التـوحد

الطبعة الأولى
1446 هـ
2025 م

اسم الكتاب: التوحد
التأليف: أ. د. مجدي هلال
موضوع الكتاب: علم نفس
عدد الصفحات: 224 صفحة
عدد الملازم: 14 ملزمة
مقاس الكتاب: 14*20
عدد الطبعات: الطبعة الأولى
رقم الإيداع: 2024/13664
الترقيم الدولي: 978-977-6903-968

محفوظة جميع الحقوق

يمنع طبع هذا الكتاب أو جزء منه بكل طرق الطبع، والتصوير، والنقل، والترجمة، والتسجيل المرئي والمسموع والحاسوبي، وغيرها من الحقوق إلا بإذن خطي من الدار.

hakayaproduction@gmail.com
01551751909 _ 01096476744

(١)

نافذة على المجهول:

التوحّد

أستاذ دكتور. **مجدي هلال**

أستاذ علم النفس بالجامعة الإسلامية بمينيسوتا – فرع المغرب

مدير مركز التكامل المعرفي

تقرأ في هذا الكتاب

المقدمة: لماذا نكتب عن التوحُّد؟
الفصل الأول: التوحد
ويُجيبك عن سؤال: ماذا عن التوحد؟
الفصل الثاني: الأسباب المحتملة للتوحد
ويجيبك عن سؤال: ما أسباب الإصابة بالتوحد؟
كيف يكتشف الآباء الإصابة بالتوحد؟
الفصل الثالث: التوحديين
ويجيبك عن سؤال:
الفصل الرابع: التشخيص
ويُجيبك عن سؤال: كيف يُشخص الإخصائيون مرض التوحد؟
الفصل الخامس: علاج التوحد
ويُجيبك عن سؤال: هل يوجد علاج للتوحد؟
الفصل السادس: الضغوط النفسية لأسر التوحديين
ويُجيبك عن سؤال: ماذا يحتاج آباء التوحديِّين؟

المقدمة

لماذا نكتب عن التوحُّد؟

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله رب العالمين على نعمِه الكثيرة، وآلائه الجسيمة، وفيض كرمه، وعظيم مننِه، وسعة رحمته، وروعة لطفِه، وسكينة معيَّته، وجميل مُعافاته القائل في محكم آياته: ﴿وَنُنَزِّلُ مِنَ ٱلْقُرْءَانِ مَا هُوَ شِفَآءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ ٱلظَّٰلِمِينَ إِلَّا خَسَارًا﴾[الإسراء:82].

والصلاة والسلام على رحمةِ الله للعالَمين، سيد الأولين والآخرين، وإمام المُرسَلين، وقدوة المؤمنين، القائل عن أبي هريرة – رضي الله عنه – أن رسول الله ﷺ قال: «ما أنزل الله داءً إلا أنزل له شفاءً»؛ رواه البخاري.

فهذه نافذة مُتواضِعة نفتحها على ذلك المجهول الذي بات يُؤرق بعض البيوت والأسر، ويكاد يَعصر قلوب أمهاتٍ يرَون أبنائهن فريسة ذلك المجهول (التوحد) الذي يتداخَل في كثير من الأحيان مع غيره من الاضطرابات، والذي اتَّسع نطاق ومُعدلات انتشاره، وتقدُّم طرائق كشفِه وحصاره رغم علاقته العضوية

والبيئية بالمُصاب، ومراحل تطوُّره، وخصائص نموُّه، وما يُسببه من مضاعفات؛ كنَوبات التهيُّج، والاكتئاب، وغيره، وما يتطلَّع إليه آباء التوحُّديِّين.

الفقير إلى عفو ربه

مجدي هلال

الفصل الأول

التوحـــــد

طبيعة التوحُّد:

عبـارة عـن حـالات اضطـرابٍ ذاتيٍّ بيولوجي عصبـي يظهر في توقـف النمـو اللغـوي والمعـرفي والانفعـالي والاجتماعي، ممـا يُؤثر في تكويـن الشـخصية، وهـذه الاضطرابات يُسـمِّيها البعض طيف التوحُّد، وهي تُسبب اختلال التفاعل الاجتماعي وأنماطه والمخزون النمطي المتكرر للنشاط.

لمحة تاريخية:

عـام ١٨٧٦ كان أول وصـفِ حالة الانشـغال بالذات بواسـطة الطبيـب النفـسي الإنجليـزي هنري مـودزلي ثم طوَّر هـذا الوصف الطبيـب النفـسي إيجـون بلولـر، ثـم اعتُـبرت إعاقـة التوحُّـد مـن الاضطرابـات الذهانيـة التـي تحـدُث في مرحلـة الطفولـة المبكِّـرة، ويُمكن تسميته الذهان الذاتوي.

وكانـت بدايـة معرفة العـالم بتشـخيص التوحُّد (باسـم التوحد الطفـولي) حينَـما أطلق هذا التشـخيص كانـر الذي عـاش في الفترة

ما بين (١٨٩٤ - ١٩٨١) كطبيبٍ نفسي في قسم أدولف مير في مستشفى جونز هوبكنز.

ويُشير كانر إلى أن الأطفال التوحُّديِّين لا يبدُون كأطفالٍ طبيعيِّين فحسب، بل إنهم عادةً ما يكونون جذَّابين أيضًا، لذا ليس من المُدهش أنَّ هذا الأمر قد شجَّع كانَر على افتراضِ أنَّ هؤلاء الأطفال أذكياء أيضًا، خاصةً بعد ظهور مجموعةٍ من المهارات الخاصة في نواحٍ معيَّنة لدَيهم؛ وبالنسبة إلى تفسير السبب وراء انطواء الطفل التوحُّدي وعُزلته الاجتماعية؛ فقد اعتقد كانر أن السبب وراء هذه الحالة يرجع إلى الوالدَين. على أن الاعتراف بهذا التشخيص يُطلَق عليه مصطلح "الأوتيزم" أو "التوحُّد" أو "الاجترار" في اللغة العربية لم يتمَّ إلا في ستينيات القرن الماضي (١٩٦٤).

ولخَّص كانر خصائص الطفل التوحُّدي في:

1. عجز الطفل عن إقامة علاقات مع الآخرين.
2. قرَّرت الأمهَّات أن الطفل لا يظهر في طريقة جلسته أو في حال وقوفِه ثابتًا؛ وذلك قبلَ أن تأخذه أمه.
3. التأخُّر في اكتساب اللغة؛ حيث يبدأ 8 من 11 طفلًا الكلام إما في الوقت المناسب أو بعد ذلك.
4. يتمتَّع الأطفال التوحُّديُّون بذاكرةٍ استظهارية جيدة.

5. المصادأة (تكرار أصوات محددة).

6. يلتزم الطفل بالمعنى الحرفي للكلمات.

7. تستخدم الضمائر الشخصية على نحو غير دقيق.

8. يُبدي الطفل التوحُّدي ردود فعل غير عادية أو شاذَّة للمُثيرات الحسية.

9. يُبدي الطفل التوحُّدي رغبة جارفة في رؤية العالم حوله على أنه ثابت.

10. الانزعاج من التغيير.

11. اللعب بطريقة تكرارية.

12. يَنحدِر كل الأطفال التوحُّديين من أسر ذكية.

نقاط كريك التسعة.

جاء في تقرير الجماعة البريطانية العاملة (صدَر في الستينات) قائمة من تسع نقاط عُرفت باسم نقاط كريك التسعة لتشخيص الأطفال الفصاميِّين وهي ما يلي: اضطرابٌ في العلاقات الانفعالية مع الآخرين، وعدم الوعى بالهوية الشخصية لدرجة لا تتناسَب مع العمر، وانخراط مَرَضيٌّ بموضوعات محدَّدة، ومقاومة التغير في البيئة والمحافظة على الروتين، وخبرات إدراكية شاذَّة، وقلق حادٌّ ومُتكرِّر وغير منطقي، وفقدان الكلام أو عدم اكتسابه أو الفشل في

تطويره إلى مستوًى مُناسب للعمر، واضطراب في الأنماط الحركية، وتخلُّف واضح في بعض الجوانب أو وظائف عقلية غير عادية.

وقد استمرَّ التطور مِن السبعينيات حتى الآوِنة الحالية، وتمَّ التركيز على:

1. أهمية تطوُّر اللغة بالنسبة إلى الطفل التوحُّدي خاصةً في مرحلة ما قبل المدرسة؛ حيث تبرز أهمية هذه المرحلة في ارتقاء اللغة في بعض المهارات والقُدرات لدى الأطفال في المراحل اللاحقة للعمر.
2. إن مجرَّد تطوُّر اللغة بالنسبة إلى الطفل التوحُّدي مع التمتُّع ببعض المهارات الجيدة نسبيًّا لا يضمن له بالضرورة أن تتطور حالته على نحو جيد، فلا بد من التدريب المكثف والمتواصِل في مجالاتٍ شتَّى سواء أكانت أكاديمية أو إدراكية أو غير ذلك؛ بحيثُ تُتيح الفرصة أمام هؤلاء الأطفال لمزيدٍ من النُّضج الاجتماعي والانفعالي والتعليمي ... إلخ.
3. إن المعلومات المتضمَّنة في تقارير الدراسات اللاحقة أكثر تنظيمًا وموضوعية مقارنة بسابقتها، مما أدَّى إلى التوصُّل إلى نتائج على درجة بالغة الأهمية في الكشف عن أسباب أو في التوصُّل إلى علاجات جيدة للطفل التوحُّدي.
4. إن عددًا من الدراسات اللاحقة قد ركزت على الطفل

التوحُّدي ذي القُدرة العقلية المُرتفعة نسبيًّا؛ ومن ثمَّ من المتوقَّع أن تكون أكثر هذه الدراسات تأثيرًا مُقارنةً بالدراسات السابقة.

5. وسائل التقييم والتشخيص التي كانت مُستخدمة في الدراسات الباكرة تختلف بعض الشيء عن تلك المستخدَمة في الدراسات اللاحقة؛ وذلك لاستحداث أدوات تقييمية جديدة.

أهمية بحوث التوحُّد:

تَرجع أهمية إجراء بحوث التوحُّد إلى دراسة مرحلة نمائية مُهمة من حياة الطفل لا نعرف عنها الكثير، كما أن هذا الاضطراب يتداخَل مع كثير من الاضطرابات الأخرى. كما يجب أن نأخُذ في الاعتبار العلاقة الدائرية بين العوامل العضوية والبيئية؛ فالطفل يولد بميول اجترارية، وقد يستفزُّ أمه لتُعامله – من ثمَّ – معاملةً خاصة ومميَّزة عن باقي إخوته، مما قد يُنمي فيه ظواهر المرض.

كما أن هناك الكثير من المضاعفات المصاحِبة لحالة التوحُّد. فمن أهم المضاعفات حدوث الاكتئاب في بداية مرحلة المراهَقة؛ استجابةً للوعي الجزئي بالإعاقة الناتجةِ عن اضطراب التوحُّد. وفي حالة التعرض لضغط نفسي أو اجتماعي يُظهر المريض أعراضًا تصلُّبية، خاصة النهيج، أو يأخُذ وضعًا ثابتًا، أو ظهور حالة ذهانية

غير نوعية مع ضلالاتٍ وهلاوس، ولكنها تزول بزوال السبب.

كما ترجع أهمية دراسة التوحُّد إلى زيادة معدَّلات انتشاره وهذا ما أبرزَته نتائج الدراسات السابقة، وهذا يتطلَّب التعرُّف على الكثير من المعلومات عن أسباب حدوثه لخَفض معدَّلات انتشاره، ومحاولة الوصول إلى أفضل البرامج العلاجية التي تُمكِّن الوالدَين والمتعامِلين مع هذه الفئة من الأطفال من التعامل الفعال معهم، وإنشاء المراكز المتخصِّصة وتزويدها بالمتخصِّصين في هذا المجال، وتزويدها بالمصادر الضرورية.

تعريفات تناولت مفهوم التوحُّد:

تعريف التوحُّد طبقًا لتصنيف DSM - IV - TR, 2000, P.75:

1. يُبـدي الطفـل عجـزًا نوعيًّـا في تفاعلـه الاجتماعـي الـذي يتضمَّـن: عجزًا عن الاسـتخدام المناسـب للسـلوكيات غير اللفظية ليُوجِّه انفعالاته، والفشـل في نمو أو تطوير علاقات مع الأقران.
2. العجز عن التواصُل يرى غالبًا في الأطفال التوحُّديِّين، وهذا العجـز يتَّضـح في نمو اللغة المنطوقة، والعجـز عن المبادأة أو في تعزيز المحادثة، والسـلوك النمطي، والاسـتخدام المتكرِّر للغة، وقصور في مهارات اللعب التلقائي المناسب في المرحلة النمائية.
3. ظهور أنماط من السلوك النمطي في الأنشطة التي يُؤديها، وفي اهتماماته، وهذه الأنماط تشمَل الانشغال بواحدة أو أكثر من الأنماط المقيِّدة للسـلوك النمطي، وتمسُّـكه غـير المَرِن بأعمال محدَّدة أو طقوس، أو الانشغال بأجزاء من الموضوعات.

تعريف (قانون التربية الخاصة للأفراد المعاقين) للتوحُّد على أنه:

إعاقة نمائية تؤثر تأثيرًا بالغًا على التواصل اللفظي وغير اللفظي،

وعلى التفاعل الاجتماعي، وتظهر قبل سنِّ 3 سنوات مما يُؤثر على إنجاز الطفل التعليمي، ومِن الخصائص الأخرى وجود سلوكيات نمطيَّة مُتكرِّرة بشكل واضح، والطفل هنا لا يقبَل التغيير خصوصًا في الروتين اليومي، كما أن ردود فعلِه غير عادية بالنسبة إلى الخبرات الحدسية، ومُصطلَح التوحُّد هنا لا يَنطبِق على الطفل إذا كان أداؤه التعليميُّ قد تدنَّى بسبب مُعاناته من اضطرابات انفعالية شديدة.

تعريف الجمعية البريطانية للأطفال التوحُّديِّين:

لقد كان الهدف من تعريف الجمعية البريطانية للأطفال التوحُّديِّين في المملكة المتحدة هو رسم سياسة اجتماعية وقانونية بخصوص اضطراب التوحُّد، وكذلك توعية الرأي العام بهذا الاضطراب. وحسب هذا التعريف يشتمل اضطراب التوحُّد على المظاهر التالية:

1. اضطراب في معدَّل النمو وسرعته.
2. اضطراب حسِّيٌّ عند الاستجابة للمُثيرات.
3. اضطراب التعلُّق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.
4. اضطراب في التحدُّث والكلام واللغة والمعرفة.

أنواع التوحُّد:

اقترحت ماري كولمان ثلاثة تصنيفات للتوحُّد هي:

المتلازِمـة التوحُّديـة الكلاسـيكية، ويَحـدُث تحسُّـنٌ لها بين سـنِّ الخامسـة والسـابعة، ومُتلازمة الطفولـة الفصامية بأعـراض توحُّد وتكون مثل الأولى، إلا أنه يحدث تأخر لمدة شهر.

والمتلازمـة التوحُّديـة المعوَّقـة عصبيًّا، ويظهر لـدى المصابين بها مـرضٌ دماغي عُضـوي مُتضمِّنـة اضطرابات أيضيـة، ومتلازمات فيروسية؛ مثل الحصبة، ومتلازمة الحرمان الحسِّي.

واقـترح كلٌّ مِن سـيفن وماتسـون وكو وفي وسـيفين تصنيفًا من أربع مجموعات كما يلي:

1. المجموعة الشاذة: يظهَر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل مِن الخصائص التوحُّدية والمستوى الأعلى من الذكاء.
2. المجموعـة التوحُّديـة البسـيطة: يُظهـر أفراد هـذه المجموعة مشكلات اجتماعية وحاجة قوية للأشياء والأحداث، لتكون روتينية كما يُعاني أفراد هذه المجموعة أيضًا تخلُّفًا عقليًّا بسيطًا والتزامًا باللغة الوظيفية.
3. المجموعة التوحُّدية المتوسـطة: ويمتاز أفـراد هذه المجموعة بالخصائـص التاليـة: اسـتجابات اجتماعية محـدودة، وأنماط شـديدة مـن السـلوكيات النمطية مثـل التأرجـح والتلويح باليد، لغة وظيفية محدودة وتخلُّف عقلي.

4. المجموعة التوحُّدية الشديدة: أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيًّا ولا تُوجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، وتخلُّف عقلي على مستوى ملحوظ.

معدلات انتشار التوحد:

قـدَّر جلبيرج حدوث التوحد بحوالي **4.0 - 6.7** لكل **10.000**، وتراوحت نسبة انتشار التوحُّد بين الأطفال من 2:4 لكل 10.000 طفل.

وأشـارت نتائـج الدراسـات الحديثـة إلى أنَّ معـدَّلات انتشـار التوحُّـد واضطرابات طيف التوحُّد المرتبطة بـه أصبحت الآن أكثر ممَّـا هو معـروف في القرن الماضي، وبلغت معدلات الانتشـار بواقع طفل لكل 150 طفلًا.

ومعدَّلات انتشـار اضطراب التوحُّد لدى الذكور تفُوق انتشاره لـدى الإنـاث؛ بحيثُ تتراوَح النسـبة (1:4)، وربـما يُعزى ذلك إلى وجود دليل على أن الأجنـة والرضَّع الذكور يكونون بيولوجيًّا أكثر تعرضًا للضغوط قبل الولادة مقارنة بالإناث.

كـما أنـه ليس حكـرًا على فئة عمريـة أو نوعية من النـاس، بل قد يُظهر لدى كافة الأعمار والأجناس والطبقات.

وترجـع زيـادة معـدَّلات انتشـار التوحُّـد في الآونـة الأخـيرة

إلى تغـيُّرات في الممارسـات التشـخيصية، وزيـادة المعرفـة في العلوم البيولوجية، وزيادة الوعي بهذا الاضطراب وإلى التعريفات المتعدِّدة للتوحُّـد، والتوسُّـع في العمليـات التشـخيصية والتحسُّـن في وعينا المهنـي لهـذا الاضطراب، بالرغم من عدم وجود اتفاق على أسـباب حدوث التوحُّد.

الفصل الثاني

الأسباب المحتمَلة للتوحد

إنَّ دقـة تحديـد أسـباب التوحُّـد تدفـع إلى العمل عـلى انخفاض مُعـدَّلات انتشـاره وتُسـاعد في تصميـم برامـج تُقلِّـل مـن حدوث التوحُّـد، ورغـم ذلك لم تتوصَّـل البحوث العلميـة إلى نتيجة قطعية لأسباب التوحد؛ وذلك للأسباب التالية:

1. عدم التوافق على طبيعة هذه الإعاقة.
2. إن بعض حالات التوحُّد لها علاقة بالتهابِ السحايا.
3. إن كثـيرًا مـن الأعـراض والخَصائص تشـتركُ مع عـددٍ مِن الإعاقات الأخرى.
4. التشخيص الخاطئ لبعض الحالات؛ حيث تُشخَّص على أنها اضطراب في التعلُّم أو تخلُّف عقليٌّ.
5. بعض الحلات تتغيَّر أعراضها بالزيادة أو النقصان.

من أهم أسباب التوحُّد:

العوامل الجينية:

التقاء خلية ذكرية بأخرى أنثوية يُنتِج خليةً مُخصَّبةً يُطلَق عليها الزيجوت، هي أولى مراحل تكوين الجنين، ويحوي الجسم البشري ما يَقرُب من 100 تريليون من الخلايا التي تتكوَّن من الكروموسومات المأخوذة من الأب، والنصف الآخر مأخوذ من الأم، وتوجد سلسلة منظَّمة في ثلاثة وعشرين زوجًا، كل زوج منها له نفس الشكل ونفس الوظيفة، تؤخذ واحدة في كل زوج من أحد الوالدَين وبهذا يشترك الأبوان مناصفةً في نَقلِ الصفات الوراثية.

ولكل كروموسوم نظير له يُمثلان معًا زوجًا، أما الزوج الثالث والعشرون فإنه يختصُّ بتحديد النوع فيكون عند الأنثى XX وعند الذكر XY.

وتتوقَّف العوامل الوراثية على هذه الكروموسومات؛ لأنها تنقُل العوامل الوراثية عن طريق ما يُسمَّى بالجينات الموروثة، وهي عبارة عن أكياسٍ كيماوية في مُنتهى الدقَّة تَنتظِم على الكروموسومات.

ويرجع حدوث التوحُّد إلى وجود خلل وراثي، (عامل جيني) ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب،

وهناك منطقتان في الكروموسوم (2) والكروموسوم (17)

تحتضنـان الجـين الذي يجعـل الأفـراد أكثر قابليـة للتوحـد، وهناك استدلالات سابقة تَقترِح بأن منطقتَي الكروموسوم 7، 16 لهما دور في التحديد عما إذا كان الطفل سيُصاب بالتوحد.

ويوجد عاملان (جينيان) من أقوى العوامل التي تُسبِّب حالات التوحُّد:

1 – شذوذ الكروموسومات.

2 – تصلُّب الأنسجة الدرنية.

العوامل المناعية:

أشـارت العديد من الدراسات إلى وجود خللٍ في الجهاز المناعي لدى الأشخاص التوحُّديِّين؛ فالعوامل الجينية وكذلك شذوذات في منظومة المناعة مُقرَّرة لدى التوحُّديين.

وتُشـير بعـض الأدلة إلى أن بعـض العوامل المناعيـة غير الملائمة بـين الأم والجنين قد تُسـهِم في حدوث اضطـراب التوحُّدية، كما أن الكريـات الليمفاوية لبعـض الأطفال المصابين بالتوحديـة يتأثَّرُون وهـم أجنـة بالأجسـام المضـادة لـدى الأمهـات، وهي حقيقـة تُثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلَف أثناء مرحلة الحمل.

