهش الباحثون في مجال المخ والعلماء الذين يدرسون التوحد بالاكشافات الحديثة التي تقول بأن المخ البشري مستمر في عمل خلايا جديدة ليس فقط ارتباطات جديدة كما كان يعتقد في السابق ولكن حتى سن الرشد أشار أحد العلماء إلي أن لديه برهانا علي أن عدداً من الأعصاب في المخ

البشري تتضاعف بين الولادة وحتى سن ست سنوات ، وأوضح الدكتور كورتشسن بأنه لو كان هذا صحيحا إذن المخ يمر تحت عمليات بناء كبيرة تخلق عن طريق تفاعل الجينات والبيئة.

وأشار إلي أن التعكير في عملية البناء هذه ربما تكون نشأة التوحد حيث أوضح بعض الباحثين أن هذه النظرية مدعومة وأوضح الدكتور نانسى مينشيو الأخصائية النفسية في جامعة بيتس بوج أن ربع أطفال التوحد يظهرون طبيعيين من عمر ١٤ إلى ٢٢ شهراً ومن ثم يعانون من بداية مفاجأة لأعراض التوحد ربما تكون البداية قد نتجت عن طريق قصور أو عجز جين واحد أو أكثر أو ربما عوضا عن شيء موجود في البيئة يتفاعل مع الطفل ذي الحساسية الجينية ومنذ عام ١٩٨٣ م تدرس الدكتورة بومان ورفاقها نسيج المخ الذي حصلوا عليه من تشريح الأطفال التوحدين والكبار علي الرغم من أن مناطق كبيرة في المخ التي درست تظهر طبيعية. المخ عامة أكبر وأثقل من الغالب.

• المناطق الرئيسية

و أشارت دراساتهم إلي وجود شذوذ في المناطق الرئيسية الثلاث التي تساعد علي التحكم في السلوك الاجتماعي وأجزاء من الفصيصات الأمامية التي تمكن من اتخاذ القرار والتخطيط هي أثن من الطبيعي كما وجدت الخلايا في النظام الحوفي Limbic System التي يتم عن طريقها صنع العواطف أصغر بمقدار الثلث عن الطبيعي وبأعداد كثيفة كما أن الخلايا أيضا غير مكتملة مع توقف نمو الاتصالات والترابط والخلايا الموجودة في المخيخ الذي يساعد علي التنبؤ عما يستحدث فيما بعد في لغة الحركات والتأمل والعواطف أقل بـ ٣٠ إلى ٥٠٪ وأوضح الدكتور أمبرال بأن أعراض التوحد

يمكن أن تقتفي مشاكلها في كل من هذه المناطق علي سبيل المثال: تستجيب الأعصاب في منطقة اللوزة في المخ إلي وجوه وزاوية التحديق ويميل الأطفال التوحدين إلي تجاهل التعابير الوجهية أو بالأحرى أنهم لا يقرؤن التعابير الوجهية جيدا .

وأظهرت تجارب محل تقدير استخدام الأطفال التوحدين للمخيخ لنقل الانتباه عندما لا يكونوا منتبهين إلي مهمة ما أما عندما يتطلب منهم تغير الانتباه وهي المهمة التي تنشط الفصيصات الأمامية فأنهم لا يستطيعون أداء المهمة ويعزي الباحثون ذلك إلي انشغال دائرة كهربائية أكبر .

يخزن الناس معلومات جديدة كل ٢٠ ثانية في التعليم العادي والذاكرة وذلك بعد الحصول علي ذروة الاستثارة ولكن ماذا لو لديك ستة أضعاف الذروة ، ربما تخزن عددا من المعلومات التي لادخل لها وتركز علي معلومات لا تخصك وتقترح التجارب التي أجريت علي الأطفال التوحدين بأن العناصر المحددة للسلوك الاجتماعي غير طبيعية فعلي سبيل المثال يستعمل الأطفال التوحدين التخريب لمنع شخص آخر من التركيز علي الهدف ولكن ليس بالحيلة والخدعة كما يستطيعون استخدام الإيماءات للتواصل مثل (تعال إلي هنا) للتأثير علي سلوك الشخص الآخر. ولكن ليست إيماءات تعبيرية مثل (أحسنت صنعا) للتأثير مزاجيا علي الشخص الآخر.