العوامل العصبية:

المخُّ مكنون في التجويف العظمي، ويُحاط المخ والنخاع الشوكي

أيضًا بالسائل المخي الشوكي الذي تحويه تجاويف المخ، ويقوم السائل المخي بالإضافة إلى عمله كوسادة لحماية المخ والنخاع بخدمة عمليات التغذية الخاصة بالمخ.

ويَبلُغ وزن المخ في الإنسان البالغ حوالَي 1400 جرام في المتوسِّط ويختلف حجمه حسب السن، فيزداد تدريجيًّا منذ الولادة حتى يصل إلى أقصى نموٍّ له في سنِّ الثامنة عشر إلى العشرين، ويتركب المخ من حوالَي عشرين بليون وحدة عاملة أو خلية عصبية وتصل إليه المعلومات التي تختصُّ بما يدور في الوسط الخارجي المحيط بالجسم، وبما يجري داخل أجزاء الجسم المختلفة عن طريق أسلاك توصيل خاصة تُعرف بالألياف العصبية.

ويتكوَّن المخ من الفصوص التالية:

الفص القفوي: يتصل هذا الفص بحاسة البصر، فإزالته تُؤدي إلى العمى المستديم؛ حيث يَعجز معه الفرد عن رؤية الأنماط المُختلِفة، ولا يتمكَّن من التمييز بين الظلام والنور، ويُضطرُّ جراحو المخ إلى إزالته في الإنسان حين إصابته بأورام تستدعي هذه الإزالة.

الفص الجداري: يختصُّ الفص الجداري بصفة رئيسية بما يُمكن تسميتُه بالإحساس غير المخصَّص على سبيل المقابلة للسيالات الحسية التي تُنقل إلى المخ من أعضاء الحس الخاصة بالسمع والإبصار؛ ذلك لأن مجموعات كبيرة من المسارات العصبية تصدُر

مـن السرير (المهاد) وتنتهي في الفص الجداري حاملةً إليه سـيالات عصبية انتقلت أولًا من الحبل الشـوكي بطريق التتابع كما هي الحال في الإحسـاس بوسـاطة اللمـس في درجة الحـرارة، وتكـون منطقة الإحسـاس مُرادفة لمنطقة الحركة المجـاورة وبنفس التمثيل العكسي للجسم؟

الفـص الصدغـي: يحتـوي الفص الصدغـي على مراكـز خاصة بالسمع، تَنقسِـم أيضًا إلى مراكز أولية لاستقبال الإشارات العصبية الناتجة عن المُؤثِّرات الصوتية ومراكز ثانوية للتعرُّف عليها، ويَحتوي ذلك الفص أيضًا على مراكز الشم والمذاق.

الفص الجبهي: يُسـتخدم الفص الجبهي في السـيطرة على الحركة أساسًـا، وفي عمليـة التذكر والانفعـالات والعواطـف ثانيًا، واللغة والتفكير ثالثًا.

تقوم الأجزاء الأخرى من المخ بالوظائف التالية:

1 – يقـوم قرنُ أمـون في الدماغ على اسـتدعاء الخبرات الحديثة والمعلومات الجديدة.

2 – الأميجدالا تُوجِّه الاستجابات الانفعالية.

3 – يُنظِّم ويحقِّق المخيخ التوازُن وحركات الجسـم واسـتخدام العضـلات في الـكلام؛ فالمُخيخ لدى الأطفـال التوحُّديِّين

يكـون أصغر، وخلايـاه مكتظة بشـكل كثيف وخصائص أخرى شاذَّة.

واضطـراب التوحُّـد حالـة لهـا أصـول عصبيـة نمائيـة، حيـث يُعـزى التوحُّـد إلى حدوث أمـراض في المخ، وأوضحت دراسـات وفحوصات الرنين المغناطيسي أنَّ حجم المخ في الأطفال التوحُّديين أكبر من الأطفال الأسـوياء، على الرغم مـن أن التوحُّديين المصابين بتخلُّف عقلي شديد تكون رؤوسُهم أصغر حجمًا.

والنسـبة الكبـيرة مِن الزيادة في الحجم حدثَـت في كلٍّ مِن الفص القفوي والفص الجداري، وأظهر الفحص العصبيُّ للأطفال الذين يُعانـون من التوحُّد انخفاضًا في معدَّلات ضخِّ الدم لأجزاء مِن المخ التـي تحتوي على الفص الجداري ممَّا يُؤثـر على العلاقات الاجتماعية والاسـتجابة السـوية واللغـة، أمـا باقـي الأعـراض فتتولَّـد نتيجـة اضطرابٍ في الفص الأمامي.

ويضعُ الباحثون احتمالًا بنشـوء مُشكلات تنجم عن هذا التطور النوعي والكمي المعقَّد للدماغ، الذي يحوي "بلاين" من الخلايا كأن تذهَب بعـض الخلايا إلى مكانٍ أو مواقع خاطئة في الدماغ، أو عطل يُصيب المسـالك العصبية، أو خلل في المرسلات أو النواقل العصبية التي تمرر الإشارة من خلية إلى أخرى.

وأوضحـت الدراسـات أن الخلـل في الجهـاز العصبـي يتمثل في الآتي:

1 – أن نقـص فيتامـين ب6 وبعـض العنـاصر الحيويـة يعـوق عمليات بناء ونمو المخ.

2 – شـذوذ واختـلاف في تركيب بعض المناطـق بالمخ وخاصة المخيخ، والفصوص الصدغية، وحول بطينات المخ.

3 – تناقُـص كمية التشـابك بين الخلايا؛ بحيـث يُصبح بعضها أكثر انعزالًا عن بعض.

4 – انخفـاض عـدد الخلايـا المكوَّنـة لأجـزاء المخ مثـل خلايا يوركنج، أو الزيادة والتسارع في نمو الخلايا؛ بحيث تُصبح مضغوطة وغير ناضجة لأداء وظائفها.

5 – وباستخدام أشـعة التكنولوجيا المستحدَثة تم تسجيل هذا النقـص، وسُـجلت زيـادة في إفراز نتائـج التمثيـل لمنطقة اللحاء.

6 – كما أوضحت أشعة C.T أن 10 – 25٪ من أطفال التوحُّد يُعانون من تشـوُّه وتضخُّم في سُمكِ طبقة اللحاء أو قشرة المـخ، كما بينت فحوص الرنـين المغناطيسي على المخ وجود خلل أو قصور على الثنيات السادسة والسابعة للمخيخ.

ويرجع ذلك إلى:

- إصابة الأم أثناء الحمل بحادث اقتضى علاجًا طبيًّا استغرق أسبوعين على الأقل.
- عانت الأمُّ مِن إرهاقٍ وهبوط مصحوب بنزيف بعد الشهر الثالث من الحمل.
- عانت الأم من دوخة شديدة مع قَيء بعد الشهر الثالث من الحمل.
- تناول بعض العقاقير بدون إذن الطبيب (ليس من بينها الفيتامينات والكالسيوم والحديد والتي تُنصح الحامل بتناولها).
- الإصابة ببعض الأمراض الفيروسية؛ مثل الحصبة الألمانية، مما يقتضي علاجًا طبيًّا لأكثر من يومين أثناء الحمل.

والأطفال المصابون بالتوحُّد لديهم خلل أو اختلاف مميز في رسم المخ الكهربائي، كما أشار بعض الباحثين إلى أن هناك انحرافات في شكل وإيقاع رسم المخ الكهربائي؛ وذلك في حوالي ٪50 و٪80 من العيِّنة المستخدَمة من الأطفال المصابين بالتوحُّد.

ويحدُث الخلل المخي للتوحُّد خلال (20) إلى (24) يومًا من الولادة، كما أن هناك براهين تُدلل على أن الجينات المعنية في وضع

الجسم الأساسي وبناء المخ تُسمى هوكس، هي متغيرة في التوحُّد، وربما يحدث الخلل قبل مُنتصَف الثلاثة الأشهر الأولى من الحمل؛ حيث أسندت في هذه النظرية إلى معرفتها المكثفة عن متى وكيف تسلك الدارات المعينة، فإذا حدث الخلل في مُنتصَف الطريق في فترة نمو الجنين ستفقد بعض الخلايا فقط.

عوامل كيميائية حيوية:

لم تَقتصِر العوامل العضوية التي تؤكدها المدرسة البيولوجية على العوامل العصبية فقط، مثل تلف أو تشوُّه أو عدم اكتمال نمو أجزاء معيَّنة من المخ أو المخيخ في الجهاز العصبي المركزي أو خلل وظيفي معين في أحد أعضائه، بل أشارت البحوث إلى علاقة التوحُّد بالعوامل الكيميائية العصبية، وبصفة خاصة إلى اضطراباتٍ تتمثَّل في خلل أو نقص أو زيادة في إفرازات الناقلات العصبية التي تنقُل الإشارات العصبية من الحواسِّ الخَمسِ إلى المخ أو الأوامر الصادرة مِن المخ إلى الأعضاء المختلفة من الجسم أو عضلات الجسم والجلد.

والعديد من الدراسات بيَّنت ارتفاعا في مادة حمض الهوموفانيليك في السائل النخاعي، وهذه المادة هي الناتج الرئيسي لأيض الدوبامين، مما يشير إلى احتمالات ارتفاع مستوى الدوبامين في مخ الأطفال المصابين وكذلك أيضًا ارتفاعًا لمُستوى السيروتونين في دم ثلث الأطفال التوحُّديين، ولكن هذا الارتفاع ليس مقصورًا

عليهم؛ إذ إنه يُوجد أيضًا في الأطفال المتخلِّفين عقليًّا بدون اضطرابات ذاتيَّة، وعلى العكس من ارتفاع السيروتونين في الدم نجد انخفاضًا في مستوى السيروتونين في السائل النخاعي في المخ في ثلث الأطفال التوحُّديِّين.

وأوضحت نتائج الدراسات أن الأطفال الذين يُعانون من التوحُّد تظهر لديهم مُستويات غير عادية من المادة الكيميائية الدماغية، كما أثبتت دراسات أخرى أن مادة كيميائية مُرتبطة بالدماغ تُسمى النيورتروفين في دماء الأطفال قد تكون هي السبب للتوحُّد. ويُشير بالتين وآخرون إلى أنَّ المرضى باضطراب التوحُّد لديهم حدوثٌ عالٍ من الهيبرسيروتونيميا ولدى بعض الأطفال التوحُّديين تُوجد زيادة في السائل النخاعي الشوكي.

المواد الكيميائية:

ويُمكن تناول لأهم المواد الكيميائية ذات التأثير على حياة الجنين في الآتي:

1 - **التلوث البيئي**: يمكن تعريف التلوث بأنه إضافة أو إدخال أيَّة مادة غير مألوفة إلى أيٍّ من الأوساط البيئية (الماء - الهواء - التربية) وتُؤدِّي هذه المادة الدخيلة عند وصولِها إلى تركيزٍ ما إلى حُدوث تغيُّر في نوعية وخواصِّ تلك الأوساط، وغالبًا ما يكون هذا التغيير مصحوبًا بنتائج

ضـارة مبـاشرة أو غـير مباشرة عـلى كل ما هـو موجود في الوسـط البيئي. وقد ثبتَت علاقة الإصابة بالتوحُّد كنتيجةٍ للتلوث البيئي ببعض الكيماويات.

2 - **الإشـعاعات**: تؤثر الأشعة السـينية (أشعةX) على حوض وبطن الأم الحامل، لا سـيما إذا كانـت الجرعات كبيرة، مما يُؤدي إلى الإجهاض والشذوذ الجسمي.

3 - **العقاقـير**: اقـترح واكفيـدل وآخـرون ارتبـاط الإصابـة بالتطعيـمات، وخاصـةً التطعيـم الثلاثـي، ويُعـزِّز هـذا الافـتراض زيـادة التطعيمات التـي تُعطى للأطفـال إلى أن وصلـت إلى 41 تطعيـمًا قبل بلـوغ الطفل العامـين، كما أنَّ وجود نسـبة عالية مِن المعادن الثقيلة داخل جسم الأطفال المصابـين بالتوحُّد - التي هي مِن مصـادر بيئية، والتي من ضمنها اللقاحات - أعطت دعمًا قويًّا للفرضية.

ويرى عدد متزايد من العلماء أن الزئبق الموجود في بعض لقاحات الأطفـال والرضع قد يكون السـبب وراء الازدياد الحاد في حالات التوحُّد بين الأطفال في مختلف أنحاء العالم.

4 - **الخمر والمخدرات**: الخمر والمخدِّرات تؤدي إلى مضاعفات أثناء الولادة وخفض معدَّل النبض، ويؤدي إدمان الهروين والمروفين إلى انخفاض نسـبة الأكسـجين في أنسـجة الدم،

والتسمُّم، والانفصال المبكر للمشيمة.

وإدمان الكحوليات والمادة الفعَّالة في جميع أنواع المشروبات الذي يُؤدي تعاطيها إلى السُّكر، هي الكحول الإيثيلي.

5 - **التدخين**: ترتفع أيضًا نسبة وفاة الجنين عند الولادة وفي خلال الأسبوع الأول إذا كانت الأم مدخِّنة، ويحدث ذلك بنسبة 35٪ إذا كانت الأم تُدخن بانتظام بعد شهر الحمل الرابع، وانتهت نتائج دراسة هيلتمن وآخرين إلى ارتباط تدخين الأم أثناء الحمل وإصابة الطفل بالتوحُّد.

6 - **إصابة الأم بالأمراض المُعدية**: يُحتمل أن يكون التعرض للأمراض المُعدية، وخاصة الأم الحامل وإصابتها بها، أو تعرض الطفل لها في بداية حياته، أو خلال عامه الأول؛ سببًا من أسباب الإصابة بالتوحُّد.

وتفيد الدراسات أيضًا أن من أهم أنواع الإصابة بالعدوى، والتي تكون ذات صلة بالتوحُّد؛ الإصابة بالحُمى والالتهاب الدماغي.

وتفيد الدراسات أيضًا بأن الكثير من حالات التوحُّد تكون الأم فيها قد تعرَّضت لحالة من حالات قصور التمثيل، أو عانت مِن تعقيدات أخرى في أثناء الحمل وقبل الولادة أكثر بكثير من الأطفال الأسوياء أو غيرهم ممَّن يُعانون من إعاقات أخرى.

أسباب أخرى للتوحد:

1. في مرحلة الحمل قد يُؤثر نزيف الأم بعد الشهور الثلاثة الأولى على الجنين، كما أنَّ المواد الموجودة في بطن الجنين والسائل الداخلي المحيط بالجنين، قد وجَد في تاريخ الأطفال التوحُّديين أكثر مما لدى الأطفال الأسوياء؛ حيث يُصاب الطفل التوحُّدي بعد الولادة بمتاعب التنفُّس والأنيميا، كما تُشير بعض الأدلة إلى حدوث عالٍ لتأثير العقاقير التي تتعاطاها الأم أثناء فترة الحمل على الأجنة والنتيجة هي ميلاد الطفل التوحُّدي.

2. يُمكن أن يُؤثر قصور التغذية لدى الأمهات في حدوث التوحُّد لدى أبنائهن؛ فقد وجدت مستويات مُنخفضة بدرجة دالة من المواد الغذائية في الدم وفي الشَّعر والأنسجة الأخرى لدى الأطفال التوحُّديين، وكذلك انخفاض في مُستويات الماغنسيوم.

3. وجد (بول شاتوك) وهو عالم كيمياء حيوية بريطاني دليلًا على أن المشاكل الهضمية لدى الطفل ربما تُؤدي إلى إصابته بالتوحُّد، وقد اقترح أنَّ بعض الأطفال لا يستطيعون هضم لبن الأبقار والقمح وتكسيره إلى أحماض أمينية، عند بقاء البيبتيدات مُؤذية في أجهزتها الهضمية تحدث فوضى شديدة

من خلال تقليدها لمُخدِّرات الدماغ والمُرسلات العصبية.

4. التعرض للنزيف والتشنجات.

5. أشارت نتائج الدراسات السابقة إلى أن الحالة الاجتماعية والاقتصادية لها تأثير.

6. الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأم والتاريخ النفسي للأبوين يمكن أن تمثل أو تشمل عوامل خطرٍ لإصابة الأطفال بالتوحُّد.

فقد انتهَت نتائج دراسة أجريت على أمهات الأطفال التوحُّديين عايَشْنَ مشاجرات أسرية أثناء مرحلة فترة الحمل، وأمهات عايَشْن ضغوطًا حياتية مُتعدِّدة مثل فقد الوظيفة أو موت الزوج أثناء الحمل، وتكون ذات تأثير في الشهور الأخيرة في الحمل مُقارنةً بالشهور الثلاثة الأولى.

7 – وقد أظهرت المسوح التي أجريت في كثير من الدول: كندا، الولايات المتحدة الأمريكية، السويد، إنجلترا، اليابان، إلى تباين في التركيب الوراثي والمناخ والعادات الغذائية، ولُوحظ أن هناك زيادة ملحوظة في عدد المواليد التوحُّديين في فصل الربيع وفي مُعظم أشهر الصيف.

8 – الولادة المتعسرة أو وجود تاريخ من المرض الذهني لدى

أحـد الوالدَين قـد يَزيد من خطر تعـرض الطفل للإصابة بمرض التوحُّد.

9 - في عـام 2024 اكتشـف الباحث واه تشـين أن مادة bpA تقمـع إنزيـم الأدرماتـاز وترتبـط بالتغـيرات التشريحيـة والعصبية والسـلوكية، فيما يُعتبر سـببًا من أسباب الإصابة بالتوحُّد

الفصل الثالث

سمات التوحُّديين

السمات التي غالبًا ما تلاحظ على التوحُّديين في مختلف مراحلِهم العمرية تضمن سمات جسمية وسمات سلوكية، وهما سمتان تُؤثران على باقي السمات كالسمات الاجتماعية والسمات المعرفية والتعليمية والسمات اللغوية، والسمات النفسية.

أولًا: السمات الجسمية:

بإجراء الفحص الطبي ثبت أن بعض التوحُّديين لا توجد لديهم أيَّة مظاهر لوجود خلل جسمي معين، كما أن المشاكل الجسمية في الغالب نادرة لديهم، وأن أعراض اضطراب التوحُّد غير مصحوب باضطرابات أخرى، إلا أن عدم استجابة التوحُّديين للمُثيرات البيئية من حولهم بالشكل المطلوب، يحفز النظر إليهم كما لو أنهم مُصابون في أحد أعضائهم الحدسية، وهذا لا ينفي وجود مجموعة من التوحُّديين بالفعل تعاني من حساسية مفرطة عند سماع الأصوات، أو التعرض لأضواء النيون، أو عند اللمس؛ مما يشير إلى وجود استجابات حسية غير طبيعية، بالإضافة إلى صعوبة استخدام مختلف الحواس في آنٍ واحد.

ويمكن توضيح السمات الجسمية كالتالي:

الحواس

التوحُّديون لديهم استجابات شاذة للمثيرات الحسية بنسبة تُقدر من 30 إلى 100٪ تكون الأكثر شيوعًا أثناء مرحلة الطفولة المبكرة مقارنة مع مرحلة الرشد.

وحواسُّ الطفل التوحُّدي غير قادرة على الاستجابة للمثيرات الخارجية، بل تصل في بعض الأوقات إلى حدِّ العجز التام عن تلقي ما يُثيرها، مما يُؤدي إلى عدم ظهور أية استجابة.

ويمكن تناول الحواس على النحو التالي:

1 - **الرؤية**: يُصاب الأطفال بمشكلات بصرية نتيجة لأعراض مرضية أثَّرت على العينين أو على الأعصاب المتَّصلة من العينين بالمخ، أو على أجزاء المخ التي تستقبل الرسائل الحسية من العينَين، قد نجد أطفالًا مصابين بمشكلات بصرية ولديهم حركات بالأيدي وميول للقفز والدوران المستمر، تمامًا كالتي نجدها في سلوكيات الأطفال التوحُّديين. إن مجال الرؤية لديهم إما أن يكون عاليًا أو مشوَّشًا، وهؤلاء الأطفال يميلون إلى عدم النظر بصورة مباشرة إلى الأشياء، ولا يقومون بأيِّ اتصالٍ بصَري مع شخص آخر.

2 - **السمع**: تُعد المشكلات السمعية إحدى المشكلات الصحية التي يعاني منها الشخص التوحُّدي؛ فالكثير من التوحُّديِّين يُعانون من مشاكل في الأذن، ومن الحساسية السمعية التي قـد تفقدهم القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين؛ فإحدى سمات الطفل التوحُّدي أنه يسمع وكأنه لا يسمع.

وفي هـذا الصدد أبانت نتائج عدة دراسـات لكـير كيل وآخرين عن وجود شذوذات بسيطة في آذان الأطفال التوحُّديين.

وأسـفرت نتائـج دراسـة برنـك وآخرين عـن وجـود قصور في السـمع بلغَت نسـبته ٪30 للأطفال التوحُّديين، و٪11 للراشـدين التوحُّديين.

ويُظهـر الطفـل التوحُّـدي اسـتجابةً زائـدة أو ناقصـة بالمنبهات الحسـية؛ مثـل الصـوت والألم، ويُغطي أذنـه كما لو كانـت أصوات مُعيَّنـة تضايقه، وقد يتجاهل تمامًا الأصوات المفاجئة ولا يسـتجيب لهـا، ولكنه قـد يُظهر اهتمامًـا بالغًا ببعض الأصـوات؛ مثل المكانس الكهربائية، وعربات الإطفاء، والساعات.