• استمتاع

ويستطيع الأطفال التوحدين الشعور بالاستمتاع الأساسي في البراعة في مهمة ما ولكن ليس بالمفخرة وهذا ما أشارت عليه الدكتورة كريس فريث أخصائية الأعصاب في جامعة لنن فالعاطفة مثل المفخرة تتطلب وضعها في حسابان الأشخاص الآخرين وأوضحت السيدة بورشيا ايفريسون بأن هناك

تجارب أخرى لم تنشر بعد تظهر بأن نظام الأعصاب الممطر الخاص بأطفال التوحد يجعلهم ذوي حساسية للاستثارة. يتفق الباحثون في مجال التوحد بأنهم سيستغرقون سنين عديدة قبل فهم الإعاقة من الناحية الجينية والكيمياء عصبيا وفي الوقت الحالي ينجح المعالج بطريقة فرد إلي فرد من ٣٠ ٥٠٪ في تعليم الأطفال التوحدين كيفية التحكم في حركاتهم والتفاعل الاجتماعي شريطة أن يبدأ في سن مبكرة والأرجح من عمر سنتين أو ثلاث سنوات والهدف هو رصد الشبكة الكهربائية غير المسلكة في مخ التوحدين وكلما ينمو المخ يساعد علي نمو الاتصالات التي يحتاجها فقد أشارت الدكتورة بريستولبور إلي أنه مازالت الإعاقة لدي العديد من الأطفال التوحدين غير مشخصة حتى سن الخامسة أو حتى سن السادسة عندما يبدعون في الذهاب إلي المدرسة ومازال معظم أطباء الأطفال والأسر يعتقدون بأن التوحد يعتبر إعاقة نادرة فكل طفل لا يتكلم أو يتفوه بعبارة قصيرة في سن الثانية يجب أن يقوم.

• الكروموسومات

أما عن أحدث الدراسات فهي اكتشاف الجينات المتورطة بأحداث التوحد في جامعة أكسفورد في ٦/٨/٢٠٠١ حيث أن العلماء يركزون علي الجينات التي تجعل الأطفال عرضة للإصابة بالتوحد ويؤكد اكتشافهم هذا الذي يوضح أن اثنين من الكروموزومات مرتبطة بالإعاقة العقلية. بحث أخ يؤكد أن هناك مركبات وراثية ذات علاقة بالتوحد وتركيز العلماء علي دراسة الجينات المرتبطة بالتوحد سوف يكون عاملا مساعدا لإيجاد علاج لهذه الإعاقة المبركة.

وقد استعرض العلماء الذين هم جزء من الاتحاد الدولي الداعم لدراسة الجينات الجزئية للتوحد الحامض النووي DNA لأكثر من ١٥٠ زوجا من الأخوان والأقرباء الحميمين للمصابين التوحديين ووجدوا بأن هناك منطقتين

في الكروموزوم ٢ والكروموزوم ١٧ ربما تحتضن الجين الذي يجعل الأفراد أكثر قابلية للتوحد.

وأكدت دراستهم هذه استدلالات سابقة تقترح بأن منطقتي الكروموزوم ١٦ و ١٧ لها دور في التحديد عما إذا كان الطفل سيصاب بالتوحد.

• خلل عضوي

يبدأ العلماء في التركيز علي أن سبب التوحد ربما يكون خلا عضويا ومهما كانت الأسباب فالتدخل المبكر يعتبر من أهم مراحل العلاج بالإضافة إلي برامج التربية الخاصة الموجهة. كما أن العلماء وحتى هذه اللحظة لم يتمكنوا من الوصول إلي علاج طبي يشفي المصابين بالتوحد تماما. حيث أن بعض أعراض التوحد تستمر مدي الحياة ولكن نجح بعض الباحثين في تقليص هذه الأعراض عن طريق الغذاء والملاحق الغذائية المساندة لمساعدة المصاب بالتوحد.

حيث يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة اختصاصي معتمد وعادة ما يكون اختصاصياً في نمو الطفل أو طبيباً وذلك من قبل عمر ثلاث سنوات ويمر تشخيص التوحد علي عدد من الاختصاصين منهم طبيب أطفال " اختصاصي أعصاب المخ " طبيب نفسي حيث يتم عمل تخطيط المخ والأشعة المقطعية وبعض الفحوصات اللازمة وذلك لاستبعاد وجود أي مرض عضوي من الأطباء المختصين ويتم تشخيص التوحد مبني علي وجود الضعف الواضح والتجاوزات في الأبعاد السلوكية التي تم ذكرها سابقا وإذا اجتمعت ثلاثة أنواع من السلوكيات سويا لدي الطفل يتم تشخيصه بالتوحد وهناك بعض المراكز العالمية طورت نماذج تحتوي علي أسئلة تشخيصية للحصول علي أكثر المعلومات وتاريخ الطفل وأسرته منذ حدوث الحمل وحتى تاريخ المقابلة التشخيصية لكي يتسنى لهم التشخيص الصحيح.

القائمة التالية يمكن أن تساعد في الكشف عن وجود التوحد عند الأطفال علما أنه لا يوجد بند يمكن أن يكون حاسما بشكل جوهري لوحده وفي حالة أن طفلا ما أظهر ٧ أو أكثر من هذه السمات فإن تشخيصا للتوحد يجب أن يؤخذ في الاعتبار بصورة جادة.

الصعوبة في الاختلاط والتفاعل مع الآخرين يتصرف الطفل كأنه أصم يقاوم التعليم يقاوم تغيير الروتين ضحك وقهقهة غير مناسبة.

لا يبدي خوفا من المخاطر يشير بالإيماءات لا يحب العناق.

فرط الحركة انعدام التواصل البشر بتدوير الأجسام واللعب بها.

ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء يطيل البقاء في اللعب الانفرادي أسلوب متحفظ وفاتر المشاعر.

وقالت سوزان هايمان، عالمة الأمريكية في جامعة روتشستر للطب في نيويورك: أن نتائج الدراسة الجديدة تسلط الضوء علي ضرورة تحسين طرق التشخيص المبكر عند الأطفال.

وقالت هايمان: إن الدلائل تشير إلي أن إخضاع الأطفال الصغار المصابين بالمرض للتدريبات التعليمية وسلوكية يمكن أن يحسن من تطورهم وتصرفاتهم.

قال علماء بريطانيون إن عدد حالات الانطواء الشديد أو التوحد بين الأطفال يحتمل أن يكون قد زاد أربع مرات في الآونة الأخيرة.

هذا ما توصلت إليه مجموعة الباحثين في كلية كينج ومعهد ستافورد في بريطانيا في دراسة لخمسة عشر ألف طفل تتراوح أعمارهم بين الثانية والسادسة.

ووجد الباحثون أن نسبة الإصابة بين المجموعة وصلت إلى نحو سبع عشرة حالة في كل عشرة آلاف طفل ، بينما تقدر الدراسات السابقة النسبة بست حالات لنفس العدد من الأطفال.

ويعتبر مرض التوحد من الإعاقات التي تؤثر علي تطور القدرات العقلية عند الأطفال وطريقة تواصلهم مع الآخرين ، ولا يستطيع الأشخاص المصابين إقامة علاقات ذات مغزى مع الآخرين ويعجزون أيضا عن فهم العالم حولهم.

وبينت بعض الدراسات الجديدة أيضا أن عدد حالات مرضية مشابهة ، التي لا تخضع لنفس عملية التشخيص الصارمة المتبعة في تشخيص مرضي التوحد ، قد وصلت إلى نسبة ستة وأربعين في كل عشرة آلاف طفل.

ومن بين هذه الحالات حالة أسبيرجر التي يظهر المصابين بها تصرفات شبيهة بمرضي التوحد ، لكن يملكون قدرات لغوية متطورة ، وحالة ريت التي يفقد المصابون بها قدرات علي المشي والكلام تدريجيا .

وحيث انما يتكلم في حق هذا الرب فليكن في قلبه ان يرفع اليه
فيمسكها فليكن في قلبه ان يرفع اليه فليكن في قلبه ان يرفع اليه
فليكن في قلبه ان يرفع اليه فليكن في قلبه ان يرفع اليه

فليكن في قلبه ان يرفع اليه فليكن في قلبه ان يرفع اليه
فليكن في قلبه ان يرفع اليه فليكن في قلبه ان يرفع اليه
فليكن في قلبه ان يرفع اليه فليكن في قلبه ان يرفع اليه

فليكن في قلبه ان يرفع اليه فليكن في قلبه ان يرفع اليه
فليكن في قلبه ان يرفع اليه فليكن في قلبه ان يرفع اليه
فليكن في قلبه ان يرفع اليه فليكن في قلبه ان يرفع اليه

فليكن في قلبه ان يرفع اليه فليكن في قلبه ان يرفع اليه
فليكن في قلبه ان يرفع اليه فليكن في قلبه ان يرفع اليه
فليكن في قلبه ان يرفع اليه فليكن في قلبه ان يرفع اليه