3 - **اللمس والشمُّ والتذوق**: يكون اللمس أقربَ إلى الطبيعي؛ فهم يألفون لمسَ الخشب الناعم والبلاستيك، ويُمكنهم أن يتعرفوا على الآخرين بهذه الحواس، وقد يألَفُون شـمَّ يد والدَيهم، وقد يألفُون اللعب العنيف الذي يكون به ملامسة جسدية، بالرغم

من أنهم قد ينفرون من لمسة خفيفة أو شمة من أحد.

وعادةً ما يكون الأطفال ذوو حاسة لمسٍ قوية وزائدة؛ فقد نجد أن العديد من الأشياء تُسبِّب نوعًا من الألم أو المتعة للطفل عند لمسها، وقد نجد نفس الطفل يستمتع بالشعور بالضغط على بعض الأشياء والشعور الناتج عن هذا الضغط، وهذه الحساسية للمسِ قد تعوق مثل هؤلاء الأطفال من تعلُّم الكثير من المهارات اليدوية.

ونتيجةً لميكانيزمات اللمس فإن الطفل الرضيع التوحُّدي يكتشف بسرعة أنه يتجنَّب أنواعًا محدَّدة من اللمس، وكثير من الأطفال المصابين بالتوحُّد لديهم فشل في الجانبية وعدم القدرة على استعمال كلتا اليدَين في عُمرٍ معيَّن عندما تكون السيطرة الدماغية قد تأسست لدى الأطفال الأسوياء مع حدوثٍ عالٍ لأمور غير عادية، كما في بصمات الجلد كالإصبع، بخلاف الناس الأسوياء، وهذا يُبين اضطرابًا في النمو.

كما أن هؤلاء الأطفال الذين لا يشعرون بالألم قد يُؤذون أنفسهم من خلال العض أو شد الشعر أو ضرب الرأس دون أن يبكوا أو يشعروا بالألم.

والعديد من الأطفال التوحُّديين قد يستجيبون بشدة للطَّعم (التذوق) والروائح، وقد لا يبدو عليهم الوعي بطعم العديد من الأشياء أو الأكلات أو الروائح في بيئاتهم.

النمو الحركي:

التوحُّديـون مثـل أقرانهم الأسـوياء مـن حيث المظاهـر الحركية الرئيسـية مـع بعض التأخُّر البسـيط. وهم يُكـررون نفس الحركات عدة مرات، وخاصَّةً عند انغماسهم في الخبرات الحسية.

والقـدرات الحركيـة للتوحُّديِّـين متفاوتة بدرجة كبـيرة؛ فبعض الأطفـال يعانـون من قصـور أو عجز جوهـري في قدراتهم الحركية الدقيقـة أو الكبرى، والبعض الآخر من الممكن أن يُظهروا مهارات نمائية جيدة.

ويُمكـن ملاحظة خلـل في النمـو الحركي لـدى التوحُّديين على النحو التالي:

1 – الإيـماءات النمطية، وعدم القدرة على التقليد الحركي، وقد يُظهر الأطفال واحدة أو أكثر من السلوكيات التالية بشكل متبايـن: التلويح بالأيدي، والتأرجُـح والتمايل أو التلويح، وشقلبة على الرأس، وضرب الرأس بعنف.

2 – أسـفرت نتائج دراسـة جازدين وآخرين، التي أجريت على عينـة بلغ قوامهـا 19 طفـلًا توحُّديًا و11 طفـلًا بمتلازمة إسـبرجر، عن أن 100٪ لـكل المجموعـات لديهم قصور كبير وجوهري في الحركات الكبيرة والدقيقة.

وانتهت نتائج دراسة منجفينا وبرايـر التي أُجريت على عيِّنة من التوحُّديين بلغ عددهم 12 طفلًا سويًّا و9 أطفالٍ توحُّديِّن مُرتفِعي الأداء، والأطفـال المصابين بمتلازمة إسـبرجر وتراوحت أعمارهم من 7 إلى 17 سنة؛ إلى أن ٪50 من أطفال إسبرجر لديهم مشكلات في العجـز الحركـي الدقيق والكبير، و٪67 مـن التوحُّديين مُرتفِعي الأداء لديهـم قصور واضـح في الحركات الدقيقـة والكبيرة، و٪67 من التوحُّديين لديهم قصور في الحركات الدقيقة.

3 – وتشير نتائج دراسة كورنيش ومكمنس إلى بُطء في حركات 35 طفـلًا توحديًّـا مُتوسِّـط أعمارهـم من 3 إلى 15 سـنه، أما دراسـة سميث وبرسـن فقد انتهَت إلى وجود قصور في السرعة؛ حيث اتسمت حركاتهم بالبطء.

4 – وأسـفرت نتائج دراسة إسينجر وآخرين عن تأخر في المشي لـدى 48 طفـلًا توحُّديًّـا تراوَحت أعمارهم مـن 3 إلى 21 سنة.

5 – وأظهرت نتائج دراسة هيوز وجود شذوذ حركي لدى الأطفال التوحُّديـين البالغ عددهم 36، ومتوسـط أعمارهم 13 سـنة، وانتهت نتائج دراسـة تيتلبوم وآخرين، التي أجريت على عينة بلغ عددهم 17 طفـلًا توحُّديًّا، تراوَحَت أعمارهم بين 4 – 6 شهور، إلى وجود حركات شاذَّة لدى هؤلاء الأطفال.

6 – والأطفـال التوحُّديون لهم مثـلًا طريقة خاصة في الوقوف؛ فهـم في معظـم الأحيان يقفـون ورؤوسـهم منحنية، كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم، كما أن أذرعهم ملتفٌّ بعضها حول بعض حتى الكوع، وعندما يتحرَّكون فإن كثيرًا منهم لا يُحرك ذراعيه إلى جانبه، وفي معظم الأحيان فإن الأطفال التوحُّديـين يكـررون حـركات معينة مرات ومـرات؛ فهم يَضربـون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو إلى الخلف بشـكلٍ مُتكـرِّر، وفي بعـض الأحيان قد يحركـون أيديهم وأرجلهم في شـكل حركـة الطائر، تلك السـلوكيات المُتكـرِّرة ترتبط بأوقـات يكونـون فيهـا مبتهجـين، أو مُسـتغرقين في بعض الخبرات الحدسية؛ مثل مشاهدة مصدرٍ للنور يُضاء ويُطفأ.

7 – يُلاحـظ أن بعضهم يُبدون هيئة وقـوف غير طبيعية؛ حيث يبـدو عليهم ميل جانبـي، ويَميل الأشـخاص التوحُّديون أيضًـا إلى وضع وزن زائد من ثقلهم على إحدى القدمين أو على رؤوس أصابع القدم.

8 – يصعـب عليهم تعلم نشـاطات حركيـة مُتناسـقة، وتنظيم خطـوات عدة في الوقت نفسـه، كما يصعب عليهم ممارسـة نشـاطات التوازن؛ كالوقوف على الأسـطح غـير الثابتة أو الوقوف على ساق واحدة.

9 – كما أن الأطفال التوحُّديين لديهم قصور في دمج أو تكامل الإحساسات الفردية ودمجها في وحدات متماسكة؛ فلديهم قصور في إدراك الصورة ككلٍّ، ويمكنهم معالجة الأجزاء أو التفاصيل.

ويمكن تفسير هذا القصور في أن الاختلال الوظيفي الحركي للمُدخلات السمعية هو السبب؛ فقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن الأطفال التوحُّديين يستجيبون بشكل متأخر وبطريقة تكرارية للمدخلات السمعية. وقد تكون هذه السلوكيات ناتجة عن اضطرابات في الحركة تعكس اختلالًا في الجهاز العصبي المركزي.

ويُشير بعض العلماء إلى أن الأطفال التوحُّديين يأتون بحركات جسدية غير عادية تكون تعبيرًا عن المشاعر اللاشعورية والدفعات والصراعات من خلال أعضاء الجسم؛ فالطفل التوحُّدي النشيط قد ينخرط في أنشطة تكرارية ولكنها غير هادفة كأن يرقص أو ينقر على الأشياء بإصبعه ويرميها.

وهؤلاء الأطفال لديهم افتقار في القدرة على التقليد؛ ومن ثمَّ فقد يفقدون حركات كبيرة وصغيرة ومهارات كلامية واجتماعية.

إن التدريب على السلوك المناسب في المواقف المتعدِّدة يأتي في المرتبة الأولى من وجهة نظر الوالدَين بالنسبة إلى الاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم التوحُّديين. وهذا يُوضِّح أن انتشار

السـلوك الشاذ غير المناسب هو سمه غالبة للتوحُّديين، إلا أن هناك بعـض الأطفـال التوحُّديِّين لا يُظهـرون أيًّا من النقائص السـلوكية الحركيـة الآنفة الذكـر، إلا عندما يتواصلون مـع الآخرين أو عندما يتعرَّضون لضغوط كافية لإثارة إرباكهم وتوترهم.

ويلاحـظ أن طريقـة مـشي بعـض الأطفـال التوحُّديـين تختلف عـن العاديِّـين؛ فهم قد يمشـون على أطـراف أصابع القـدم، وتبدو الاندفاعية في طريقة مشيتهم، أو يمشُون ببطء متركزين على كعوب أرجلهـم، ويعدُّ المشيُ من الحركات العضلية الكبرى، ويوجد بعض الأطفـال التوحُّديِّين الذين لديهم مشـكلات في الحـركات العضلية الدقيقـة متمثلـة في التآزر البـصري الحركي؛ فمثلًا عنـد وضع قِطَع البازل في أماكنها فقد يجد الطفل التوحُّدي صعوبة بالغة في وضعها. أو لا يستطيع قفل أزرار القميص.

المهارات الحسية الحركية:

المهـارات الحسـية الحركيـة عبارة عن حـركاتٍ عضليـة صُغرى وكـبرى، بالإضافـة إلى تنسـيقٍ بصري، وبنمـو الحـركات العضلية الكُبرى فإن الأطفال ينشـغلون بحركات الجسم باستعمال عضلات كبـيرة؛ حيث يتطوَّر أولًا ضبط الرأس والجسـم مما يُسـمونه (صلبة الرأس) مع اكتسـاب الطفل التحكم في جسـده فيترك رأسـه ويركز عـلى عينيـه، ومن خلال تركيز الطفل فإنه يسـتطيع تنسـيق حركات

الأيدي مع البصر ويتعلم الجلوس والمشي والقفز والمهارات اللازمة للحياة؛ مثل: (الأكل والملبس والكتابة)، وهذا ما يُسمى بالتآزر البصري الحركي؛ حيث تنمو الحركات العضلية الكبرى أولًا، ثم يتبعُها نمو الحركات العضلية الصُّغرى مثل حركات الأصابع.

وقد وجد داوسون وآخرون أن الأطفال التوحُّديِّين الرضَّع لديهم اضطرابات في التجهيز الحسي الحركي تكون واضحة أثناء السنة الأولى من الحياة.

كما أنَّ الاهتمامات الحسية الحركية من المُمكن أن تكون في الغالب ملمحًا ذا أهمية؛ فالحساسية الزائدة للمُثيرات البيئية تكون معروفة في هذا الجانب، والأصوات المرتفعة الصاخبة وعدم الحساسية للألم والولع بالروائح وبالألوان والطعام أو الأنسجة والأقمشة.

الجنس والتوحُّد:

الرغبة الجنسية وظهور حالة الاستمناء عند الأولاد والبنات يدفعُهم إلى ممارستها دون إدراك لعادات المجتمع وقوانينه، كذلك يظهر لديهم الميل إلى الجنس بمظهر غير ناضج، فيكون لديهم فضول طفولي متعلِّق بالأجساد، وقد يبادر أحدهم ببراءة وسذاجة إلى خلع ملابس الأطفال الآخرين، أما الفتيات المتوحِّدات فإنَّ عملية الحيض والعادة الشهرية غالبًا ما تبدأ لديهنَّ خلال الوقت الزمنيِّ نفسه الذي تبدأ فيه عند الفتيات الطبيعيات.

وفي الغالـب هناك عدم انسـجام مُؤكَّد تتَّضـح معالمه في الضعف أو النُّضـج المبكِّر أو الانحراف، وهـذا في الغالب يرجع إلى جوانب الحياة الانفعالية لهؤلاء الأفراد، وكمثالٍ على ذلك فالحساسية الزائدة أو تبلُّد المشاعر الصارخ تتصارَع كلٌّ منها مع الأخرى.

ثانيًا: السمات السلوكية:

سُـلوك الطفـل التوحُّدي محـدود وضيق المدى، كما أنه يُشـبع في سلوكه نوبات انفعالية حادَّة، وسُلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات، ويكون في مُعظَم الأحيان مصدر إزعاج للجميع.

ومن أبرز السلوكيات لدى التوحُّديين:

1 – يظهر الطفل سـلوكيات لا إرادية مثل رقرقـة اليدَين، وهز الجسم ذهابًا وإيابًا.

2 – يظهـر الطفـل قصـورًا واضحًـا في دافعيتِـه إزاء المثـيرات الموجودة في البيئة المحيطة به.

3 – يَميل التوحُّديون إلى انتقاء مُثير محدَّد بصورة مفرطة.

4 – يُفضـل التوحُّديُّـون أن تسـير الأمـور على نمط محـدَّد دون تغيير، ويشـعُرون بقلق زائد عند محاولة تغيير نمط محدَّد قد تعوَّدوا عليه.

5 – السـلوك العُدواني سـلوك يَنطوي على شيء مـن القصد أو

النية يأتي بها الفرد في مواقف الغضب والإحباط التي يعُوق فيها إشباع دوافعِه أو تحقيق رغباته تجعله يأتي من السلوك ما يُسبِّب أذًى له وللآخرين والهدف من ذلك السلوك تخفيف الألم الناتج عن الشعور بالإحباط.

وعدوان الطفل التوحُّدي غالبًا ما يكون نحو ذاته ليُخفِّف الشعور بالقلق والتوتُّر، وقد يظهر السلوك العدواني للطفل التوحُّدي أثناء اللعب مع الآخرين ويقوم بدفعهم بكلتا يَديه، أو أخذ الشيء من الطفل الآخر، فهذا يعدُّ من وجهة نظر الآخرين عدوانًا على الآخر، إلا أنه ناتج عن عدم قدرة الطفُّل التوحُّدي على التفاعُل المشترك أو التفاعُل الاجتماعي مع الآخَرين، مما ينتج عنه السلوك العدواني.

وتُلاحظ العُدوانية لدى التوحُّديين، وغالبًا ما تكون بدون أي سبب ظاهرٍ أو فوري؛ وذلك بسبب التغيير في المطالب، ويتضمَّن سلوك إيذاء النفس وخبط الرأس والعض والخَدش وشدِّ الشعر.

ويقوم الطفل التوحُّدي بالعدوان على الذات أو الأشياء المحيطة به عندما يحدث له تغيير في النمط السلوكي الذي اعتادَه كل يوم، مثلًا عندما يسير في الشارع يوميًّا ونقوم في يوم من الأيام بتغيير هذا الشارع، فيقوم الطفل بالتعبير عن غضبِه أو عُدوانه بأن يؤذي نفسه أو يُلقي بنفسه على الأرض، وكل هذا يحدث عندما يُفاجأ الطفل

التوحُّدي ببعض السلوكيات غير المُعتادة أو عندما يكون الوضع غير مألوف له، ولكي نتجنب هذا السلوك من الطفل يجب أن نعرف الطفل التوحُّدي بالتغيير الذي سوف يحدث ولا تُفاجئه بالتغيير مما ينعكس على سلوكه بالعدوان أو إيذاء الذات.

6 – اضطرابات الأكل والتوحُّد: وهو عبارة عن اختلالٍ في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات بين الامتناع القهري عن تناول الطعام أو التكرار القهري لتناوُل الطعام في غير مواعيدِه أو بكميات تزيد عما يتطلَّبه النمو الطبيعي للفرد، والذي قد تصحبه مُحاولة من الفرد للتخلُّص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم.

ومن أهمِّ هذه الاضطرابات اضطراب الوحم الشاذ والمظهر الأساسي للأكل الشاذِّ هو الأكل المستمر لمواد لا تصلح للأكل؛ وذلك لفترة شهر على الأقل، هذا وتميل المواد الشاذة التي تُؤكل للتغير عبر العمر؛ فالرضيع والأطفال الصغار يأكلون الدهانات والمواد اللاصقة والخيط والشعر، أما الأطفال الأكبر سنًّا فقد يأكُلُون الرمل والحشرات.

والمظهر الأساسي للاضطراب الاجتراري هو الاسترجاع المتكرِّر وإعادة مضغ الطعام لدى الرضيع أو الطفل بعد فترة من الأداء السوي، ويستمر لفترة شهر على الأقل، ويسترجِع الطعام المهضوم

جزئيًّا إلى الفم دون غثيان أو تقيُّؤ أو اشمئزاز واضح واضطراب معدي معوي مُصاحب، وعندئذ قد يتمُّ إما لفظ الطعام من الفم أو يمضغ ويعادُ بلعه وهو الشكل الأكثر تكرارًا.

وهم يَرفُضون مضغ الطعام الصلب ولا يأكلون ويشربون إلا ما اعتادوا عليه فقط، كما يأكُلون مواد غير صالحة للأكل مثل التراب والحجارة والزجاج والدهان ومشكلة المزاجية المفرطة، إما في الإصرار على تناول طعام معيَّن أو الإصرار على أن يُقدَّم الطعام ويرتَّب بنفس الطريقة على السفرة.

ولديهم حساسية مُفرطة للتكوين أو الطَّعم أو الرائحة مما يجعل الإحساس بالأكل غير مرغوب فيه مع تلذذ الآخرين به، وقلَّة الحساسية للأكل يزيل بعض الطعم المشوق للطعام.

وانتهت نتائج دراسة كولينز وآخرين إلى أن التوحُّديِّين يجدُون صعوبة في مهارات إطعام أنفسِهم ومشاكل في المضغ والبلع.

والصورة الغذائية غير الطبيعية في الأطفال التوحُّديين: قلَّة مستوى الميثونين ليست مألوفة في التوحُّد، زيادة نسبة النحاس إلى الزنك في الأطفال التوحُّديين، قِلة امتصاص الكبريت وقلة بلازما الكبريتات في التوحُّديين ، نقص فيتامين ب12 والناتج من ارتفاع تركيز حمض الميثيلمالونيك البولي، قِلة الماغنسيوم والزنك والسلينيوم، قلة المنشط ب6 في ٪42 من الأطفال التوحُّديين، أيضًا

مجموعة التوحُّديين أعلى في مصل النحاس، قلة مُستويات مشتقات omega6 في نتائج تحليل 50 من التوحُّديين؛ حيث وجد مستوى GLA وDLGA أقل من المعدل الأدنى.

7 – اضطرابات الإخراج والتوحُّد: تعرف اضطرابات الإخراج بخروج الفضلات أو البول إلى مواضع غير مناسبة بواسطة الطفل الذي من المفروض أن مستواه النمائي يجعله يتحكم في ذلك، والتحكم في الأمعاء والمثانة ينمو بالتدريج بمرور الوقت، كما أن التدريب على استخدام التواليت يتأثَّر بعدد من العوامل مثل: قدرة الطفل العقلية أو درجة النمو الاجتماعي والمحدَّدات الحضارية والتفاعُلية النفسية بين الطفل ووالدَيه ويتتابع التحكُّم العادي في وظائف الأمعاء والمثانة؛ وذلك في التحكم بالتبرز في الليل والتحكُّم في التبرز نهارًا، والتحكم المثاني النهاري، والتحكم المثاني الليلي.

وتعد عملية ضبط الإخراج خطوة مهمَّة في تاريخ النمو النفسي للفرد، وتأثر على شخصيته وعلى توافقه النفسي والاجتماعي فيما بعد.

وأهم أنواعه التبوُّل الوظيفي (اللاإرادي)، ويُمكن تعريفه بأنه حالة انسكاب البول لا إراديًّا ليلًا أو نهارًا، أو ليلًا ونهارًا معًا لدى طفلٍ تجاوز عمره 3 – 4 سنوات، وهو السن الذي يُتوقَّع عنده

التحكم دون أن يكون هناك سبب عضوي خلف ذلك.

ويُعرف التبوُّل اللاإرادي بأنه التخلُّص من البول في الملابس أو الفراش بطريقة مقصودة أو لا إرادية، وهذا السلوك يتواتَر مرتَين في الأسبوع على الأقل لمدة 3 شهور، ويحدث قلقًا شديدًا في العلاقات الاجتماعية والإنجاز الأكاديمي، وينبغي أن يكون عمر الطفل الزمَني أو النمائي لا يقلُّ عن 5 سنوات.

والتبول اللاإرادي مشكلة نمائية بمعنى أن حُدوثه يعتبر أمرًا طبيعيًّا لدى الأطفال في مرحلة عمرية محددة، ولكنَّه يُصبح مشكلة تحتاج للعلاج بعد بلوغ الطفل العمر الذي يتحقَّق فيه ضبط التبول لدى مُعظَم الأطفال.

ويُعرف التبرز اللاإرادي على أنه طريقة التخلص من الفضلات في أماكن غير مُلائمة سواء بطريقة مقصودة أو لا إرادية، ويستمر هذا النمط على الأقل لمدة 3 أشهر، ويكون عمر الطفل الزمني أو النمائي على الأقل 4 سنوات.

وله شكلان التغوُّط الأوَّلي: ويظهر لدى الأطفال الذين لم يسبق لهم نهائيًّا التحكم أو ضبط الغائط لمدة عام على الأقل. والتغوُّط الثانوي: وهو الذي يَظهر لدى أطفال سبَق لهم ضبط الغائط لمدة لا تقلُّ عن العام.