سابعاً:- بعض المقترحات لرعاية الطفل التوحيدي

إن الاهتمام بالطفل التوحيدي مازال في بداياته، رغم ظهوره منذ الأربعينات وبالرغم من الجهود المبذولة لرعايتهم إلا أننا في الوقت ذاته علينا أن نعترف بأن الطريق أمامنا مازال طويلاً وشاقاً حتى نصل إلى تحقيق طموحتنا في الرعاية المثلى لهؤلاء الأطفال وأننا بحاجة إلي المساندة بالأفكار والآراء والمقترحات التي تسهم في رعاية الطفل التوحيدي، ونتمنى أن تكون معلمة في رياض الأطفال عندها خلفية عن هذا المرض ففي الخارج أكثر الحالات محولة من قبل المدارس، وهذه بعض التوصيات لرعاية الطفل التوحيدي لمحاولة الإقلال من هذه الظاهرة ولتابعة رعاية الطفل التوحيدي بشكل مناسب منها ما يلي ،

١. وصل أولياء الأمور بالمصادر المفيدة سواء أكانت علي الصعيد التعليمي أو التربوي أو ما يستجد من أبحاث أو لمدهم بالدعم النفسي أو ببعض الاقتراحات المفيدة.

٢. توفير قاعدة معلومات دائمة ومتجددة عن المؤتمرات والندوات وورش العمل التي تعقد والتي يمكن لأولياء الأمور والمختصين من خلالها التزود بآخر ما تم التوصل إليه في مجال التوحد.

٣. ودعم وتعزيز دور الأسرة في صنع القرارات المتعلقة بمستقبل ولدها ومشاركة المؤسسات والمدارس في رسم السياسة العامة والبرامج المقدمة لأولادهم، والانخراط بالأنشطة المختلفة التي تظهر كفاءة ذوي الاحتياجات الخاصة

• وهناك بعض المقترحات الأخرى من أهمها ما يلي:

- ضرورة المحافظة علي استمرارية وجود الطفل في المدرسة ، والعمل علي تدعيم الاتجاهات نحو الإداريين والفنين لمتابعة البرنامج.

- إعادة النظر في المشكلات السلوكية من قبل المدرسة والعمل قدر الإمكان علي التقليل من احتمالية ظهورها في المستقبل.
- تنسيق الجهود بين المدرسة والعيادة والمنزل للمحافظة قدر الإمكان علي المستوي الذي وصل إليه الطفل.
- إجراء بعض التعديلات في مواد المنهاج ، وذلك من خلال العمل علي إعداد الدروس بشكل يسمح للطفل بفهمها واكتسابها بناء علي قدراته ، ويكون ذلك مرتبطاً بشكل مباشر بالخطة التربوية الفردية والعمل بها من خلال المدرسة.
- تعيين لجنة خاصة للطفل لأعداد الامتحانات والإشراف عليها حتي يتسني لنا الوصول إلي تقييم فعلي وحقيق لقدرات الطفل وما تم اكتسابه من المنهاج ، وكذلك وجود لجنة خاصة للامتحانات يساعد الطفل في إعطائه فرصة كبيرة في الإجابة علي الأسئلة بشكل أفضل.
- العمل من خلال مثل هذه الحالات علي حث الإداريين والمسؤولين والذين يرسمون السياسة التعليمية والفلسفة القائمة عليها أن يأخذوا بعين الاعتبار طبيعة المشكلات السلوكية والتربوية والخصائص والسمات الشخصية التي تميز أطفال التوحد بعين الاعتبار عند قبولهم في المدارس العادية ، وأن يواجهوا الجهود المطلوبة للوصول بالطفل إلي الأهداف التربوية العامة المرجوة من التعليم أسرة بالأطفال العاديين.

● كما يجب توفير المتطلبات التالية لرعاية الطفل التوحدي:

- توفير المعلومات الضرورية لأسرة التلميذ حول إعاقته وطبيعة احتياجاته.
- إتاحة الفرصة للأسرة لملاحظة التلميذ أثناء وجوده في البرنامج.

- مشاركة الأسرة في إعداد وتصميم وتنفيذ وتقويم البرنامج التربوي الفردي للتلميذ.
- توفير برامج تدريبية لأسرة التلميذ.
- إقامة لقاءات بين أولياء أمور التلاميذ ذوي التوحد.
- توفير مكتبة يمكن للوالدين والباحثين الاستفادة منها.
- تدوير خط هاتف لمساعدة الوالدين والذين يقومون برعاية شخص مصاب بالتشكيلة الواسعة لمرض التوحد.
- تنظيم مؤتمرات ودورات تدريبية.
- تنسيق عمل المتطوعين علي المستوى القومي في مشاريع " من والد لآخر " ومشاريع " مصادقة الأسر "
- توفر خدمات التقييم والتشخيص المتخصص.
- تشجيع البحث في أسباب مرض التوحد.
- ترفع الوعي وتخلق فهماً أفضل عن مرض التوحد.
- توفر خدمات الاستشارة للعاملين والمنظمات التي تعمل في مجال مرض التوحد.
- تقدم دورات تدريبية معتمدة في خدمات التعليم والرعاية المتعلقة بمرض التوحد.
- ضرورة إنشاء مكاتب لفحص الراغبين في الزواج مدعمة بالخبرات والتخصصات المختلفة وعلي الأخص المتخصصين في الوراثة البشرية
- ضرورة إنشاء المراكز المتخصصة في الأوتيزم التي يمكن أن تقدم النصيحة والمعلومات لآباء هؤلاء الأطفال وتقدم للأطفال التشخيص الدقيق والبرامج العلاجية المناسبة.