ويُمثِّل عدم القدرة على التحكم في الإخراج مشكلة كبيرة لدى

بعـض الأطفـال التوحُّديِّـين، وقـد يعود السـبب في ذلـك إلى تأخُّر اكتسـاب القدرة على التحكم في الإخراج، وفي هذه الحالات يُنصح بتكثيف التدريب على استخدام دورة المياه.

8 – اضطرابات النوم والتوحُّد: النوم يكون سـلوكًا عامًّا يظهر لـدى كل الكائنـات وهو ضروري للإنسـان؛ لأن الحرمان الطويـل مـن النـوم يُـؤدي إلى عجـز معـرفي وبدني شـديد وأخـيرًا إلى المـوت، والنـوم مجدِّد للطاقـة والنشـاط ومُهم لتنظيم حرارة الجسم وعامل مساعد على إعادة الوعي.

وفـرطُ النوم النفسي المنشـأ، أو الإفراط في النـوم؛ يُعرف على أنه حالـة مـن النعاس الشـديد خـلال النهار مـع نَوبات مِـن النوم (لا يُفسرهـا عدم كفاية كمية النوم)، أو اسـتغراق فـترة طويلة للانتقال إلى حالـة اليقظـة الكاملـة عند الاسـتيقاظ في غيـاب عامل عضوي يفـسر حدوث فـرط النـوم، وغالبًا ما تكـون هذه الحالـة مصحوبة باضطرابـات عقليـة، وكثيرًا مـا تكون في الواقـع عرضًا لاضطرابٍ وجـداني ثنائـي القطب (أثناء نوبـة الاكتئاب) أو اضطـراب اكتئابي مُتكـرِّر أو نوبة اكتئابية، ولكن في بعض الأحوال لا تَسـتوفي المعايير لتشـخيص اضطراب عقـلي آخر؛ وذلك بالرغم مـن وضوح درجة الاضطـراب النفـسي، والنوم المفرط هو نقيـض الأرق، وقد يأتي في نوبة واحدة طويلة، وقد يأتي على أكثر من فترة في اليوم الواحد.

واضطرابات النوم المرتبط بالتنفُّس ويتميَّز هذا الاضطراب بنوباتٍ من توقُّف التنفُّس المؤقَّت الذي يستمرُّ لمدة عشر ثوان أو أكثر أثناء النوم، وقد لا يكون المصاب على علم بحدوثها إلا أنه يشعر بحاجة ماسة إلى النوم أثناء النهار مع ضعف في التركيز، وقد يؤدِّي هذا إلى إعاقة الفرد في عمله أو حياته الاجتماعية، وقد تُؤدي الحالات الشديدة إلى ارتفاع ضغط الدم واسترخاء القلب وجلطة في القلب أو في الدماغ.

الكوابيس هي خوفٌ ليلي وردُّ فعل مخيف خلال الليل، سببه حلم مخيف، وإن الأحلام العادية تحدث عند الأطفال في سن الثلاث سنوات ولكنها ليست مزعجة، والطفل يصرخ ثم يسكت بسهولة، وفي سن 4 – 5 سنوات تزداد الأحلام السيئة في تكرارها وفي حدتها. وإن الكوابيس الكلاسيكية هي خوفٌ فريد، وليست مثل الأحلام العادية؛ فهي تتضمَّن على صراخ عالٍ مفاجئ، بينما يكون النوم مصحوبًا بقلق شديد وعرق وتعابير ثابتة على الوجه، وصعوبة التنفُّس، ويشعر الطفل بأنه مُختنق، وكأن شيئًا ثقيلًا يجثمُ على صدره ويُصبح مذعورًا ويَستيقِظ، ويستيقظ الطفل بعد الكابوس ويُمكن تسكينه بسهولة.

تبلُغ معدَّلات انتشار اضطرابات النوم لدى التوحُّديِّين بين 44 و83٪.

وهذه المعدلات المرتفعة من اضطرابات النوم تُحدث اضطرابات كثيرة لأنشطة الأسرة المعتادة، وتُؤدي إلى استنزاف قاسٍ للمَصادر الانفعالية والجسمية للأسرة.

ومُعظَم التقارير الوالدية تُؤكِّد على مُشكلات النوم التي تتضمَّن صعوبات في نومِ الطفل وقلَّة النوم، وعدم النوم في سريرِه الخاص والاستيقاظ مُبكرًا، والصراخ أثناء النوم والكوابيس.

وفي بداية استمرارية النوم أو النوم المُفرط أو المتزايد والمَشي أثناء النوم والأرق، وهناك القليل فيما يتعلَّق باضطرابات التنفُّس أثناء النوم.

وأظهرت نتائج دراسة باتزولد وآخرين إلى تكرار المشي والتحدُّث أثناء النوم والكوابيس لا تَختلِف بين الأطفال الأسوياء والتوحُّديين. وانتهت نتائج دراسة ثيريوميليو وآخَرين إلى إصابة 5 أطفال من أصل 11 طفلًا توحديًّا بحركات النوم السريعة واضطراب السلوك أثناء النوم، وقد قرَّر التوحُّديون عدم الانتظام في النوم والاستثارة المتكرِّرة في النوم، وفترات طويلة من الأرق.

وإن الأطفال التوحُّديين مُعرَّضون لمخاطر اضطرابات النوم بصرف النظر عن أعمارهم أو نِسَب ذكائهم.

ويُمكن تفسير اضطرابات النوم لدى الأفراد التوحُّديِّين في ضوء الاضطرابات النفسية، التي تشمل الاندفاعية والعدوانية ونوبات

الغضب، وإصابة الذات والسلوك التدميري والحركة الزائدة والقلق والاكتئاب. والأفراد التوحُّديون حسَّاسون للمُثيرات البيئية للمس والضوء والصوت أو الحركات الشاذة في الحجرة التي يَستلقي فيها الطفل، وكل هذه الاضطرابات مِن المُمكن أن تُساهم في حدوث اضطرابات النوم. وانتهَت نتائج دراسة ويليامز وآخَرين إلى وجود علاقة بين اضطرابات النوم والمُشكلات الطبية ومُشكلات في التنفُّس مُرتبطة بانخفاض الاستعداد للنوم.

9 – السلوك النمطي والطقوسي: السلوك النمطي سلوك شاذٌّ يظهر على شكل استجابات مختلفة من الناحية الشكلية، وهو سلوك ليسَت له وظيفة؛ أي ليست له غاية يُؤديها، وهو سلوكٌ شائع لدى الأطفال المُعاقين، وهو سُلوك غير مؤذٍ، إلا أنه يُعيق الانتباه، ومن أشكال هذا السلوك: هزُّ الرأس، ومصُّ الإبهام، وحركات الأصابع واليدَين، وهزُّ الجسم وحكُّه، والتلويح باليدِ، ولفُّ الشعر، وهز الرجلَين، والتربيت على الوجه، والصراخ، والقهقهة، والتصفيق باليدين، وضرب القدمَين بالأرض، والتحديق في فراغ، والضوء، وفرقعة الأصابع، والدوران في المكان نفسِه، والإصرار على أداء أعمال مُتكرِّرة جامدة، وعلى نفس الترتيبات البيئية والشعور بالقلق الزائد في حالة تغيرها.

والسلوك النمطي والطقوسي مِن السلوكيات الملاحَظة على

العديد من الأشخاص المصابين بالتوحُّد، وقد يكون عدوانيًّا موجهًا إلى الآخرين أو إيذاء الذات، وفي الحقيقة فإن المشكلات السلوكية المرتبطة بالتوحُّد هي مشكلات رئيسية، وفي الكثير من حالات التوحُّد الشديدة فإنَّ المشكلات السلوكية تكون دائمةً وتُعيق بشدة الفرصة المتاحة للطفل للتعلم والتفاعُل الاجتماعي.

وتؤدي مثل تلك الاضطرابات إلى قصور النواحي الإدراكية والمعرفية لدى الطفل؛ ومن ثمَّ يُواجه الطفل التوحُّدي صعوبة في التنبؤ بالنتائج والأحداث، مما يَنتج عنه شعور بالقلق وعد الأمان، ومن ثمَّ يُصبح من الطبيعي أن يستسلم هذا الطفل للسلوك التكراري الذي يعمل على التقليل من حدة قلقِه وتوتُّره كوسيلة للتعامل مع المواقف التي لا يتمكَّن من استيعابها، وحالَما يظهر هذا النوع من السلوك على الطفل التوحُّدي يُصبح من الصعب، بل قد يكون من المستحيل التخلص منه.

ويستغل الطفل التوحُّدي في التكرار السلوكي الحالي أيَّة حاسة لديه؛ ومن أمثلة ذلك:

1. حاسة الإبصار: مثل التحديق في لمبة الكهرباء أو شيء في الغرفة ورعشة العين المتكرِّرة وتحريك الأصابع أمام العين، وتقليب الكتفَين، والنظر باستمرار أو صمت في الفضاء أمامه.
2. حاسة السمع: طقطقة الأصابع، إحداث صوت مُعيَّن باستمرار سد الأذن بالأصبع.
3. حاسة اللمس: الحك، مسح الجسم باليد أو بشيء محدد.
4. التوازن الجسمي: دحرجة الجسم، تقليب الجسم موضعيًّا من الرأس إلى القدمين، تقليب الجسم من جانب إلى آخر.
5. حاسة التذوق: عض القلم أو المحاة باستمرار، وضع الإصبع أو شيء في الفم، لحس أو لعق الأشياء.
6. حاسة الشم: شم الأشياء أو شم الناس.

ويبدو أن السلوكيات النمطية تُزود الأطفال المصابين بالتوحُّد بالتغذية الراجعة الحسية أو حسحركية، ومِن الممكن أن يتم التعبير عن سلوكيات الاستثارة الذاتية بطرق مُختلفة؛ فقد تكون هذه السلوكيات أحيانًا دقيقةً مثل حركات العين عند البعض الآخر أكثر

وضوحًا، مثل هزهزة الجسم، أو إخراج أصوات عالية مُتكرِّرة، وكذلك فإن مُعظَم سلوكيات الاستثارة الذاتية تظهر وكأنها تحمل القليل من المعاني الاجتماعية الواضحة للآخرين، ومن الممكن ألَّا تُمثِّل هذه المعاني أبدًا.

والعديد من السلوكيات النمَطية الصادرة عن الطفل التوحُّدي تبدُو غريبةً وغير ذاتِ معنًى للأشخاص الأسوياء، إلا أن دونا وليامز ترى أن الإيماءات تُمثل لغةً تُعبر عن عالم الطفل التوحُّدي الداخليِّ ومُحاولةٍ لمساعدة الآخَرين لفَهم هذه اللغة، وتُشير إلى بعض هذه السلوكيات المألوفة والسمات المُرتبطة بها لدى الطفل التوحُّدي:

1 – السحر الاستحواذي للأنماط؛ فالأنماط لدى الطفل التوحُّدي تُمثل استمرارية؛ فهي تُؤكِّد على أن الأشياء سوف تبقى كما هي لمدة طويلة، وتُدرك على أنها أشياء مُسلَّم بها، ولا يمكن إنكارها، ووُضعت داخل موقف معقَّد حول الطفل، وعندما تأخذ هذه الأنماط شكل دائرة محيطة فإنها تعني حمايته من الغزو الخارجي في العالم المحيط به.

2 – الرمش (الومضة أو رمشة العين) الإلزامي تُبدي الومضة على أنها تُبطئ الأشياء وتجعل التوحُّديِّين يبدُون على أنهم أكثر استقلالًا أو انفصالًا كما يَحدُث في انفصال الشبكية، ولذلك فهي أقل إرعابًا وخوفًا.

3 – فتح وغلق المفتاح الكهربائي: فتح وغلق المفاتيح الكهربائية تكون مُماثلة لومضة العين مع إضافة طقطقة الصوت الذي لا يُمثل شخصيًّا، ويُمكن إدراكها على أنها تُمثل ربطًا مع الأشياء خارج ذات التوحُّدي، وأنها تُزوِّده بالمتعة والسرور النابع عن الإحساس المُتدفِّق تقريبًا من كل حواسِّه بالأمان.

4 – الهز، المصافحة، نقر الأشياء، نقر الذقن: هذه سلوكيات إيقاعيَّة تُزوِّد الطفل بالأمان والتحرُّر، وهي تُقلِّل أو تخفض من القلق الداخلي والتوتُّر، لذلك فهي تقلل من الخوف.

5 – الضحك: غالبًا يُحرر الطفل التوحُّدي من الخوف والتوتر والقلق.

6 – الحملقة في الفضاء والأشياء: تعني فقد الوعي بالذات من أجل الاسترخاء ومواجهة الضيق الناتج عن عجز التعبير عن الذات.

7 – الافتتان بالألوان أو الأشياء اللامعة: هذا الافتتان يبدو أنه مُرتبط بمفهوم الجمال في أكثر بساطته، وهو وسيلة للتنويم المغناطيسي للذات، وهو يُساعد الطفل التوحُّدي على الاسترخاء والإحساس بالهدوء.

ويبدو أن التكرار والسلوك الاستحواذيَّ لدى الطفل التوحُّدي يكون مُتباينًا عن السلوك القهري؛ فالشخص التوحُّدي لا يُحاول أن

يُقاومها، ولكن من الواضح استمتاع الطفل بالقيام بها.

تُعد حركة رفرفة اليدين للطفل التوحُّدي سمةً من سمات التوحُّد، وهو سلوك نمطي يقوم الطفل بتكراره أكثر من مرة في اليوم الواحد، ويُعدُّ وسيلةً لخفض القلق والتوتُّر لديه، ويُصاحب سلوك رفرفة اليدَين بالسعادة لدى الطفل التوحُّدي.

وربما تُفسر خبرات دونا ويليامز وأفكارها هؤلاء التوحُّديين المجهولين أو غير المعروفين.

إن التوحُّد إعاقة توجد عند ولادة الطفل ويبقى كذلك طوال فترة الحياة، ومُعظم الأطفال التوحُّديين تقريبًا – بل ثُلُثُهم – يمكن تشخيصهم في مرحلة الطفولة المبكرة من 12 – 18 شهر عندما يتَّضح القصور اللغوي والمهارات الاجتماعية.

إنَّ أيَّ قصور حادٍّ في أداء الطفل عمومًا يُؤدي إلى عجز في عمليات نمو الشخصية؛ فالمستوى المتدنِّي في الأداء والسلوك يحُول دون اتساع أفق الشخصية أو حدوث ثراء في الخبرات الشخصية للطفل، وهذا بدوره يجعلُ سلوك الطفل التوحُّدي عاجزًا عن التأثير في بيئته، ولا يسمح لسلوكه أن يؤديَ دورًا تحكميًّا مؤثِّرًا في مُثيرات البيئة، وتكون المحصلة أن ذلك كله يحُول دون تحقيق تعزيز لسلوكيات جديدة.

ويستمر هذا السلوك النمطي مع التقدم في العمر الزمني؛ فقد

أظهرت دراسة هولن وآخرين على تشخيص طفل توحدي وعمره 7 – 8 سنوات، ثم أعيد تشخيصه وعمره 23 – 24 سنة، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن الطفل استمر في إظهار العجز الواضح في سلوكه النمطي وفي علاقاته الاجتماعية المتدنية.

الفصل الرابع

أولًا التشخيص:

التشـخيص هـو عملية فنية تُؤدي إلى التعـرف على أصل وطبيعة ونـوع المـرض، وهـو مُصطلح مأخـوذ أصلًا عـن الطـب، وعملية التشـخيص عمليـة معقَّـدة ومُتشـعِّبة تحتـاج علـمًا وخـبرةً ومهـارةً وأدوات.

أهداف التشخيص:

1 – تصميم برامـج تربوية وتعليمية مُناسـبة للأفراد وقدرتهم، وهو ما يُعرف بالخطط التربوية الفردية، وتُحدد فئات التربية الخاصة إذا كانت الإعاقة من الفئات البسـيطة أو المتوسِّـطة أو الشديدة أو العميقة.

2 – بناء إطارٍ معلوماتي مرجعيٍّ يُسـاعد على وصف الأسـباب والمشكلات المرتبطة بها.

3 – تدعيم أسباب إجراء البحوث العلمية.

4 – إيجـاد قاعـدة بيانـات ومعلومـات تشـخيصية عـن الطفل

التوحُّدي للتعامل معه أكاديميًّا واجتماعيًّا ونفسيًّا من قبل المعلم والمختص النفسي، وولي الأمر.

5 – تُزود المختصِّين والأسر بتسهيلات واضحة في التواصُل فيما بينهم.

6 – تُمكن اتخاذ إجراءات مُناسبة للوقاية بأشكالها المختلفة.

7 – تحديد مدى نجاح البرامج التربوية والتأهيلية المقدمة.

8 – تقليل الفاقد التعليمي وتكثيف الجهود من خلال تحديد أهداف واقعية حقيقة لقدرات الطفل.

الشروط الواجب توفُّرها في التشخيص:

1 – التزام الموضوعية والإجرائية في وصف السلوكيات.

2 – دقة تحديد درجة ومقدار كل سلوك: القوة التي يظهر فيها السلوك نعتبرها (درجته) ومرات وشكل تكراره نعتبرُها (مقداره).

3 – النظرة الشاملة للسلوك: فمن غير المنطقي النظر إلى السلوكيات بشكل مُنفصِل، بل يجب النظر إليها على أنها جزء من البيئة التي تظهَر فيها، وللنظر إلى السلوك وللمُساعَدة في فهمه وتوقُّعه، فلا بد من تحليل البيئة التي يظهَر فيها.

4 – المعرفة بالوظيفة المقصودة للسلوك: إن كثيرًا من السلوكيات التي يُمارسها الطفل إنما تستخدم كشكلٍ من أشكال التواصُل. ومن هنا فإن السلوك الفوضوي من المُمكن أن يكون وسيلة فعَّالة للسلوك.

5 – أن يقوم بعملية التشخيص أفراد لديهم المعرفة والخبرة والمَهارة في استخدام الأداة المناسبة والمعرفة بحالة التوحُّد.

6 – أن تتمَّ عملية التشخيص من خلال فريق تشخيصي متعدِّد الاختصاصات كالمختص النفسي، السلوكي المعرفي، والطبيب، ومختص العلاج الطبيعي والنطق.

7 – أن تشمل إجراءات التشخيص بيان الفارق وتشابه التوحُّد مع حالات أخرى من أهمها (صعوبات الارتباط العاطفي، صعوبات اللغة النمائية، مُتلازمة ريت، فرط الحركة، الإعاقة العقلية، الفصام).

8 – مراعاة العمر عند التشخيص كاضطراب التوحُّد الذي يظهر في عمر قبل 30 شهرًا إلى 36 شهرًا.

9 – استخدام أكثر من مقياس في التعرف على التوحُّد.

10 – استخدام أدوات قياس وتشخيص رسمية وغير رسمية، وأدوات تشخيص مباشرة (مسحية وغير مَسحية).

11 – إعطاء وقتٍ مُناسب للملاحظة قبل تشخيص الطفل.

مراحل التشخيص:

تنقسم مراحل التشخيص إلى ثلاث مراحل هي:

المرحلة الأولى: الإعداد للتشخيص وتتمُّ هذه المرحلة قبل عملية التشخيص وتشمَل جمع المعلومات عن طريق دراسة الحالة ومُوافقة الأهل، وتحديد الاختبارات المناسبة، والتواصُل مع المؤسَّسات المعنية، وتحديد أدوات التقييم.

المرحلة الثانية: وهي تتضمَّن عقد المقابلات التشخيصية التي تتم بين المختص والمفحوص، وتصحيح الاختبارات وتنظيم نتائج الاختبارات وتنسيقها ووَضعها في صورة كمية، كما تتضمن أيضًا مجموعة الأحكام الجزئية الوصفية.

المرحلة الثالثة: مرحلة معالجة المعلومات وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية وما يتَّصل بها من تنبُّؤات بشأن المُستقبَل وتفسيرها تمهيدًا للإفادة منها.

المرحلة الرابعة: وهي مرحلة تقديم المعلومات وهيَ تتضمَّن أن يصوغ المختص الأسئلة التي يحول بسببها الحالة، ويختار المختص الاختبارات المختلفة، ويقوم بمُقابلة المفحوص، وتصحيح هذه الاختبارات، ويصوغ استنتاجاته عن الحالة، وينظم البيانات والاستنتاجات التي وصل إليها

معوقات عملية التشخيص:

1 – عدم وجود اختبارات كافية ومُناسبة.

2 – عدم مُناسبة الاختبارات للفئات العمرية الموجودة.

3 – عدم وجود اختبارات مُقنَّنة للبيئة التي سيطبق فيها المقياس أو الاختبار.

4 – عدم وجود مكان مُناسب لتطبيق الاختبار.

5 – قيام أشخاص غير مُؤهَّلين بتطبيق الاختبارات

تشخيص التوحُّد:

تشـخيص التوحُّد يتطلَّب تعاون فريق مِن الأطباء والسـلوكيين والمختصِّين النفسـيين والاجتماعيِّين، ومُختـص التخاطب والتحاليل الطبية وغيرها.

فتشـخيص التوحُّد وغيره من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليـات صعوبة وتعقيـدًا، وخصوصًا في المراحـل الأولى لوجود اختلافـات وتشـابُهات في الأعراض ومن خلال المناقشـة الشـاملة عن صعوبة التشـخيص يُمكننا تصور ذلك عندما نُراجع تشـخيص حالـة طفل عمره الزمنى 4 سـنوات، من خلال فريـق عمل يتكوَّن مـن طبيب الأطفـال، طبيب أعصـاب، مُختص نفـسي، طبيب نفسي للأطفـال، مختـص اضطرابـات الـكلام. في غيـاب أيَّـة علامات أو

إشارات عصبية، فإن تشخيص طبيب الأعصاب يُشير إلى أن الطفل لدَيه صعوبات في النطق أما المختص النفسي فشخَّص الطفل على أنه طفل توحُّدي؛ لأنه يعاني من قصور واضح في النمو اللغوي وفي سلوكه الاجتماعي. أما الطبيب النفسي فقد شخَّص الطفل بمتلازمة إسبرجر ويرجع ذلك إلى أن لغة الطفل والمهارات الاجتماعية لا تكون شديدة بدرجة كافية لتشخيص التوحُّد، أما مختص النطق والكلام فقد شخَّص الطفل على أن لدَيه اضطرابًا لفظيًّا على أساس مهارات اللغة والتحدُّث المتدني لديه، وأخيرًا فقد شخَّص الطفل طبيب الأطفال ووجد أنه ينتمي إلى الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحدَّدة.

أسباب صعوبة تشخيص التوحُّد:

قد يحدُث خلط بين التوحُّد واضطرابات أخرى مثل: صعوبات الارتباط العاطفي، التي لا يتمكَّن الطفل من خلالها من تطوير علاقات عاطفية ثابتة مع الأبوَين؛ حيث تحدُث هذه الحالة نتيجة القسوة على الطفل وحرمانه العاطفي أو نتيجة المشكلات الأسرية. أو حالات الصمم الاختياري، ومن مظاهره أن يرفض الطفل الحديث في مواقف معيَّنة، وهناك حالات تبدو صفاتها متشابهة للتوحُّد؛ مثل صعوبات الفرط الحركي التكراري؛ حيث تَنخفِض قدرة الطفل على التركيز مع اختلال القدرة في العمل والنشاط، ويُوصف السلوك بالتكرار وعدم الثبات أو متلازمة لاندوكلفينر، وهي حالة نمو الطفل بشكل طبيعي، ثم فقد الطفل قدرته على الكلام، ويكون بشكل متذبذب مع مصاحبة الحالة بالصرع.

قطعية التشخيص الفارقي للاضطرابات النمائية يكون صعبًا في حالة الأطفال الصغار جدًّا وكلَّما صغر سنَّ الطفل ازداد التداخل بين التخلف العقلي واضطراب النمو اللغوي، والاضطرابات النمائية المتداخلة، الذي يُطلق عليه أحيانًا اضطرابات سلسلة أو مجموعة التوحُّد، مع عدم وجود مقياس طبي واحد يُؤكد بصورة قاطعة وجود هذا الاضطراب، وفي الواقع فإن كثيرًا من الآباء يُناضلون لعدة سنوات للوصول إلى تشخيص دقيق.

وترجع صعوبة التشخيص إلى عدم اكتمال الأنماط السلوكية للطفل قبل عامه الثاني، وإلى تعدُّد وتنوُّع أعراض التوحُّد واختلافها من فرد إلى آخر. ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تمامًا في الأعراض. ويرجع هذا التعدد والاختلاف في الأعراض من طفل إلى آخر إلى تعدد وتنوع العوامل المسببة لإعاقة التوحُّد، سواء منها العوامل الجينية الوراثية أو العوامل العصبية والبيولوجية والكيميائية البيئية المختلفة، ومن هنا يمكن تفسير تعدُّد الأعراض والاختلاف من فردٍ إلى آخر.

فقد تكون مظاهر النمو طبيعية ثم يحدث فجأةً سلوك التوحُّد، وفقدان المهارات، وخاصَّة عندما يتجاوز الطفل العامين من العمر.

وقد يكون للوالدَين دور في تأخر التشخيص للإصابة بالتوحُّد، نتيجة عدم الدراية والخبرة بمراحل النمو والمشكلات المصاحبة.

وقد يواجه الطبيب صعوبة في تحديد اضطراب التوحُّد؛ ومن ثم يكون تقييم الإصابة على أنها من مشكلات النمو البسيطة أو الطارئة.

والتوحُّد إعاقة سلوكية تحدُث في مرحلة النمو فتُصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي والعاطفي؛ ومن ثمَّ تعوق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم، أو باختصار تصيب عمليات تكوين الشخصية في الصميم، فتتعذَّر

أو تستحيل عمليات التعامل مع الطفل لتشخيص حالته والقياس والتقييم وغيرها.

وإن أكثر العوامل المسببة للتوحد واضطرابات النمو الشاملة الأخرى، تحدث في المخ والجهاز العصبي الذي يُسيطر على الوظائف الجسيمة والعقلية والنفسية والسلوكية كافة للإنسان؛ حيث يُصيب المراكز العصبية المنتشرة على لحاء المخ، والتي تتحكَّم في الوظائف كافة، والمخ بصفة خاصة والجهاز العصبي، بصفة عامة من أكثر أجهزة الجسم تعقيدًا، وما يترتَّب على ذلك من تعدد صور الخلل الوظيفي ونتائجه السلوكية؛ ومن ثم تعدُّد واختلاف أو تشابه الأعراض المترتِّبة عليها، ونوعية الإعاقات التي تسببها،

وإنكار الإعاقة؛ قد تكون السبب في تأخر التشخيص، فنجد بعض الآباء أصبح لديهم من الخبرة لكثرة عمليات التشخيص، ولكي يُخففوا أو يقللوا من حدة الإعاقة؛ فقد نجد الآباء يريدون أن يشخص ابنهم على أنه سمات توحُّد أفضل من التوحُّد.

وقد يستغرق الآباء فترات زمنية طويلة في التشخيص دون الوصول إلى تشخيص دقيق في بعض الأحيان، وهذا من شأنه أن يؤخر عمليات التدخل المبكر.

أساليب التشخيص:

تتنوَّع أو تتعدَّد أساليب التشخيص تبعًا لمرجعية ونوع دراسة القائم بعملية التشخيص ومهارته وأدواته على النحو التالي:

التشخيص الطبي

عدم وجود اختبار دم أو صورة شعاعية تسمح بتشخيص التوحُّد. لذا فإن التشخيص الصحيح والدقيق يُبنى على مراقبة مستويات التواصُل والسلوك والنمو لدى الأطفال التوحُّديين، وعلى السلوكيات المميزة التي قد تبدو واضحةً للأهل وللمختصين على حد سواء في الأشهر والسنوات الأولى من حياة الطفل. ولكن نظرًا إلى أن العديد من السلوكيات المرافقة للتوحُّد هي أيضًا أعراض لاضطرابات أخرى، فقد يُطلب إجراء اختبارات طبية مختلفة لتحديد أسباب ممكنة أخرى للأعراض الظاهرة أو استبعادها نهائيًّا، وفي التشخيص يتم استيفاء تاريخ حياة الطفل بعناية أثناء الحمل، الذي يكون غاية في الأهمية؛ فكثير من الأسباب تُعزى إليه وإلى ما يحدث أثناء الولادة وما بعدها.

وهناك أسئلة موجهة إلى الآباء من قِبَل الأطباء تتضمَّن ما يلي:

1 – هل فعلًا لم يتفوَّه بأية أصوات كلامية حتى ولو غير مفهومة في سن 12 شهرًا.

2 – هل فعلًا لم تُنمِّ عنده المهارات الحركية (الإشارة – التلويح باليد – إمساك الأشياء) في سن 12 شهرًا.

3 – هل فعلًا لم ينطق كلمات في سنِّ 16 شهرًا؟

4 – هل فعلًا لم ينطق جملة مكوَّنة من كلمتين في سن 24 شهرًا؟

5 – هل فعلًا يُوجد خلل أو نقص في المهارات اللغوية والاجتماعية في مراحلها الطبيعية؟

الفحوص الطبية التي يُمكن إجرائها:

1 – أهم الفحوص التي يجب أن تُجرى على التوحُّديِّين: الفحص النفسي، والفحص العصبي، والفحص العصبي الفسيولوجي، وفحص الرأس، والفحص الدماغي المرَضي، وفحص ردود فعل الأوتار، ومشاكل الحركة.

2 – التحليل الجيني؛ فهو غاية في الأهمية مع اضطرابات طيف التوحُّد؛ فالشذوذ الجيني أكثر تكرارًا مع حالات التوحُّد.

3 – تتبُّع وجود الرصاص: هذا التقصي ضروري للأولاد الذين يَبقُون في مرحلة النمو الفموية الحركية لفترة طويلة من الزمن لما لذلك من مشاكل سلوكية في النمو.

4 – اختبارات تصوير الدماغ (بواسطة التصوير بالرنين المغناطيسي) نادرًا ما تكُون هذه الاختبارات مفيدة في

تشـخيص التوحُّـد لكن طبيـب الجهاز العصبـي قد يطلب هذه الاختبارات لبعض الأولاد من أجل اسـتبعاد أمراض أخرى.

5 – تقييـم سـمعي منهجـي: يُمكن أن تحـدِّد اختبـارات مختلفة مثل مخطط السـمع، ومخطط طبلـة الأذن لتحديد إذا ما كان الطفل يُعاني من إعاقة سمعية (باستخدام أوديوجرا)

6 – الاهتـمام بإجـراء الفحـوص الطبيـة المرتبطـة بالأمـراض مثـل فـيروس السـتومجاليك وتَعاطـي الأم الكحوليـات، والثاليدوميد.

7 – يرتكـز التشـخيص الطبـي على الفنيـات والأسـاليب التي صُمِّمـت لقيـاس الجوانـب البيولوجيـة للأفـراد (مثـل: مستويات السيرتونين، وجود الحصبة)

8 – بعض الأمراض التي قد تُصاحب اضطراب التوحُّد؛ وهي:

أ. مُتلازمة فراجل وسببها عيب في تركيب الكروموسوم.

ب. مرض فينايل كيتون يوريا، وهو مرض وراثي، سـببه تراكم الحمض الأميني فينايلنين في الدم والمخ.

9 – يُلاحـظ أن الأطفال التوحُّديين لديهم مخاطر مُرتفعة بصورة كبيرة من الشـذوذ الخلقي (التصلُّب الحـدبي) واضطرابات

عصبية (الصرع) مقارنةً بأقرانهم الأسوياء.

ويرتبط الصرع في الأطفال بطيف التوحُّد ASD بدرجات الذكاء المُنخفِضة وذروة حدوث الصرع تكون في مرحلة ما قبل المدرسة ومرحلة المراهقة.

10 – تحليل بول المصاب بالتوحُّد وهو اختياري، وإعلام من يتعامل مع التوحُّدي سواء في المنزل أو المدرسة أو كل فرد يتعامَل معه، بأنه سيخضع لحمية خالية من الكازين والجلوتين.

وفي عام 1992 ظهر ICD – 10 بصيغة معدَّلة، وتضمَّن تشخيص اضطراب التوحُّد هنا ما يلي:

1 – ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة.

2 – قصور نوعي في القدرة على تبادل التفاعل الاجتماعي.

3 – عجز نوعي واضح في القدرة على التواصُل.

4 – نشاطات واهتمامات تتَّصف بالرتابة والنمطية والتكرار.

5 – ألا يكون السبب وراء السمات السلوكية من الناحية الإكلينيكية عائدًا إلى إعاقات نمائية أخرى (محمد هويدي، 2000، 88).

تشخيص التوحُّد وفقًا لـ DSM – IV – TR :

أولًا: يجب توفُّر ستة أو أكثر من العناصر الواردة في البنود (1) و(2) و(3)، على أن يتضمَّن على الأقل عنصرَين من (1)، وعنصرًا على الأقل من البندَين (2) و(3)، وألا تقلَّ مجموعة من العناصر عن ستة.

1 – قصور نَوعي في التفاعُل الاجتماعي كما يتَّضح في اثنَين على الأقل من التالي:

أ. عجز مميز أو واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعدِّدة مثل حملقة العين، تعبيرات الوجه، إيماءات الجسم، وإيماءات لتنظيم أو توجيه التفاعل الاجتماعي.

ب. الفشل في نمو أو تطوير علاقات مع الأقران تكون مناسبة للمستوى النمائي.

ج. نقص في السعي التلقائي أو الإرادي لمشاركة الآخرين الفرح، والاهتمامات، أو الإنجاز مع الآخرين (كالافتقار إلى إظهار الأشياء ذات الاهتمام أو إحضارها أو الإشارة إليها).

د. نقص في التبادُل الاجتماعي أو الانفعالي.

2 – قصور نوعي في التواصُل الذي يتَّضح على الأقل في واحد من التالي:

أ. التأخـر أو القصـور التـام في نمـو اللغـة المنطوقـة (لا تكـون مصحوبـة بمحاولـة التعويض من خلال وسـائل التواصـل البديلة مثل الإيماءات أو المحاكاة).

ب. قصور واضح في القدرة على المبادأة أو الاستمرار في المحادثة مع الآخرين.

ج. الاستخدام المتكرِّر والنمطي للغة، أو لغة بدائية.

د. نقـص أو قصـور إلى اللعب التلقائي أو التخيلي واللعب المبني على التقليد الاجتماعي المناسب للمستوى النمائي.

3 – أنـماط سـلوكية نمطية مُتكـررة، واهتمامات وأنشـطة محددة تتبدى على الأقل في واحد من الآتي:

أ. الانشـغال أو الانهماك في واحد أو أكثـر من أنماط الاهتمامات النمطية المحدودة، والذي يكون شاذًّا سواء في الحدة أو التركيز.

ب. التقيد بأفعال روتينية نمطية وغير وظيفية.

ج. اللازمـات الحركية المتكررة والنمطية (مثـل رفرفة اليدين أو تدويرها أو حركات بدنية معقَّدة).

د. الانهماك أو الانشغال المُثابر أو المستمر بأجزاء الأشياء.

ثانيًـا: الأداء الشـاذ أو المتأخـر في واحد على الأقـل من الحالات التالية؛ بحيث تحدث الإصابة قبل سن الثالثة:

1 – التفاعل الاجتماعي.

2 – اللغة كما تُستخدم في مجال التواصُل الاجتماعي.

3 – اللعب التخيُّلي أو الرمزي.

ثالثًا: الاضطراب لا يُعزى إلى اضطراب ريت أو اضطراب الطفولة التفكُّكي.

إن تشخيص التوحُّد يُبنى على ملاحظة مجموعة من السلوكيات ومطابقتها مع المعايير المتَّفق عليها لتشخيص التوحُّد. وقد يتبادَر إلى الذهن أن العملية بسيطة، إلا أن تشخيص التوحُّد قد يكون أمرًا صعبًا، لا سيما لدى الأطفال ذوي المهارات الإدراكية العالية (ذوي الأداء العالي).

ولا يُمكن الاكتفاء بإلقاء نظرة سريعة على السجل الطبي للطفل التوحدي، بل ينبغي التأكيد على ضرورة امتداد التشخيص فيما وراء الجلسات التي تُعقَد في العيادات المتخصصة بحيث يشتمِل على تدوين ملاحظات حول تعاملات الطفل في مجتمعه وتَصرُّفاته وردود أفعاله تجاه المواقف التي تُقابله في حياته.

التشخيص النفسي:

ويَفترض التشخيص النفسي أنماطًا محدَّدة من سلوكيات الفرد تكون ثابتة، والقياسات الفردية لهذه السلوكيات مقارنة

بمجموعات معيارية.

وفي التشـخيص النفـسي يتـمُّ تقييم القُـدرات العقليـة والمعرفية المتفاوتـة؛ فقد قدرت الإحصاءات الأولية مـا يُقارب من ٪60 من الأطفال التوحُّديين نسبة ذكائهم أقل من 50 درجة ذكاء، وأن ٪20 مـن الأطفـال التوحُّديين كانت نتيجتهم في قيـاس الذكاء، وتتراوح بـين 50 و70 درجـةَ ذكاءٍ، وأن ٪20 مـن الأطفـال التوحُّديـين حصلـوا على درجـة ذكاء 70 فما فوق، وهناك بعض التشـخيصات التـي قامـت بعملية تقويـم الانتباه، والإدراك الحـسي، والقدرة على التذكـر (Stefanatos et al. ، 2002) والتشـخيص السـلوكي يبحث عن قياس السـلوكيات الصريحة أو الظاهرة (مثل: المصادأة، الهز) (Durand & Carr، 1988، 1999)

وقـد يكـون من الصعـب تشـخيص الطفـل بالتوحُّد حتـى يتمَّ التحاقُه بالمدرسـة؛ حيث تتبدَّى الكثير من السلوكيات الشاذة والتي تُثير الانتباه.

التشخيص الاجتماعي:

يتضمَّن التشـخيص الاجتماعي التعرُّف على مـدى قُدرة الطفل التوحُّدي على الانخراط في أنشـطة الجماعة والتفاعُل الاجتماعي مع الآخرين، والاهتمام المشترك مع أقرانه ... إلخ.

والاختبارات النفسـية التقليدية تكـون أدوات تَعتمِد على قياس

الفروقـات بين الأفراد؛ فهي تقيس الجوانب الأكاديمية والاجتماعية والقدرات العقلية.

التشخيص والتقييم السلوكي:

يعتمد على الملاحظات السلوكية وقوائم الملاحظة وتحليل المهام، كـما يهدف إلى تحديد ما إذا كانت السـلوكيات المرصودة مُسـتمرة أم غير ذلك، ثم مقارنة هذه المستويات مع تلك المأخوذة من مجموعات معيارية ضابطة أو طبيعية.

وبصفة عامة:

لا يُوجد – إلى الآن – من الاختبارات والمقاييس السـيكولوجية المقنَّنـة، وخاصـة في العالم العربي ما يُمكن اسـتخدامه للكشـف عن إعاقـة التوحُّـد، حتى اختبارات الـذكاء المعروفة مـن الصعب إن لم يكـن مـن المسـتحيل أحيانًا تطبيقها عـلى حالات التوحُّد بسـبب ما تُسببه الإعاقة من قصور لغوي، وعجز عن الاتصال والتواصل، أو نشـاط زائد أو عدم توفر القدرة على الانتبـاه والتركيز، أو غير ذلك من العوامل التي تُعرقل عمليات القياس والتشخيص.

وهنـاك عدَّة مراكـز لتقييم نمو الطفل حركيًّا وسـلوكيًّا، ومعرفة المشـاكل التي يُعانون منهـا، ومهما اختلفت تلـك المراكز من بلد إلى آخر فإنَّ المبادئ الأساسية واحدة والهدف من التقييم هو:

1 – جمع وربط المعلومات للحصول على التشخيص الدقيق.

2 – تقديم هذه المعلومات للطاقم العلاجي لتكون قاعدةً لوضع الخطة العلاجية وأسلوب تطبيقها.

3 – ويتمُّ إنجاز تشخيص اضطراب طيف التوحُّد من خلال فريق عمل متكامل عبر أطياف المجتمع المختلفة، وباستخدام محكات ومعايير موضوعية. وفي السنوات الأخيرة الحديثة استخدمت الأدوات التشخيصية الجيدة التقنين.

قائمة ملاحظة للاضطرابات التطورية لـ PDD والتوحُّدية:

فيما يلي قائمة مقنَّنة لملاحظة الاضطراب التوحدي، وهذه القائمة تُساعد في الكشف عن الأعراض المُختلِفة التي لا تظهر أمام المعالج، وتعدُّ من القوائم المهمَّة لوصف العلامات الأولى التي تظهر على الطفل من عمر 18 شهرًا إلى 3 سنوات، وتعدُّ العلامات الأولية لاضطراب التوحُّد على النحو التالي:

العمر بالشهور	الأسئلة
من الميلاد حتى 6 شهور	هل يبدو طفلك مهتمًّا بشكلٍ غير عادي بالأشياء المتحركة أو الأضواء المتحركة (بالمقارنة باهتمامه العكسي للنظر إلى الأوجه مثلًا)؟

من 6 حتى 12 شهرًا	هل من الصعب أن تجذبي انتباه طفلك؟ بعض الأطفال يحبون الصعود إلى أعلى وآخرون يبكون، فهل طفلك من نوعية هؤلاء الذين يبكون؟
من 12 شهرًا حتى 18 شهرًا	هل يشعر طفلك بالملل وعدم اللامبالاة للحديث مع المحيطين به؟ هل لاحظت أن طفلك يكون قادرًا على التوجه نحو بعض الأصوات وليس للآخرين؟ هل يتجاهَل طفلك اللعب أغلب الوقت؟ هل شعرت بالشك بأن طفلك مُصاب بصعوبات في السمع؟ هل تستغربين إذا لم يعرف طفلك اسمه؟ هل يُفضل طفلُك أطعمة معيَّنة أو يرفضها بقوة؟
من 18 شهرًا 24 شهرًا	هل يبدو طفلك غير مُهتمٍّ بتعلم الحديث؟ هل تشعرين عند محاولة جذب انتباه طفلك بأنه يتجنَّب النظر إليكِ مباشرة؟ هل يبدو طفلك خائفًا أو غير مدرك للأشياء الخطيرة؟ هل يتجنب طفلك اللعب مع الدميات أو الحيوانات أو حتى يكرهها؟ هل يتجنَّب طفلك اللعب بلعب جديدة على الرغم من أنه يستمتع بعد ذلك باللعب بها بعد أن يَعتاد عليها؟ لم يبدأ طفلك إظهار ما يرغب فيه باستخدام الإشارة

	أو الكلمات أو عمل ضوضاء؟ هـل تشـعرين في بعـض الأحيـان بـأن طفلـك يهتـم بوجودك أم لا؟ هل لطفلكِ لغة خاصة به؟
من 30 إلى 36 شهرًا	هـل تقلقـين لأنَّ طفلـك لا يبـدو مهتـمًّا بالأطفـال الآخرين؟ هل طفلك لا يلعب لعبًا رمزيًّا؟ هل يبدو طفلك مهتمًّا بالأشياء الميكانيكية: مثل إشعال الضوء؟ هل طفلك غير قادر على محاكاة الآخرين؟ هـل طفلك لا يهتم بمشـاهدة التليفزيون، أو الأشـياء التي يشاهدها طفل في مثل عمره؟ هل يتعلم طفلـك الكلمات الجديدة عن طريق نغمتها، وليس تمييزها صوتيًّا؟ هل يتمتع طفلك بالاتصال الجسـدي عندما يرغب هو فيه، وليس أنت التي ترغبين فيه؟

المؤشرات السلوكية للتوحدي:

1 – الطفـل لا يناغـي نفسـه، ولا توجـد كلمات مفـردة في عمر 16 شهرًا، ولا توجد جمل مكونة من كلمتين حتى عمر 24 شهرًا.