- تعاون وزارة الصحة والتعليم وأقسام الطب النفسي المحلية وأقسام علم النفس لتشكيل الأساس لفريق يقوم بالتشخيص.
- ضرورة إصدار تشريع أو ما شابه ذلك يجعل الفحص الطبي قبل الزواج إجبارياً بحيث تصبح شهادة الخلو من الأمراض خاصة الوراثية منها ضمن مستندات توثيق الزواج.
- ضرورة مداومة وتكثيف التوعية بشتي وسائل الإعلام بما يحقق منع الإعاقة للطفل من خلال برامج الأمومة والطفولة.
- ضرورة قيام التوعية الدينية بواسطة أئمة المساجد بتفسير وشرح حديث الرسول الكريم عليه الصلاة والسلام " تخيروا لنطفكم فإن العرق دساس " فإن في شرح هذا الحديث توعية صحيحة بالغة الأهمية.
- تكثيف الإرشاد الصحي للحد من إصابة الجنين أثناء الحمل نتيجة لتناول الأم بعض أنواع الأدوية دون استشارة الطبيب. مثل المضادات الحيوية وغيرها ، خاصة في الشهور الثلاثة الأولى للحمل.
- ضرورة مداومة التوعية الوقائية للأسرة من خلال وسائل الإعلام ووسائل الاتصال الجماهيري ، بضرورة تحصين أطفالها في المواعيد المحددة ضد مختلف الأمراض المعدية وخاصة ضد مرض شلل الأطفال.
- الدعوة إلي تجنب الإنجاب بعد سن الـ ٣٥ سنة للإقلال من حدوث الأمراض الوراثية السائدة للجنين.
- الدعوة إلي الإقلال ما أمكن من زواج الأقارب من خلال نظرة الإسلام إلي هذه المشكلة.

- ضرورة الدراسة في جميع كليات الطب في مختلف المراحل الأكاديمية والإكلينيكية.
- تدعيم مراكز بحوث الوراثة البشرية القائمة وزيادة كفاءتها وعددها باعتبارها تقدم الإرشاد الوراثي للأسر المصابة ، وتقوم بالاكشاف المبكر للأمراض الوراثية في الجنين.
- الاهتمام ببرامج الإرشاد الوراثي كأسلوب وقائي لتجنب حدوث الإعاقة، ونشر الوعي الصحي بواسطة الأفلام الصحية ، لتوضيح كيفية الإقلال من حدوث الأمراض الوراثية.
- التوسع في إنشاء دور الحضانة الخاصة برعاية الأطفال المعوقين لإمكان رعايتهم في سنوات العمر المبكرة بما يؤدي إلي الإقلال من اثر الإعاقة والحد منها.
- إجراء الدراسات المسحية عن حجم الأوتيزم في مجتمعنا العربي والمصري والخدمات المقدمة لهؤلاء الأطفال حيث أنها معلومات أساسية في وضع سياسات واستراتيجيات العمل لمخططات وبرامج الرعاية والتأهيل وتدريب الكوادر العاملة في المجال ولتوفير الاعتمادات المالية اللازمة لتمويل الخدمات التي تنص عليها موثيق حقوق الطفل المعاق والتي أصبحت الآن تستخدم كأحد مؤشرات تقدم المجتمع.
- توعية الآباء والأمهات بهذا الاضطراب والعلامات الأولى التي تظهر علي الطفل خلال الشهور الأولى من الحياة من خلال برامج تليفزيونية مبسطة وذلك لسرعة الاكتشاف المبكر للاضطراب وسرعة التعامل معه.
- عدم مبالغة المتخصصين في رسم صورة مستقبلية غير واقعية لمستقبل الاضطراب والتطور الهائل الذي سيحدث للطفل فور بعض التدريبات

السلوكية لأن ذلك يؤدي إلى خيبة أمل شديدة للوالدين وإحساس هائل بالإحباط عندما لا يصل طفلهم إلى الصورة المزعومة ومن ثم نفقد حماس وتعاون الوالدين في تنفيذ أي برنامج تدريبي للطفل فلا بد من إعطاء صورة واقعية لاضطراب الطفل ومآله ومساعدة الوالدين على فهم مشكلات الطفل والتغلب على الأفكار الخاطئة التي تعوق مشاعرهم الوالدية وبذلك نضمن تعاون الوالدين في تنفيذ أي برنامج علاجي للطفل.