2 – يفتقد الطفل المهارات اللغوية في أي وقت.

3 – لا يظهر اهتمامًا باللعب أو لا يتظاهر باللعب.

4 – اهتمام أقل لمشاركة الأقران.

5 – مدى الانتباه قصير عمومًا ما لم يكن مُرتكزًا على اهتماماته الخاصة.

6 – لا يستجيب عند مُناداته باسمه، واللامبالاة للآخرين.

7 – حركات جسمية رتيبة ومتكرِّرة مثل رفرفة اليدَين، والدوران السريع، والهز.

8 – نوبات الغضب الحادة.

9 – تثبيت النظر على شيء واحد محدَّد مثل دورة العجلات السريعة.

10 – مقاومة شديدة غير عادية لتغير روتين حياته.

11 – الحساسية الزائدة أو المتدنية لأصوات محدَّدة أو مناظر معينة، أو في التذوق أو في الشم.

الفرق (تشخيصيًا) بين التوحُّد والاضطرابات الأخرى.

أولًا: التشخيص الفرقي بين التوحُّد والفصام.

في الواقع هناك تشابه بين الفصام والتوحُّد من حيث الانغلاق

عـلى الـذات، والاضطراب الانفعـالي، وقصور واضح في المشـاعر، وعجز في بناء الصداقات مع الآخرين.

ويمكن التفريق بين التوحُّد والفصام وفق الآتي:

1 – توجد الهلاوس والأوهام في الفصام، ولا توجد في التوحُّد.

2 – يوجد الفصام بدون تخلُّـف عقلي في حين يُصاحب التوحُّد تخلف عقلي.

3 – التوحُّـد اضطراب نمائي يُصيـب الطفل بينما الفصام مرض عقلي.

4 – على النقيض للتوحُّد فإنَّ فترة النمو العادي تكون ملاحظة عـلى الأقل في الخمس سـنوات الأولى من حياة الفصاميِّين، فهـو لا يحـدث إلا في بدايـة المراهقة أو في وقـتٍ متأخِّر من الطفولة.

5 – الفصاميون ينسحبون من علاقاتهم الاجتماعية السابقة، أما التوحُّديون فإنهم يعجزون عن بناء هذه العلاقة الاجتماعية.

6 – الفصاميون قادرون على استخدام الرموز، ولكن التوحُّديِّين غير قادرين على ذلك.

7 – نتائج دراسـات علم الأوبئة أشارت إلى أن نسبة الذكور إلى الإنـاث في التوحُّـد هي تقريبًا من 1 : 4 وفي الفصام متسـاو

في النسبة، والجينات الوراثية قد تفسر الفصام أكثر من التوحُّد.

8 – يُلاحظ على التوحدي التمتع بالصحة الجيدة على عكس الفصامي.

9 – لا تتكرَّر ولا تشيع حالات التوحُّد في العائلة الواحدة بينما الفصام مُتواتِر حدوثه في الأسرة الواحدة.

10 – يدرك التوحدي البيئة إدراكًا انتقائيًّا بينما الفصامي يدرك البيئة إدراكًا مشوهًا.

11 – النمو العقلي واللغوي للطفل التوحُّدي يحدث له نوع من التوقُّف، ولا يتمكَّن الطفل من التعبير عن خبراته الداخلية، والتي تُشكل جزءًا أساسيًّا في تشخيص الذهان.

12 – في حالة وجود دلالات تشخص التوحُّد فإن تشخيص الفصام كمصاحب يجب أن يتمَّ فقط في حالات نادرة، تتوفَّر فيها الضلالات والهلاوس البارزة مع باقي الدلالات التي تشخص الفصام

ثانيًا: كما يمكن التفريق بين التوحُّد والتخلف العقلي وَفق الآتي:

يُعرف التخلف العقلي وَفقًا للتعريف الصادر عن الجمعية

الأمريكيـة للتخلف العقـلي (2002) على أنه إعاقـة تميزت بقصور جوهـري لكل مـن الأداء العقـلي والسـلوك التكيفي مُعـبر عنها في المهارات التكيفية العملية، الاجتماعية، المفاهيمية، وتنشـأ قبل سـن 18 سنة.

وطبقًا لهذا التعريف فإن هناك خمسـة افتراضات ضرورية لتطبيق هذا التعريف:

1 – القصور في الأداء الراهن للفرد يجب أن يعتبر داخل سـياق البيئة المجتمعية.

2 – التقويـم الصادق يهتـم بالتنـوع اللغوي، والثقـافي، وأيضًا الفروقـات في العوامـل الثقافيـة والحسـية، والحركيـة، والسلوكية.

3 – القصور داخل الفرد غالبًا يوجد مع جوانب قوة.

4 – الغـرض المهـم لوصـف القصـور يكـون في نمـو بروفيـل للمساندة.

5 – مع الدعم المناسب عبر فترات المساندة فإن أداء الفرد سوف يتحسن عمومًا

بالرغـم مـن أن معدلات الحـدوث الواقعيـة للمتخلفـين عقليًّا بـين الأفراد التوحُّديين يكـون مجهولًا، ومـا زال موضوعًا مطروحًا

للنقـاش والحوار، فما زال مصطلح التخلف العقلي خادعًا ومضللًا؛ لأن الأطفال التوحُّديين والمتخلفين عقليًّا مختلفون بدرجة كبيرة عن التخلف العقلي بمفرده

أنـه لوحـظ أن التخلـف العقـلي إعاقة مرتبطـة بالتوحُّـد بدرجة كبيرة؛ فحوالى ٪75 إلى ٪80 من الأفراد التوحُّديين يُظهرون درجة ما من التخلف العقلي.

ومُعظـم الأفراد التوحُّديين في مرحلة الطفولة يكونون متخلفين عقليًّـا تقريبًـا، نصفهم يكون مـن حالات التخلف العقلي المتوسـط والشديد (نسبة الذكاء) أقل من (50).

أهم الفروقات بين التخلف العقلي والتوحُّد على النحو التالي:

1 – طفـل التخلـف العقلي لا يُعاني من مشـكلة رجـع الصدى التـي يُعاني منها طفـل التوحُّد الذي يعيد نطق آخر كلمة أو كلمتين من أي سـؤال أو كلام يُوجَّـه إليه، وطفل التخلف العقـلي لا يسـتثيره التغيـير في عاداتـه اليوميـة، على عكس الطفل التوحدي.

2 – طفل التخلف العقلي أسـهل مراسًا في التعامل معه وتدريبه في تنفيـذ برامـج التأهيل مـن طفل التوحُّد الـذي يحتاج إلى جهود فائقة، كما أن طفل التوحُّد تنقصه الدافعية.

3 – وجـود فروقات دالة إحصائيًّا بـين المجموعتين في المهارات الاجتماعيـة بتبـادل العلاقـات الشـخصية مـع الآخريـن، والمتعلقـة بـأداء الأعـمال، وفي الدرجـة الكليـة للمهارات الاجتماعية لصالح مجموعة الأطفال المتخلفين عقليًّا.

4 – إنَّ الأطفال المتخلِّفين عقليًّا يتفوقون على الأطفال التوحُّديين في مسـتوى النمـو اللغـوي عامـة، وفي مهـارات الأداء أو التطبيع الاجتماعي بشكل عام، وفي الدرجة الكلية للسلوك التكيفـي، وفي التفاعل مع الآخرين، كما يتفوَّقون عليهم في المهـارات الاجتماعية، أمـا الأطفال التوحُّديـون فإنهم أقل عدوانية من المتخلفين عقليًّا، ويتسـمون بدرجة من النشاط الزائد تفوق مستوى أقرانهم المتخلفين عقليًّا

5 – قـدرة الطفـل التوحدي على الاسـتجابة للآخريـن لا تنمو خلال الثلاثين شـهرًا الأولى من بداية حياته، ويعاني الطفل التوحُّـدي من عجز كبير في مهـارات التواصُل، كما يلاحظ عليه الاسـتجابات الشـاذة في تفاعُله مع البيئـة المحيطة به، ويعجـز عن مُعانقـة الآخرين، وبناء علاقـة تفاعلية معهم، وعجز عن اسـتمرارية التحديق بالعينـين وهؤلاء الأطفال مـن المُمكن أن يفشـلوا كليـة في تطويـر اللغـة، وإذا كانت اللغة مكتسـبة فإنها تتميَّز بالمحاكاة الصوتية، ويستخدمون الضمائر بطريقة معكوسـة أنا وأنت على سبيل المثال، فيقول

هل أنت تريد الحلوى بدلًا من أن يقول أنا أريد الحلوى.

6 – وكثير من هذه الخصائص لا توجد لدى المتخلفين عقليًّا.

7 – تُشير مراجعة كوجيل وسكربيان إلى أن الكثير من الدراسات أظهرت أن الطفل التوحُّدي يُعاني من قصور في الانتباه يؤدي إلى وجود مشاكل محددة في قدرته على ضبط المثيرات، وأن الأطفال التوحُّديين أقل يقظةً وانتباهًا من الأطفال المتخلفين عقليًّا، كما أنهم ينشغلون بلعبهم ولا يلتفتون إلى الانفعالات السلبية التي يُظهرها الراشدون، أما المتخلفين عقليًّا، فكانوا أفضل من التوحُّديين في استجاباتهم للانفعالات السلبية مثل: الحزن، والخوف، والضيق، والانزعاج.

8 – وإن الأطفال التوحُّديين يختلفُون عن المتخلفين عقليًّا والأسوياء في إظهارهم للانفعال. فهم أقل احتمالًا من أن يُظهروا انفعالات إيجابية، لا سيما في السياقات الاجتماعية. وانتهت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحُّديِّين يجدون صعوبات جمة في إنتاج السرور والسعادة والوجوه الحزينة.

9 – التوحُّد لا يكون مرضًا، بل هو زملة ترجع إلى أسباب عدة.

10 – واضطراب التوحُّد ينتشر بين الأطفال من ذوي متلازمة أعراض داون، الأطفال الصم، وأقرانهم المكفوفين، فإن

هـذا صحيـح؛ إذ يعدُّ الأصـل في ذلك الأمر هـو الإعاقة العقلية أو الحسـية، ثم يحدث التوحُّد كإعاقة إضافية، إذن فالأصل في هذا هـو متلازمة داون، إلا أن التوحُّد يحدث بعد ذلك.

11 – تقـلُّ العيوب الجسـمية لدى التوحُّـديِّ مقارنة بالمتخلف عقليًّا.

12 – يسـتطيع الطفل المتخلف عقليًّا تقليد الآخرين بينما يعجز الطفل التوحُّدي على القيام بذلك.

13 – يتمتـع الطفل التوحـدي بمهارات حركيـة دقيقة بعكس الطفل المتخلف عقليًّا.

14 – من 20 إلى 30٪ من ذوي الإعاقات العقلية لديهم توحُّد أو اضطرابات نمائية شاملة.

15 – الطفـل المتخلـف عقليًّـا يعاني مـن تأخر واضح في نسـبة الذكاء، ولما كانت إحدى محطات الصدق لمقاييس الذكاء هـي التحصيـل الدراسي، فـإن المشـكلة الرئيسـية تكون في الذاكـرة؛ إذ لا يسـتطيع الطفـل أن يختـزن المعلومـات حتى في السـلوك التوافقي، فـإن المتخلف عقليًّا يعاني من صعوبـات وتخلف واضـح فيه ينتج عن عـدم قُدرته على اسـتيعاب وتخزين الخبرات التي يحتاجها في مواقف تالية،

أما اضطراب التوحُّد فتتمثَّل مشكلته في الإدراك؛ إذ نجد أن التوحدي يهتم ويستجيب لمنبهاتٍ بعينها بغض النظر عن كونها استجابةً شاذة، ولا يستجيب لمنبهات أخرى، بما يعني أن الخلل والعطب يكونان في الإدراك، هذا بالإضافة إلى عدم قدرته على التفاعل والتواصل مع الآخرين مما يُعيقه عن العمل على زيادة مخزون الذاكرة والارتفاع بمستوى القدرة.

16 – وفي الحالات القليلة التي يمكن تطبيق اختبار ذكاء فردي نجد أن هناك تفاوتًا كبيرًا بين مستوى الذكاء اللفظي (الذي يكون مُنخفضًا) ومستوى الذكاء غير اللفظي (الذي غاليًا ما يكون ارتفاعًا) لدى أطفال التوحُّد، بينما مستوى كل من الذكاء اللفظي وغير اللفظي يكاد يكون مُتساويًا لدى أطفال التخلف.

17 – المتخلفون عقليًّا حتى في الحالات العقلية الشديدة لا تتوفَّر لديهم الملامح الإكلينيكية للاضطرابات المشوهة النمو، فهم اجتماعيُّون، ويمكنهم التواصل حتى دون ألفاظ، إذا لم تكن لديهم القدرة على الكلام؛ حيث يكون السرور والاهتمام في الاقتراب الاجتماعي واضحًا خلال التواصل معهم بالعين وتعبيرات الوجه وحركات الجسم.

18 – طفـل التوحُّد قد يبدأ فجأة في نوبـات ضحك أو بكاء أو صراخ يسـتمر طويـلًا بدون سـبب ظاهر بينـما لا يحدُث هـذا في حالة التخلـف العقلي. كما أن طفـل التوحُّد غالبًا مـا يحتاج إلى الرعاية مدى الحياة تقريبًا. أما طفل التخلف العقـلي المتوسـط والبسـيط فقـد يُحقِّـق اسـتقلالًا ذاتيًّـا بمساعدة برامج التأهيل.

19 – وعلى هذا فحدوث الإعاقة المزدوجة التي تجمع اضطراب التوحُّد مـع متلازمة داون تنتج عن تـلازم مرضي بينهما، أي حـدوث كلتـا الإعاقتَين واجتماعاهمـا معًـا ككيانَـين مسـتقلين لـدى نفس الفـرد في نفس الوقـت، وهو الأمر الذي يسـتلزم وجود تشـخيص مـزدوج للفـرد، أما عند حدوث التخلف العقلي فإن الأمر يختلف تمامًا طبقًا لأصل إعاقـة الفرد، وهل هي اضطـراب التوحُّد أم إنه التخلُّف العقلي، ومِـن ثمَّ فإنَّنا نجدُ أن هاتـين الإعاقتين تتدخَّلان مـرة وتتلازمان مـرة أخرى، فـإذا كان الأصل في الإعاقة هـو اضطراب التوحُّد يَحدُث تداخـل بين الإعاقتين؛ لأنَّ طبيعـة التوحُّد تتضمن طبيعة التخلف العقلي دون حاجة لوجـوده، ويكـون الطفل التوحُّدي في مسـتوى التخلف العقـلي البسـيط أو المتوسـط فقط، وإن كانت هناك نسـبة ضئيلـة من الأطفـال التوحُّديِّين يقلُّ مسـتوى ذكائها عن

ذلـك، أما إذا كان الأصل في الإعاقـة هو التخلف العقلي فيمكـن أن يحـدث تـلازم في هـذه الحالـة مـع اضطراب التوحُّـد، وهو الأمر الـذي يؤدى إلى التأثير السـلبي على مستوى الذكاء فيُصبح في مستوى التخلف العقلي الشديد أو الشـديد جدًّا، ومن ناحية أخـرى فإنَّ هناك نمطًا معيَّنًا مـن اضطراب التوحُّـد يطلق عليه التوحُّـد اللانموذجي يُعدُّ من السـمات المميزة لأولئك الأفراد الذين يُعانون من التخلـف العقلي الشـديد مع الأخـذ في الاعتبار أن قياس الذكاء آنذاك تكتنفُه الكثير من الصعوبات.

ثالثًا: التفريق بين التوحُّد ومُتلازمة إسبرجر في سياق الآتي:

يُعـدُّ هانز إسـبرجر أول من حدَّد هـذه المتلازمة منذ مـا يربو عن (60) سـنة، ووصف نمطًا من القدرات والسـلوك مستقرًّا أو متسقًا في مجموعة من الأطفال الذكور الصغار السـن. والاهتمامات الشاذة في الأفراد بمتلازمة إسبرجر تكون بدرجة كبيرة ملامح غير مُكتشَفة. ويبدو أن الأفراد بمتلازمة إسبرجر يحبون التحدث عن اهتماماتهم.

معدلات انتشار الإسبرجر:

تبلغ معدَّلات انتشـار الإسـبرجر بين الذكور والإناث (9 – 1) عـلى الترتيب على أن البحوث تُشـير لزيادة المعـدلات عن معدَّلات الإصابة بالتوحُّد.

اللغة:

1 – طلاقة الكلام قبل عَمرِ أربع سنوات مع صحة واضحة في اللفظ والنحو.

2 – تحريف الكلام أحيانًا وتكراره أحيانًا أخرى.

3 – برودة الصوت بدون حرارة (عاطفة).

4 – الكلام عن الذات غالبًا.

الإدراك:

1 – الولع بالمواضيع المعقَّدة مثل تصاميم الأشياء والطقس والموسيقى والتاريخ.

2 – تَمركُز التفكير على الذات.

3 – فوق المعدَّل في القدرة اللفظية وتحت المعدل في القدرات الإنجازية.

4 – تشوش القراءة ومشاكل الكتابة وصعوبة في الرياضيات.

5 – فقدان الشعور بالألم وفي فهم الواقع والتعامل مع الأشياء.

6 – التفكير المحسوس في الواقع دون الرمزي المجرد (محمد زياد، 2001، 30).

المهارات الاجتماعية:

1 – صعوبة في المهارات الاجتماعية.

2 – ضعف في تطوير العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.

3 – استجابات اجتماعية وانفعالية غير مُلائمة للموقف.

4 – عدم الاهتمام بمشاعر الآخرين (سعد رياض، 2008، 39).

السلوك:

1 – الميل إلى تكرار الأفعال الروتينية التي يقوم بها.

2 – الميل إلى هزِّ الجسم أو أجزاء منه.

3 – مشكلات تتَّصل بالأكل والنوم (سعد رياض، 208، 39 – 40).

ويُلخص داد (Dodd ، 2005 ، 7) هذه الخصائص في أنَّ الإسبرجر يتضمَّن نقصًا في التقمُّص العاطفي، وقُدرة مُتدنية على بناء صداقات، والمحادثات تكون من طرفٍ واحد، ولدَيه درجة مُرتفعة من الاهتمامات الخاصة، وحركات خرقاء غير ذات قيمة، وعجز عن استخدام التلميحات الاجتماعية مثل لغة الجسم، والسخرية، والجوانب الأخرى من الاتصالات، مدى محدود من الاهتمامات، المُداومة أو المواظبة على أداء سلوك مُعيَّن، كما أنه

كثير الحشـو في الكلام، والسلوك الشـاذ، والصوت المُمل والرتيب، والتفكير المحسـوس، والحساسية الزائدة لمُثيرات محدَّدة، والحركات الشاذة.

ويُمكن تحديد التشـابه والاختلاف بين الإسـبرجر والتوحُّد على النحو التالي:

1 – **أوجه التشابه:** حدَّد (أحمد عكاشة، 2003، 758) جوانب التشابه بين التوحُّد ومتلازمة إسبرجر في النقاط التالية:

- وجـود نوع من الخلل الكيفي في التفاعُل الاجتماعي، وتكوين العلاقات الاجتماعية السليمة.
- غياب التواصل غير اللفظي.
- قصور في الحركات الدقيقة.

2 – **يُمكن تحديد أوجه الاختلاف:**

- يَشمل هذا التشخيص الفارق اضطراب التوحُّد والإسبرجر، والتمييز الرئيسي بين اضطراب إسبرجر والتوحُّد هو المحكات الخاصة بالتخلف اللغوي، وسوء التوظيف، والتأخر اللغوي هو مطلب عند اضطراب إسبرجر إلا أن بعض أشكال التأخر في اكتسـاب مهارات اللغة شوهد لدى أكثر من ثلث العينات الإكلينيكيـة (حسـن مصطفى، السـيد عبد الحميـد، 2007،

.(424 – 423

- يُصيب الذكور بنسبة تزيد عن إصابة الإناث، وهم يشكُون مِن مستوى معيَّن من الإعاقات المعرفية، وتكون معدَّلات ذكائهم عادة ضمن الحدود المتوسِّطة، وطبقات الصوت والإيماءات كانت غير عادية (إبراهيم الزريقات، 2004، 63).
- الدراسات التي أجريت على العوامل الجينية لدى التوحُّديين إلى حد كبير مؤثرة وواضحة، أما الدراسات التي أجريت على العوامل الجينية لدى الإسبرجر؛ فهي أقل وضوحًا كما أنها نادرة، وبالرغم من ذلك تتوفَّر مؤشرات قوية تؤكد على دور الوراثة في حدوث كلا الاضطرابَين (Frith ، 1989 – B ، 15)
- إنَّ الأطفال في سن المدرسة، الذين يعانون من اضطراب إسبرجر، لا يتشابهون مع أولئك المصابين بالتوحُّد؛ فهم في العادة لديهم القدرة على الأداء الجيد (إبراهيم الزريقات، 2004، 66).
- يكون معدل الذكاء اللفظي لدى الطفل التوحُّدي أقل من معدَّل الذكاء غير اللفظي بكثير، ويكون الفرق بينهما في الغالب كبيرًا، بينما في حالات إسبرجر يكون معدَّل الذكاء مُساويًا أو مُقاربًا لمعدَّل الذكاء غير اللفظي (سعد رياض، 2008، 38).

- وقـد قـام كريفلـين Krevelen 1971، بوضـع قائمـة مـن المعايير للتمييز بين التوحُّد والإسبرجر.
- يحـدث التوحُّـد في خلال الثلاث السـنوات الأولى من العمر، بينـما تظهـر أعـراض الإسـبرجر متأخرة بـين 6، 4 سـنوات، وأحيانًا بعد ذلك، وفي حالات أخرى قد لا تظهر حتى يدخل الطفل في مرحلة المراهقة.
- الطفـل التوحُّـدي يمشي مبكـرًا، وقدرتـه على الـكلام تتأخر أو تكـون غائبـة، بينما يمشي طفل الإسـبرجر في وقت متأخر، ويتكلم مبكرًا.
- لا يوجـد تواصـل بالعـين بالآخريـن لـدى التوحُّـدي، بينـما التواصـل عـن طريـق العـين بالآخريـن يتهـرب منـه طفـل الإسبرجر أو يتجنبه.
- التنبـؤ أو المـآل الاجتماعي يكـون مُتدنيًا لـدى التوحُّدي، بينما المآل الاجتماعي لدى طفل الإسبرجر يكون إلى حدٍّ ما جيدًا.
- الحـركات النمطية تكـون أكثر تكرارًا لدى طفـل التوحُّد بينما تكـون أقل تكـرارًا بدرجـة دالة لـدى طفل الإسـبرجر (in: Fitzgerald، 2004، 30 – 31;Szatmari et al.، 1989)

والتمييز الواضح بين التوحُّد والإسبرجر يبدو مُستحيلًا، ويكون من غير المعقول أن نستبعدَ مُحاولة التفريق بين كلا الاضطرابَين؛ فقد أشار تاسي Tasi إلى أهم الملامح التالية الأكثر وضوحًا وتمييزًا في متلازمة الإسبرجر عنه في التوحُّد على النحو التالي:

1 – الحديث والقراءة والرسم تكون منصبَّة في موضوعات العنف والموت.

2 – المزاج يكون بسهولة محبطًا مع نوبات غضب.

3 – الحالة الصحية مُتدنية.

4 – غير مُستبصِر بإعاقته.

5 – مُتحذلق في كلامه.

6 – يجب أن يخبر الناس عن معارفه الخاصة (in: Fitgerald، 2004، 30 – 31)

رابعًا: يُمكن التفريق بين التوحُّد ومتلازمة الريت على النحو الآتي:

في عام 1965 حدَّد أندريات ريت Andreas Rett – وهو طبيب أسترالي – الأعراض عند 22 فتاة كانت لديهنَّ تطورات عادية لفترة 6 أشهر (حسن مصطفى، السيد عبد الحميد، 2007، 416)، ثم بعد ذلك يحدث قصور في نمو الرأس من عمر 5 شهور

إلى 48 شـهرًا، ويحـدث تدهور للتفاعل الاجتماعـي (محمد المهدى، 2007، 62).

ومتلازمـة ريـت عبـارة عـن اضطـراب عصبـي معقَّـد يُصيب البنات. وتظهر أثناء الميلاد وتصبح أكثر وضوحًا في السنة الثانية من العمـر. ويلاحظ فيها فقدان حـركات اليد الموجهة أو الهادفة، وتحلُّ محلهـا حـركات رتيبة مُتكرِّرة تشـمل عـصر أو لوى اليـد التصفيق، وحركة غسـيل اليد. والأفراد ذوو مُتلازمـة ريت يصابون بإعاقات متعددة عميقة، ويتطلبون مساندةً طوال حياتهم. وتتراوح معدَّلات انتشارها لدى بنت واحدة في كل 10.000 وتشخص هذه المتلازمة من خلال المسح الجيني (Dodd ، 2005، 7).

وتتطوَّر الحالة من خلال أربع مراحل هي على النحو التالي:

المرحلـة الأولى: تبـدأ الأعـراض بحـدوث تأخُّر وبـطء تدريجي خفيـف في النمـو، بعـد مرحلة نمـو طبيعي قد تسـتمر مـن 6 أو 8 إلى 18 شـهرًا بعـد الـولادة، وذلـك في صورة تختلـف في التخاطب والتناسق الحركي.

المرحلـة الثانيـة: تتميـز هـذه المرحلة بسرعـة التدهـور في فقدان الطفل، معظَم ما كان قد اكتسـبه من مهارات خلال البضعة الأشهر التاليـة للمرحلـة الأولى بـدءًا بفُقدان قدراته السـابقة على اسـتعمال يدَيه في غسـيلهما وغسـيل وجهِه، ثـم في عدم القُدرة على اسـتعمالها

في الكتابة، ولكنَّه كثيرًا ما يَنهمِك في مص أو عض الأصابع ويفقد حصيلته اللغوية، وتستمرُّ هذه المرحلة حوالي 12 شهرًا.

المرحلة الثالثة: مرحلة الكُمون مع ظهور تحسُّن طفيف في العلاقات الاجتماعية وفي تلاقي العيون، ولكن يزداد القصور في حركة الأيدي واضطراب التنفُّس مع تدهور أسرع في القدرات الحركية، واتخاذ أوضاع غير عادية للجسم.

المرحلة الرابعة: استمرار في تدهور كل ما كان الطفل قد اكتسبه من قُدرات حركية، وفقدان لوظائف عضلات الجسم؛ ومن ثمَّ العجز عن أداء الأنشطة المُختلفة دون قصور أكثر في القُدرة على الانتباه، أو التفاعُل الاجتماعي أو تلاقي العيون، وتستمرُّ هذه المرحلة عشر سنوات أو أكثر (عثمان فراج، 2002، 121 – 122).

ويحدث في منتصَف فترة الطفولة تخلج جذعي وعمى حركي يصاحبها أحيانًا جنف حدبي، وأحيانًا حركات رقص كنعية، وهذه الحالة يترتَّب عليها دائمًا إعاقة عقلية شديدة، وكثيرًا ما تطرأ تشنُّجات أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة، وبلل نمطي لليدين بواسطة اللعاب، وعدم المضغ الجيد للطعام، نوبات كثيرة من فرط التنفُّس، فشل دائم تقريبًا في التحكُّم في التبول والتبرز، سيولة زائدة في اللعاب وإبراز مفرط في اللسان (أحمد عكاشة، 2003، 755 – 756).

ويُمكن تشخيص ريت على النحو التالي:

1 – تطـور طبيعي لمرحلتَـي ما قبل الولادة وحـول الولادة على ما يبدو.

2 – تطـور نفسي حركي طبيعي خلال الأشـهر الخمسـة الأولى على ما يبدو.

3 – قياس محيط الرأس لدى الوليد في حدود الطبيعي.

4 – تراجع في قياس محيط رأس الوليد بين الشهر الخامس و48 شهرًا.

5 – تراجع وفقدان مهارات وظيفية كانت قد اكتُسـبت الشـهر 5 – 30 شـهرًا وتنامـي تطـور حـركات نمطية عشـوائي؛ كالتلويح أو التصفيق باليدين.

6 – فقـدان التآلـف الاجتماعـي باكرًا، عِلـمًا أن تلـك المهارات تتنامى تدريجيًّا.

7 – ظهـور حـركات غير متناسـقة على طول الجذع، مما يُسـبب وقفـة غير طبيعية أو طريقة سـير ملتفـة دون وجود عيوب عُضوية حركية (رائد خليل، 2006، 120).

وفيما يلي أهم الفروقات المميزة بين الريت والتوحُّد:

1 – يحـدث اضطـراب ريـت في الإنـاث، ويكـون مُتضمنًـا في

الاضطرابات النمائية الشاملة، ويُبنى على التشابه مع اضطراب التوحُّد في العجز أو صعوبات في التفاعل الاجتماعي واللغوي (Van Acker ، 1997)، إلا أنها تميل إلى أن تكون عابرة وقصيرة الأجل (كوثر عسلية، 2006، 83) (Tasi ، 1992)

2 – التشخيص الفارقي لاضطراب ريت على طبيعة الانحدار النمائي، الذي يتضمن التأخر في النضج (Trevathan & Naidu، 1988) فالانحدار في المهارات المكتَسبة قبل 18 شهرًا من العمر (tasi ، 1992)؛ حيث يفقد المصاب قدرته على استعمال المفردات واستعمال فمه ويديه وذراعيه، ويبدأ بحركات اللعق وتحريك اللسان والضرب بصورة شائعة، وفرك اليدين معًا وجلبهما معًا مع الدوران للفم، وهذه الحركات الشائعة لليدَين مميزة جدًّا (إبراهيم الزريقات، 2004، 72).

3 – حدوث ضمور في العضلات الفقرية، مع عجز حركي شديد، وتشنُّج شديد يصيب حركة الأطراف السُّفلية أكثر من الأطراف العُلوية يؤدي إلى فقدان القدرة على الحركة والمشي للحالات المصابة بزملة ريت، بعكس حالات التوحُّد فلا تظهر عليها هذه الأعراض (أحمد عكاشة، 2003، 765).

4 – يرتبط ريت بحالات التخلف العقلي الشـديد أو العميق، أما نسبة الشيوع فهي غير محددة، إلا أنه يبدو أن الاضطراب أقل شيوعًا من اضطراب التوحُّد (كوثر عسلية، 2006، 83).

5 – في اضطـراب (ريـت) حـركات اليد المحـدودة دائـمًا تكون موجودة، أما في اضطراب التوحُّد فسـلوكيات اليد قد تظهَر أو لا تظهـر، والتآزر الضعيف والحـركات والقلق هي جزء مـن اضطـراب (ريـت)، وكثير مـن المـرضى بالتوحُّد لديهم توظـف حركي إجمالي غـير ملحوظ، أمـا في اضطراب ريت فـإن القـدرات اللفظية عـادةً ما تفقـد كليـة، وفي اضطراب التوحُّـد يكون لدى المريض لغـة منتقاة، وبالإضافة إلى ذلك فـإنَّ عدم الانتظام في التنفُّس هـو خاصية لاضطراب ريت، والانقباضات غالبًا ما تظهر مُبكرًا. في اضطراب التوحُّدية لا تتطوَّر الانقباضات لـدى مُعظم المرضى وعندما تتطوَّر فمن المحتمـل جـدًّا أن يحدث ذلـك في المراهَقة بخـلاف الطفولة (حسن مصطفى، السيد عبد الحميد، 2007، 418).

6 – حدوث تشنجات للمصابين بزملة ريت أثناء الطفولة المبكرة والمتوسطة، وحدوث نوبات صرعية في معظم الحالات قبل عمر ثماني سنوات، أما التوحُّد فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن حوالي (4 – 22٪) من التوحُّديين سـوف تحدُث لهم نوبـات صرعية عُظمى في وقتٍ ما مـن حياتهم، وخاصة في

مرحلة البلوغ (محمد حمودة، 1993، 107).

خامسًا: التفريق بين التوحُّد واضطراب الطفولة التحللي أو التفككي:

يتميَّز اضطراب الطفولة التفككي بفترة من النمو السوى في السنتين أو الثلاث سنوات الأولى من العمر، وعندئذ يفقد الطفل المهارات المكتسبة سابقًا في عمر عشر سنوات(، 2005 ، Dodd 7).

ويبدأ التراجع أو التحلُّل بشكل واضح في المهارات التالية:

1 – فقدان القُدرات اللغوية أو القدرة على بدء أو مواصلة حديث.

2 – فقدان ما كان قد تمَّ اكتسابه من مهارات اجتماعية، وحدوث اضطرابات في السلوك التوافقي.

3 – فقدان العديد من القدرات الحركية.

4 – فقدان الاهتمام أو المشاركة في اللعب مع الآخرين.

5 – فقدان القُدرة على التحكم في الإخراج.

6 – فقدان تدريجي لمهارات رعاية الذات، وفقدان الاهتمام بالبيئة المحيطة (سعد رياض، 2008، 44).

سادسًـا: التفريـق بين التوحُّـد والاضطراب النمائي الشـامل غير المحدَّد:

الاضطراب النمائي الشـامل غير المحدَّد يكون غالبًا توحُّدًا شاذًّا (Dodd ، 2005 ، 7) وتسـتخدم هذه الفئة حين يظهر الارتقاء غير الطبيعي لأول مرة بعد عمر الثلاث سنوات، أو غياب ما يكفي مـن العلامات غير الطبيعية في واحدة أو اثنتَين من المناطق المَرَضية النفسـية الثـلاث الضروريـة كلهـا لتشـخيص التوحُّـد (ألا وهـي التفاعُلات الاجتماعية المتبادَلة، التواصُل والسـلوك المحدَّد النمطي والمتكـرر؛ وذلـك على الرغم مـن وجود اختلالات مميـزة أخرى في منطقـة أو مناطق أخرى، وينشـأ التوحُّد اللانمطـي غالبًا في الأفراد ذوي التخلُّف العقلي جسيم الشدة (أحمد عكاشة، 2003، 755).

سابعًا: التفريق بين التوحُّد ومتلازمة فراجيل إكس:

يُشـير أرونـس (Arons ، 1992) إلى أن هذه المتلازمة عبارة عن اضطراب جيني في الكروموسـوم الجينـي X، وهؤلاء الأطفال لديهم تخلـف عقلي بسـيط أو متوسـط، ولديهم اسـتجابات حركيـة تكرارية وحساسية مفرطة للصوت، وضعف في الاتصال البصرى بالآخرين، والحـركات الإشـارية والجسـمية الغريبـة وعـض اليدَين، ومشـاكل سـلوكية أخـرى، وتأخُّـر في النمـو اللغـوي، وللتمييـز بـين التوحُّـد ومُتلازمـة إكس نُلاحظ الفروقات لـدى ذوي هذه المتلازمة تَكمُن في

المواصفات الجسمية غالبًا؛ فهم ذوو جبهة عريضة وعالية، وعيون ساكنة، وأذنَين كبيرتَين، ووجه طويل، وقدمَين مسطحتين، وأحيانًا صمامات قلب غير عادية نسبيًّا (في: نايف الزراع، 2005، 48).

ثامنًا: التفريق بين التوحُّد واضطرابات اللغة النمائية:

يُقصد باضطرابات اللغة تلك الاضطرابات اللغوية المتعلِّقة باللغة نفسها من حيث زمن ظهورها، أو تأخُّرها أو سوء تركيبها من حيث معناها وقواعدها، أو صعوبة قراءتها أو كتابتها (فاروق الروسان، 1996، 224).

وتُعرف الرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع اضطرابات اللغة كما يلي هو خلل في تطور أو فهم استخدام الرموز المحكية والمكتوبة للغة ويشمَل الاضطراب أحد الجوانب اللغوية التالية أو جميعها:

1 – شكل اللغة (الأصوات، التراكيب، القواعد).

2 – محتوى اللغة (المعنى).

3 – وظيفة اللغة (الاستخدام الاجتماعي للغة) (أسامة محمد وآخرون، 2007، 510).

وتُعرِّف الجمعية الأمريكية للكلام هذا الاضطراب بأنه يتمثَّل في عدم القدرة على الفهم أو وجود اضطراب في الوعى الصوتي للغة

لأحـد المقاطع اللغوية أو المعاني، أو القواعد اللغوية المُرتبطة بالنظام اللغوي (بوشيل وآخرون، 2004، 146).

ومـن أهـم مظاهـر اضطرابـات اللغة النمائـي: تأخُّر ظهـور اللغة حيث لا تظهـر الكلمة الأولى للطفل في العمر الطبيعي لظُهورها. كما لا يسـتطيع الطفـل أن يُعبر عن نفسـه لفظيًّا بطريقـة مفهومة (فاروق الروسـان 1996، 224)، وفي اضطرابـات اللغـة الاسـتقبالية فـإنَّ الأطفـال الذيـن يُعانون من هـذا النوع من الاضطرابـات لا يفهمون معنـى مـا يُقال لهم، بالرغم مِن أنهم يسـمَعُون ما يُقـال لهم مِن كلامٍ، ويُسـمَّى هذا النوع بالحبسـة الاسـتقبالية؛ وذلك بسـبب عدم القدرة عـلى فهم المعـاني اللفظية التي يسـتقبلها الطفل، وتتمثَّـل مظاهر هذا الاضطراب في الفشل في ربط الكلمات المنطوقة مع الأشياء، والأعمال والمشاعر، والخبرات والأفكار، وبسبب عدم فهم الطفل لما يسمَع من كلام (يوسـف القريـوتي وآخريـن، 2001، 338) وفي اضطرابـات اللغـة الاسـتقبالية والتعبيرية فـإنَّ الطفل الذي يعاني من المشـكلات التعبيريـة والمسـتقبلية المختلطـة، أي يعـاني مِن تأخُّـر في كليهما، فهذا الطفـل سـوف يفهم لغة بسـيطة مثل خـذ معطفك أو هـل أنت تريد المزيـد من اللبن؟ ويكون قادرًا على أن يقول كلمات قليلة مُنفرِدة مثل لبن، ماما، اذهب (Culatta & Culatta ، 1981، 123).

وللتمييـز بين اضطـراب اللغة النمائي والتوحُّد، فإن التشـخيص يجب أن يُقدِّر السلوكيات الاجتماعية والأنشطة التخيلية، ومهارات

التواصُل بشكلٍ خاصٍّ قُدرات التواصل غير اللفظي (Campbell & shay ، 1995) مثل: الإيماءات وتعبيرات الوجه وجوانب التواصل الأخرى (Mayes et al. ، 1993).

فالأطفال المُصابون بالاضطرابات اللغوية عندما يفشلون في استخدام اللغة بوصفِها وسيلة للتواصُل مع الآخرين، يلجؤون إلى الإيماءات وتعبيرات الوجه ومفاهيم ورموز أخرى فيما يَعمد أطفال التوحُّد إلى إعادة الكلام، لا سيَّما المُفردات الأخيرة منها، ولهذا تُعدُّ القابلية على التعلُّم والتعامل مع الرموز الفارقَ الرئيسيَّ بين المجموعتَين (قاسم حسين، 2008، 380).

ويُمكن للمُختصين في العادة تشخيص اضطرابات اللغة لأنَّ الأطفال الذين يُعانون من هذا الاضطراب فقط ليست لديهم مشكلة في الاستجابة للمُثيرات الحسية كما هو الحال لدى الأطفال التوحُّديين (كوثر عسلية، 2006، 69).

تاسعًا: التفريق بين التوحُّد واضطرابات السمع والبصر:

تشمَل الإعاقة السمعية على كلٍّ من الصمم والضعف السمعي. والأصم هو الشخص الذي يُعاني من فقدان سمعي يزيد عن 90 ديسبل. أما الشخص الضعيف السمع فهو الذي يتراوَح مدى الفقدان السمعي لديه بين 25 – 90 ديسبل (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2004، 91).

المعوق سمعيًّا غالبًا ما يُعاني من الجمود والتصلب، وعدم الثبات الانفعالي، والتمركز حول الذات، وهو أقل اعتمادًا على نفسه ويُعاني من الإحباط، والقلق، والتهور، والاندفاع، والعدوانية (عبد الرحمن سيد سليمان، 2001، 114)، ويُعاني كذلك الطفل المعوَّق سمعيًّا من القصور، والدونية، والعجز، والشعور بالنقص، وغالبًا ما ينعزل عن الجماعة (محمد عبد المؤمن، 1986، 74).

وتشتمل الإعاقة البصرية على مجموعة المعوَّقين بصريًّا كليًّا، وهي تلك المجموعة التي ينطبق عليها التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية، ومجموعة المعوَّقين بصريًّا جزئيًّا، وهي تلك المجموعة التي تستطيع أن تقرأ وتكتب الكلمات المكتوبة بحروف مُكبَّرة أو باستخدام النظارة الطبية أو أيَّة وسيلة تكبير (فاروق الروسان، 1996، 116 – 117).

ويُعتبر الطفل من الناحية الطبية / القانونية كفيفًا إذا كانت حدة إبصاره أقل من 200/ 20 أو إذا كان مجال بصره لا يتعدَّى 20 درجة؛ وذلك بعد تنفيذ الإجراءات التصحيحية باستخدام العدسات اللاصقة أو النظارات الطبية. ومن الناحية التربوية؛ فالطفل يُعتبر كفيفًا إذا لم يكن باستطاعته التعلم من خلال حاسة البصر واعتمد على طريقة برايل. أما الضعف البصرى فهو حدَّة بصر تتراوح بين 70/ 20 – 200/ 20 وفقًا للتعريف القانوني (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2004، 106).

يجد الطفل الكفيف صعوبة في التعامل مع البيئة المحيطة به، وعدم استطاعته التقليد عن طريق النظر، وتأخُّره في إظهار النشاطات الحركية. وغالبًا ما ينطوي الطفل الكفيف على نفسه، وقلة ميوله، واضطراب العلاقة بينه وبين أمه (رمضان القذافي، 1994، 128 – 129). وبطء معدَّل سرعة القراءة سواء بالنسبة إلى البرايل أو الكتابة العادية، أخطاء في القراءة الجهرية، وانخفاض مُستوى التحصيل الدراسي، يُعاني المعوق بصريًّا من استبدال صوت بصوت، والتشويه أو التحريف، وعدم التغيُّر في طبقة الصوت، والقصور في استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية، وقصور في الاتصال بالعين مع المتحدث، واللفظية أي الإفراط في الألفاظ على حساب المعنى (كمال سالم، 1996، 57، 65).