- عمل دورات تدريبية عن الأوتيزم للأطباء ومدرسي التربية الخاصة والأخصائيين النفسيين وأخصائي اللغة والكلام في العيادات والمدارس ووحدات رعاية الأطفال لكيفية التعرف على هذا الطفل وكيفية التعامل معه.

ومن الشائع أن تأخر ارتقاء اللغة من العلامات الأولى التي تظهر على الطفل المصاب بالأوتيزم ومن هنا فإن مسؤولية أخصائي اللغة والكلام كبيرة في فحص الطفل جيداً لمعرفة هل تأخر ارتقاء اللغة أو اضطراب اللغة يرجع إلى الأوتيزم أو غير ذلك من الأسباب بالإضافة إلى ذلك فإن مسؤوليته تجاه آباء الأطفال المصابين بالأوتيزم هي تبصرتهم بأن مشكلة الطفل لا تعد فقط مشكلة في اللغة والكلام.

مراجع الكتاب

بالتجربة والخطأ

أولاً: المراجع العربية:

١. إبراهيم أمين القريوتي: التخطيط لدمج ذوي الاحتياجات الخاصة، المؤتمر الثامن لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية " معا على طريق الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي " ، القاهرة، ٢١- ٢٤ أكتوبر ٢٠٠٢م.
٢. ابراهيم بن عبد العزيز الفوزان: دمج الطالبات ذوات الاحتياجات الخاصة في برامج التعليم العام في المملكة العربية السعودية المؤتمر الثامن لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية " معا على طريق الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي " ، القاهرة، ٢١- ٢٤ أكتوبر ٢٠٠٢م.
٣. الهام عبد القادر احمد المصطفى: دمج الاطفال المعاقين ذهنيا في التعليم النظامي، تجربة مركز الطفل الحديث الخرطوم - السودان، المؤتمر الثامن لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية " معا على طريق الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي " ، القاهرة، ٢١- ٢٤ أكتوبر ٢٠٠٢م.
٤. أمينة رمضان: برنامج تربيوى متكامل للأطفال التوحديين يؤهلهم للاندماج فى المجتمع، مجلة عالم الاعاقة، الرياض، ٢٠٠٦،
٥. أيمن محمد البلشة: الفروق فى الخصائص السلوكية والتربوية للأطفال المتوحدين والأطفال المتخلفين عقلياً، ندوة الإعاقات النمائية قضاياها العملية ومشكلاتها العملية، البحرين، ٢٠٠٠.
٦. أيمن محمد البلشة:دمج الأطفال التوحد ذوى القدرات العالية- فى المدارس العادية. المؤتمر الثامن لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية " معا على طريق الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي " ، القاهرة، ٢١- ٢٤ أكتوبر ٢٠٠٢م.
٧. المجلس العربى للطفولة والتنمية: رحلتى مع التوحدية (الاوتيزم) تجربة أم ، مجلة الطفولة والتنمية، ع١٤، ديسمبر ٢٠٠١.

٨. ربيع عبد الرؤوف محمد عامر: الرعاية الأسرية للطفل التوحدي، مجلة النفس المطمئنة، القاهرة، ع٨٢، سبتمبر، ٢٠٠٥.
٩. زينب محمود شقير: المعاقون عقلاً وتربوياً، القاهرة، النهضة العربية، ٢٠٠٣.
١٠. سميرة عبد الطيف السعيد: دراسة حول تدير والدى الأطفال المصابين بالتوحد للاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم فى دولة الكويت المملكة العربية السعودية، المجلة التربوية ع٥٤، مج٢، خريف ١٩٩٧.
١١. قحطان أحمد الظاهر، مصطلحات ونصوص إنجليزية فى التربية الخاصة، الأردن- عمان، دار اليازورى، ٢٠٠٤.
١٢. كمال سالم سيسالم: موسعة التربية الخاصة والتأهيل النفسى، العين، دار الكتاب الجامعى، ٢٠٠٢.
١٣. طارق عبد الرؤف عامر، ربيع عبد الرؤف عامر: رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة المعاقين ذهنياً، القاهرة، الدار العالمية، ٢٠٠٦.
١٤. طارش مسلم الشمري، زيدان أحمد السرطاوى: صدق وثبات الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولى، مجلة أكاديمية التربية الخاصة، الرياض، ١٤، ٢٠٠٢.
١٥. عايدة عباس ابو غريب، عمرو رفعت عمر: دراسة تقويمية لتجربة الدمج المصري فى ضوء الخبرات الأجنبية وأثرها فى التوافق الاجتماعى والانفعالي لدى عينة من المعاقين سمعياً.
١٦. عبد الرحمن سيد سليمان: إعاقة التوحد، القاهرة، زهراء الشرق، ٢٠٠١، ١٧- عبد الرحمن سيد سليمان: دليل الوالدين والمتخصصين فى التعامل مع الطفل التوحدي، القاهرة، زهراء الشرق، ٢٠٠٢.
١٧. عبدالعزيز الشخص وعبد الغفار الدماطى: قاموس التربية الخاصة لغير العاديين، القاهرة، الانجلو، ١٩٩٢.
١٨. عبد المطلب أمين القريطى: سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، القاهرة، دار الفكر العربى، ٢٠٠١.
١٩. عبد الحسن جاسم على : رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة بالمدارس الابتدائية بمملكة البحرين المؤتمر الثامن لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية

مصر العربية " معا على طريق الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي " ، القاهرة، ٢١- ٢٤ أكتوبر ٢٠٠٢ م

٢٠. عثمان لبيب فراج: العوامل المسببة للتوحد، النشرة الدورية، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية، ع٧٤، يونية ٢٠٠٣.

٢١. عصام محمد زيدان: الانهك النفسى لدى أباء وأمهات الأطفال التوحيدين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية، والأسرية، مجلة كلية التربية، جامعة المنوفية، ع١٦، ٢٠٠٤.

٢٢. فوزية محمد حسن أخضر: تجربة دمج المعاقات سمعياً في تعليم البنات بوزارة المعارف في المملكة العربية السعودية المؤتمر الثامن لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية " معا على طريق الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي " ، القاهرة، ٢١- ٢٤ أكتوبر ٢٠٠٢ م.

٢٣. محمد السيد عبدالرحمن وآخرون: رعاية الأطفال التوحيدين دليل الوالدين والمعلمين، القاهرة، دار السحاب، ٢٠٠٥.

٢٤. محمد على كامل : أثر التعليمات اللفظية المصاحبة لبعض المهام العلمية على أداء مجموعة من الأطفال ذوي (الأوتيزم) دراسة نيوسيكولوجية، مؤتمر "التعليم وتحديات القرن الحادى والعشرين"، كلية التربية، جامعة طنطا، ١٩٩٨.

٢٥. مهدى محمد القصاص: التمكين الاجتماعى لذوى الاحتياجات الخاصة دراسة ميدانية، المؤتمر العربى الثامن منتدى التجمع المعنى بحقوق المعاق (الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية)، اسبوط، ٢٠٠٥.

٢٦. نادية ابراهيم أبو السعود: الاضطراب التوحدى لدى الأطفال وعلاقته بالضغط، لوالدية، مجلة معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، ع٨، يونيو ٢٠٠٠.

٢٧. هشام عبدالرحمن الخولى:فاعلية برنامج علاجى لتحسين حالة الأطفال (الأوتيزم) الأوتيسك، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، مج٢، ع٣٢، ديسمبر ٢٠٠٤.

٢٨. هدى أمين عبدالعزيز:الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالأتيزم (الذاتوية)، مجلة معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، ع٨، ٢٠٠٠.

٢٩. يوسف عبد الصبور عبد اللاه: الاتجاهات نحو الدمج لدى القائمين على رعاية المتخلفين عقلياً في مدارس التربية الفكرية ومدارس الدمج ومدى إدراكهم لإيجابياته وسلبياته ومتطلباته ومعوقاته، المؤتمر الثامن لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية "معا على طريق الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي"، القاهرة، ٢١- ٢٤ أكتوبر ٢٠٠٢م.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

1. 1-Alarcom _ Maricela et al, (2002). Evidence for -language quantitative trait locus on chromosome 7q in multiplex autism families, Am _ j _ Hum _ Genet. 70 (1): 60_ 71
2. Bryan sigle (1996) the world of the autistic child understanding and treaning autistic spectrum disorder oxford university press, inc
3. Bowley, Agatha, & Gardner, lesile (1972) The Handicapped child, Churchill living stone
4. Dunlap, G ET, al, (1999) autism and autism spectrum disorder (ASD). ERIC Clearinghousw on Disabilities and Gifted Education , Reston
5. Dianne E, Berkell, (1992) AUTISM, Identification, Education, and Treatment . Lawrence Erlbaum Associates, Inc .
6. Frith,u (1989).Anew look at language and communica-ion in autism.Britsh journal of Disorders of communication,24:123-50.
7. Gillberg,c.and cloman,m.(1992)th biology of the autistic syndromes (2nd edition), oxford,Blackwell scientific publications.
8. Gillberg,c,steffenburg,H.and schaumann, H.(1991) .ls autism mor common now than ten yers ago? Brititsh journal of child psychiatry, 12:160-7.
9. -ok, nancy j.(1993) A goup tining pogram for 9 siblingof children with autism: Acquistion of language training procedurs and related behaviurchang .ph.D.Dissertation,university of california,san Diego.
10. wing,l.(1993) the definition and pevalence of autism :A review. European child and Adolscent psychiatry,2,(2):61-74.
11. wing,l.(1986) autistic children England,constable co.lta.- united nations Ddevelopment programme (undp) (Dec1990)human ddevelopment report .oxford, oxforduniversitypress.
12. trevarthen,c., aitken,k, paooudi, D.and Reports,j.(1996) children with autism: Diagnosis andinterventions to meet their needs. london: jessica kingsley publication.
13. <http://www.gulfnet.ws/vb/showthread.php>
14. <http://www.angelman.org>
15. <http://www.asclepius.com/iaso>
16. <http://www.geneclinics.org>

17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

18. <http://www.gulfkids.com/ar/index.php>



فهرس الكتاب

بالتخصص في

الفصل الأول التوحد-تعريفه-أهميته

١٥	 مقدمة
١٩	 أولاً: تعريف التوحد (الأوتيزم)
٢٣	 ثانياً: تطور دراسة التوحد
٢٧	 ثالثاً: أهمية دراسة إعاقة التوحد
٢٩	 رابعاً: نسبة انتشار التوحد وحدوثه
٣٣	 خامساً: الاضطرابات المصاحبة للطفل التوحدي

الفصل الثاني خصائص الطفل التوحدي

٤٣	 مقدمة
٤٧	 أولاً: الفرق بين التوحد ومتلازمه (أنجلمان)
٥١	 ثانياً: خصائص الطفل التوحدي
٦٣	 ثالثاً: أعراض التوحد
٨٣	 رابعاً: تفسير العلماء غموض التوحد
٩١	 خامساً: بعض الاحتياجات التدريبية والتعليمية المقترحة للأطفال المصابين بالتوحد ..

الفصل الثالث أسباب التوحد

٩٧	 مقدمة
٩٩	 أولاً: أسباب التوحد
١٠٧	 ثانياً: تشخيص مرض التوحد
١١٣	 ثالثاً: صعوبات تشخيص الطفل التوحدي
١٢١	 رابعاً: علاج حالات التوحد

خامساً: دور المجتمع والأفراد والمربين اتجاه موضوع الوراثة لإمكانية عدم وجود

١٣١	طفل معاق أو مشوه
١٣٣	سادساً: وسائل الإقلال من حدوث الإعاقة

الفصل الرابع

الاتجاهات الحديثة في دمج الأطفال التوحدين

١٣٩	مقدمة
١٤٣	أولاً: مفاهيم ومصطلحات الدمج
١٥١	ثانياً: فوائد دمج الأطفال التوحدين
١٥٥	ثالثاً: أشكال الدمج
١٥٧	رابعاً: نظم وطرق الدمج
١٦١	خامساً: دمج المعاقين في المدارس العادية
١٦٣	سادساً: دمج الأطفال التوحدين في المدارس العادية
١٦٥	سابعاً: إيجابيات وسلبيات الدمج
١٦٧	ثامناً: صعوبات دمج الأطفال التوحدين

الفصل الخامس

رعاية الطفل التوحدي (الأوتيزم)

١٧٣	مقدمة
١٧٥	أولاً: دور الأسرة في رعاية الطفل التوحدي
١٨٩	ثانياً: واجبات المربين اتجاه الطفل التوحدي
١٩١	ثالثاً: البرامج اللازمة لرعاية الطفل التوحدي
١٩٣	رابعاً: المتطلبات التي يجب توافرها في الكوادر البشرية داخل برامج التوحد
١٩٥	خامساً: الخدمات التربوية والنفسية التي يجب أن نقدمها لأبنائنا ذوي التوحد
١٩٧	سادساً: بعض آراء المتخصصين حول رعاية الطفل التوحدي
٢٠٧	سابعاً: بعض المقترحات لرعاية الطفل التوحدي
٢١٣	المراجع