ويظهر الأطفال المعوقون بصريًّا بعض السلوكيات الدالَّة على الاستثارة الذاتية والحركات النمطية وهم في ذلك يُشبهون ما يقوم به الأطفال التوحُّديون، فضلًا عن استجابة الأطفال التوحُّديين للمُثيرات البصرية قد تُشير إلى إصابتهم بالتوحُّد (عبد الرحمن سليمان، 2000، 79).

التوحُّد	اضطرابات السمع والبصر
• السلوكيات، مثل الانسحاب الاجتماعي والانزعاج من تغيُّر الروتين، تظهر على التوحُّديين، ولكنها تعدُّ أولية وأساسية.	تعدُّ ثانوية مع إمكانية ظهور تلك السلوكيات لدى الأطفال الصمِّ.
• مُعظم الأطفال التوحُّديين ليسو صمًّا ويُظهرون استثارة ذاتية، وحركات نمطية، كما أنَّ اضطرابات التوحُّد في الاستجابة إلى المُثيرات البصرية يُمكن أن تُشير إلى التوحُّد في أول انطباع.	يُمكن أن يظهر الأطفال المكفوفون أو ضعاف النظر مثل ذلك (فهد المغلوث، 1423، 88).
• يعجز الأطفال التوحُّديون عن بناء العلاقات مع الآخرين.	يتمتَّع الأطفال الصمُّ بالقدرة على تكوين علاقات اجتماعية.
• يُبدي الطفل التوحُّدي قصورًا واضحًا في قدرته على التواصُل غير اللفظي.	الطفل الأصم أكثر قُدرة على التواصُل غير اللفظي مع الآخرين.

عاشرًا: التفريق بين التوحُّد وصعوبات التعلم:

يُحدِّد تعريف اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم صعوبات التعلُّم على النحو الآتي: مُصطلَح عام يُشير إلى مجموعة غير مُتجانِسة

من الاضطرابات تُعلن عن نفسها من خلال صعوبات جوهرية أو دالة في اكتساب أو استخدام القُدرة على الاستماع أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو العمليات الحسابية، وهذه الاضطرابات تكون أساسية في الفرد، ويفترض أنها ناتجة عن خلل في الجهاز العصبي المركزي ومن المُمكن أن تحدث خلال حياة الفرد، ومشكلات سلوك الضبط الذاتي، والإدراك الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي من المُمكن أن تُوجد مُتلازمة مع صعوبات التعلم لكنها لا تنشأ بدورها صعوبات التعلم، على الرغم من أن صعوبات التعلُّم من المُمكن أن تحدث مُتزامنة مع ظروف الإعاقات الأخرى مثل الإعاقة الحسية، التخلُّف العقلي، الاضطراب الانفعالي الجسيم، أو مع مؤثرات بيئية مثل (الاختلافات الثقافية أو التعلم غير الكافي أو غير المناسب) إلا أنها لا تكون نتيجة لهذه الظروف (NJCLD ، 1994 ، 65).

ومن أهمِّ مظاهر صعوبات التعلم صعوبة الأدراك والتمييز بين الأشياء الاستمرار في النشاط دون التوقُّف، صعوبة التمييز بين المفاهيم المتجانسة أو المتقاربة، واضطراب السلوك الحركي والسلوك الزائد، والاضطرابات العصبية المُزمنة، وصعوبة في القدرة على القراءة، وتكوين التتابع الصحيح للمهارات القرائية، صعوبة في القُدرة على الكتابة، وتأخر ظهور الكلام، وسوء تنظيم وتركيب الكلام، وفقدان القدرة المكتسبة على الكلام (فاروق الروسان، 1996، 174 – 179).

والأطفـال التوحُّديون لديهم صعوبـات اجتماعية، إلا أن معظم الأطفـال مـن ذوي صعوبـات التعلـم يهتمـون بتكويـن أصدقـاء، والحصـول عـلى مُكافآت من المعلِّمين أو الآباء أو حتى المشـاركة في الأفـكار، وأن تكـون لدَيهم خبرات مشـتركة مـع الآخرين. كلاهما تنقصـه المهـارة الاجتماعية في التفاعُـلات الاجتماعيـة غالبًا. ويظهر الأطفال ذوو صعوبات التعلُّم إساءة في فهم الإشارات الاجتماعية، ولكن لباسـهم العام وظهورهم وتصرُّفاتهم تكون متَّسقة مع معايير مجموعـة الرفـاق. وبعـض الأطفـال التوحُّديـين يُشـاركون ذوي صعوبـات التعلُّم في عيوبهم الاجتماعية، ولكن مشـكلاتهم غالبًا ما تكون أشد (إبراهيم الزريقات، 2004، 91)

الحـادي عشر: التفريق بين التوحُّد واضطرابات قصور الانتباه / النشاط الزائد:

يُعتـبر اسـتراوس Strauss أول مـن لفَـت انتبـاه العاملـين في علـم النفـس وخصوصًـا التربية الخاصـة في أوائـل الأربعينيات إلى خصائص النشـاط الزائد وتشـتُّت الانتباه والاندفاعية (آمال باظة، 2003، 120).

وتتَّسـم سـلوكيات الأفـراد الذين يُعانـون من قصـور الانتباه / النشـاط المفرط بالعُدوانية والتململ، والتملص، واللعب بأي شيء مُتاح، وفي الفصل يتردَّد المُصاب كثيرًا على الحمام، ويسـأل عن مبراة

الأقلام (Schwiebert & Sealander ، 1995) كما أن لدَيهم من المشكلات الانفعالية مثل الغضب، والاكتئاب، والقلق (Mc Kinney et al. ، 1993) وتحدي النظام، وتدني القدرة على ضبط الذات (الاندفاعية)، ويفشل الطفل في الإصغاء أو التركيز للمهمة، والأطفال صغار السن الذين لديهم اضطراب في الانتباه غالبًا يتحركون بسرعة من نشاط إلى آخر، وعندما يوجه إليهم أي سؤال غالبًا ما يعجزون عن إعطاء تفسيرًا لما سيقومون به. كما تظهر عليهم علامات السرحان، كما أنهم غير مُدرِكين لعواقب أفعالهم عند اندفاعهم، وتكون استجاباتهم للمواقف بسرعة وبدون ترو، ومقاطعة الآخرين في مُحادثاتهم، وتكون قرارتهم انفعالية مُتسرعة (Wilson ، 1998 ، 77).

وحوالي من 8 إلى ٪12 من الأطفال في العالم لديهم نشاط زائد ونقص الانتباه (Biederman & Farane ، 2005) وحوالي من 40 إلى ٪80 من الأطفال بطيف التوحُّد لديهم ADHD نشاط زائد ونقص الانتباه كاضطراب مرضي (; leyfer et al. 2006 Maston & Nebel – schwalm ، 2007;Lee & Ousley ، 2004 ; Yoshida & Uchiyama ، 2006).

ويرجع النشاط الزائد إلى أن العوامل الجينية تلعب دورًا مُهمًّا في تقرير مستوى نشاط الإنسان؛ فقد بينت بعض الدراسات أن آباء الأطفال الذين لدَيهم نشاط زائد كانوا يُعانون في طفولتهم

من النشـاط الزائـد. ومن تلفٍ دماغي بسـيط، ينتج عن مضاعفات الحمـل والولادة. والبيئة الأسرية التـي تُعرض الأطفال لضغوط لا يسـتطيعون احتمالها قد تُسـبِّب النشـاط الزائد والتعزيز (الاستجابة للنشـاط الزائـد والانتباه إليه يزيـده)، والتعلم بالملاحظـة (التفاعُل اليومي) بين الطفل ووالدَيه والأشـخاص الآخَرين يُؤثر تأثيرًا بالغًا على سلوكه، فإذا كان لديهم نشاط زائد فهو قد يُقلِّدهم ويتعلم منهم (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2004، 123 – 124).

مقاييس التوحُّد

مقياس مستويات التوحُّد:

1 – **وصـف المقياس في صورته الأصلية:** يُقصد به مقياس تقدير التوحُّـد الطفـولي Childhood Autism Rating Scale (CARS)، الـذي طـوَّره سـكوبلر وآخـرون (Schopler et al. ، 1980) ويتألـف مـن (15) فقـرة تضمَّنت كل فقرة منها 4 تقديرات مُتدرِّجة من (1 – 4) مع إعطاء وصف السـلوكيات التي تُؤخذ بالاعتبار عند إعطاء التقديـرات المناسـبة منها للطفل، ويُشـير الرقـم (1) إلى أن السـلوك عادي في حين تُشـير التقديـرات (2، 3، 4) إلى أن السلوك يتراوَح بين كونِه غير عادي برجة بسيطة أو مُتوسِّطة أو شـديدة على التـوالي، ويُمكن إعطاء تقديـرات بينية مثل

(1.5، 2.5، 3.5) وقد تمتَّع المقياس في صورتِه الأصلية بدلالات صدق وثبات عالية كما وضحت العديد من الدراسات الأجنبية، مثل: ((Evanse & Mile: 1993 (Nordum et al ، 1998)(Dilallas Rogels: 1994) (في: طارق الشمري، زيدان السرطاوي، 2002).

2 – **وصف الصورة العربية للمقياس**: قام طارق الشمري وزيدان السرطاوي (2002) بإعداد صورة مُختصرة للمقياس بصياغة عبارات وَفق طريقة ليكرت مع ملاحظة كل عبارة من العبارات الخمس عشرة، التي تتألف منها الصورة المختصرة على السلوك الذي تقيسُه من جهة، وعلى التقديرات التي تبنَّاها المقياس من جهة أخرى، ولكن دون تقديم وصف السلوكيات التي تُؤخذ بالاعتبار عند تقدير سلوك الطفل، وشملت (15) بندًا موزَّعة على الأبعاد التالية: الانتماء للناس، التقليد والمحاكاة، الاستجابة الانفعالية، استخدام الأشياء، استخدام الجسم، التكيُّف مع التغيير، الاستجابة البصرية، استجابة الاستماع، الاستجابة العقلية واستخدام التذوُّق والشمِّ واللمس، والخوف والقلق، التواصُل اللفظي، التواصُل الغير لفظي، مُستوى النشاط، مستوى وثبات الاستجابة العقلية، الانطباعات العامة. وقد تُوفر للمقياس في صورته العربية والمُختصَرة

دلالات صدق وثبات عالية.

وحسب هذا المقياس، فإنَّ الأطفال الذين تقع درجاتهم أقل من (30) درجة يُصنفون على أنهم ليس لديهم توحُّد. بينما الذين بلغت درجاتهم (30) أو أكثر يُصنفون على أنهم توحُّديون، ويُقسمون إلى مجموعتين هما:

1 – الذين تتراوَح درجاتهم (30 – 60) درجة يُصنفون على أن لديهم توحُّد بدرجة بسيطة إلى متوسطة.

2 – الذين تتراوَح درجاتهم بين (30 – 73) درجة يُصنفون على أن لديهم توحُّدًا بدرجة شديدة.

صدق المقياس:

أ. صدق المحكمين: حيث تمَّ عرض المقياس بعد ترجمته على سبعة من المحكمين المُختصين، وفي ضوء ملاحظات المحكمين تمَّ اعتماد الصورة النهائية للمقياس.

ب. الصدق التمييزي: طُبِّق المقياس على (105) أطفال من التوحُّديِّين والمتخلفين عقليًّا والأسوياء، وقد جاءت الفروقات بين المتوسِّطات درجات تلاميذ التوحُّد والمتخلِّفين عقليًّا مُرتفعة ودالَّة عند (0.01) على كل فقرة مِن فقرات المقياس.

ج. الصدق العاملي: كشفت نتائج التحليل العاملي عن وجود

عامـل واحد للصورة العربية للمقياس تشـبَّعت بـه جميع الفقرات؛ حيث تتراوَح درجة تشـبُّعها بالعامل الأساسي للمقياس بين معامل الارتباط (0.79 – 0.96)، وتبين أن هذا العامل مسئول عن تفسير ما نسبته (٪78.8) من التبايُن.

ثبات المقياس:

أ. الاتسـاق الداخـلي: حيـث تـم التحقُّـق من ثبـات المقياس في الصـورة العربية من خلال ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس؛ حيـث تبيَّن أن جميع الفقـرات ارتبطت بالدرجة الكليـة بدرجة دالَّة عنـد (0.01) وتراوَحَـت قيـم الارتبـاط بـين (0.79 – 0.96)، وكذلك الأمر للصورة المختصرة حيث كانت جميع الارتباطات دالة عند (0.01).

ب. معامل ألفا: تمَّ حسـاب معامل ثبات ألفا لكرونباخ؛ حيث بلَغَـت قيمته لتقديرات المعلِّمين للعينـة الكلية (0.98) ولتقديرات المعلمين لحـالات التوحُّـد (0.94) ولتقديـرات الباحثين (0.91) وبخصـوص اسـتجابة المعلِّمـين على الصـورة المختـصرة للمقياس فبلغت قيمة ألفا (0.91).

ج. التجزئة النصفية: بلغت قيمته بعد التعديل بمعادلة سبيرمان وبـراون لتصحيـح الطـول (0.93) لتقديرات المعلمين عـلى العينة الكليـة (0.94) لتقديـرات المعلمـين لحـالات التوحُّـد (0.97)

لتقديرات مساعدي الباحثين، أما بخصوص استجابة المعلمين على الصورة المختصرة للمقياس فبلغت قيمة التجزئة النصفية (0.91)، وجميع تلك القيم تُشير إلى تمتع المقياس بخصائص سيكومترية جيدة.

جدول الملاحظات التشخيصية للتوحُّد:

إعداد: لورد وآخرين (Lord ، Rutter ، Goodo Heembsergen ، Jardan ، Mawhood and Scholper ، 1989)

يتكون هذا المقياس من أربعة أجزاء؛ الجزءان الأولان يُستخدم فيهما الأداة، أما الجزءان الآخران فهما عبارة عن عبارات تتمُّ الإجابة عليها. ويتم الآن استخدام الجزءين الأوَّلين من ADOS كأداة تشخيص تساعد في تشخيص الطفل التوحُّدي، وهو يُطبق الآن في مراكز متعدِّدة.

ومن الأفضل استخدام مقاييس الذكاء مثل وكسلر ستانفورد – بينية، مع التوحُّديِّين ذوي الأداء الأفضل، بينما يُفضل استخدام مقياس ADOS؛ لأنه مقياس أدائي وطبيعة تطبيقه لا تتطلَّب لغة بين المختص والمفحوص؛ حيث إنه نظام مُلاحَظ مقنن، وخصائصه عبارة عن جدول تفاعلي، والفاحص هو شخص مشارك وملاحظ في آنٍ واحد، والتقييم وَفق ما حدث في الواقع على الطبيعة. وهو يُطبق حاليًّا في بعض البيئات العربية على سبيل المثال لا الحصر.

قائمة سكوبلر المعدلة (PEP – R)

تتكون قائمة سكوبلر من 174 بندًا مُعظمها عملية أداء، وتقيس سبعة محاور للنمو، وأربعة مجالات سلوكية. وهو اختبار فرديٌّ لا تقتصر فوائده على التشخيص، ولكنه يعطي صورة متكاملة عن مستويات النمو والسلوكيات الشاذة، بالإضافة إلى برنامج متكامل موجَّه إلى الآباء والمدرسين لتأهيل الطفل وتدريبه، والتدخل العلاجي للسلوكيات الشاذة، كما تستخدم نتائج إعادة تطبيقه في تقويم وقياس مدى تحقيق البرنامج الذاتي التعليمي المقترح لأهدافه بشكل دوري في مراحل تنفيذه (عثمان فراج، 2002، 73)

قائمة تقدير السلوك التوحُّدي:

تُستخدم هذه الأداة للتخطيط التعليمي للتوحُّديين، وهي من إعداد: كرج وآخرين 1993 ، .Krug et al))، وتتكون من المقاييس التالية:

1 – الاعتماد على الذات.

2 – الجانب الحسي.

3 – الجانب اللغوي.

4 – الجانب الجسمي واستعمال الأشياء.

5 – الجانب الاجتماعي.

وبلغ مجموع بنود القائمة (57) بندًا.

ويتمتَّع هذا المقياس وَفقًا لنتائج دراسة سترمى وآخرين (Sturmey et al. ، 1992) بخصائص سيكومترية جيِّدة؛ فقد تمَّ حساب معامل الاتساق الداخلي بطريقة ألفا، فكان 0.87 وبلغ معامل ارتباط التجزئة النصفية 0.94، وبلغ معامل الاتفاق 95٪ بين (42) مقدرًا (Krug et al. ، 1980)

وتتمتَّع القائمة بصدق المحتوى، والصدق التلازمي؛ فقد وجد إيفيز وميلز (Eaves & Miliner ، 1993) ارتباطًا بلغ 0.67 بين هذه القائمة ومقاس تقدير التوحُّد للطفولة، إعداد سكوبلر وآخرين (Schopler ، Reichler & Renner ، 1988) .

قائمة تقدير السلوك التوحُّدي المرجعية(ABC) :

أعدَّ هذه القائمة (نايف الزارع، 2005، 69 – 89) لتقدير السلوك التوحُّدي لدى عيِّنة من الطلبة المُلتحِقين ببرنامج التوحُّد التابع للأمانة العامة للتربية الخاصة بوزارة المعارف في معهدَي التربية الفكرية شرق وغرب الرياض، والطلبة ذوي التخلُّف العقلي المُلتحِقين ببرنامج التربية الفكرية التابع للأمانة العامة للتربية الخاصة بوزارة المعارف في معهدَي التربية الفكرية شرق وغرب الرياض، والطلبة التوحُّديِّين الملتحِقين ببرنامج أكاديمية التربية الخاصة في الرياض، والطلبة العاديِّين المُلتحِقين بمدارس التعليم العام ضمن

المرحلة الابتدائية والمرحلة المتوسِّطة وتكوَّنت عيِّنة الدراسة من (180) في المرحلة العمرية بين 7 – 15 سنة وتكون المقياس من:

1 – العناية بالذات.

2 – التواصُل اللغوي.

3 – البُعد الأكاديمي.

4 – البُعد السلوكي.

5 – البُعد الجسمي والصحي.

6 – البُعد الحسي.

7 – البُعد الاجتماعي والانفعالي.

وقد تمَّ عرض القائمة على عدد من المحكمين، وعن طريق الصدق التمييزي، وتمَّ حساب الثبات بطريقة الإعادة، وكانت 0.98 للمقياس الكُلي، وبطريقة الاتساق الداخلي كانت 0.98 للمقياس الكلي. وبناءً على التحليلات الإحصائية بلَغَت مُفردات القائمة (201) فقرة موزَّعة على الأبعاد السبعة.

قائمة التوحُّد للأطفال دون السنتين:

تُنسب إلى العالم سيمون بارون كوهين Simon Baron Cohen في أوائل التسعينات وهي لاكتشاف إذا ما كان يُمكِن معرفة هذه الإعاقة في سن (18) شهرًا، ومن خلالها تُوجَّه أسئلة قصيرة من قسمَين؛ القسم الأول يعدُّه الآباء، والثاني من قِبَل الطبيب المعالج.

تُساعد هذه القائمة في مسح (وليس تشخيص) حالات التوحُّد قبل أشهُر أو سنوات من ظهور مُعظم الأعراض الأخرى كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع. إلا أنَّ واضعي هذا الاختبار يُؤكدون على عدم استخدامه كوسيلة لتشخيص التوحُّد، ولكنه يكفي لإنذار المختصِّين مُبكرًا بالحاجة إلى تحويل الحالة إلى مختصٍّ مُتمرِّس.

ومن أهم السلوكيات التي تقيسها:

1 – عدم قدرة الطفل على اللعب التمثيلي.

2 – الإشارة إلى الأشياء.

3 – عدم اهتمامه بالاختلاط مع الآخَرين.

4 – اللعب الاجتماعي.

5 – غياب الاهتمام المشترك. وقد بيَّنت الدراسات أنه في حال

عجز الطفل في ثلاثة من هذه العناصر معًا تكون نسبة الإصابة بالتوحُّد ٪83، إلا أنَّ هذه القائمة لا تسمَح بالتعرُّف على التوحُّديين ذوي الأداء العالي المُرتفِع، فهم يَنجحُون في مُعظم بنود القائمة (وفاء الشامي، 2004، 320 – 321).

مقياس الطفل التوحُّدي (إعداد عادل عبد الله، ٢٠٠٣):

يتألَّف هذا المقياس من 28 عبارة يُجاب عنها باستخدام نعم أو لا من جانب المُختصِّ النفسي أو أحد الوالدَين، وتُمثل تلك العبارات في مجملها مظاهر أو أعراض التوحُّد تمَّت صياغتها في ضوء تلك المحكات المتضمَّنة في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والمختص للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM – IV – TR الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA، 1994 إلى جانب مراجعة ما كُتب عن هذا الاضطراب في التراث السيكولوجي والسيكاتري. ويعني وجود نصف هذا العدد من العبارات 14 عبارة على الأقل وانطباقها على الطفل أنه يُعاني من هذا الاضطراب. وفضلًا عن أنَّ هذا المقاس يستخدم بغرض تشخيصي؛ وذلك للتأكد من أن الطفل يعاني فعلًا من اضطراب التوحُّد عن طريق انطباق الحدِّ الأدنى من العبارات عليه (14 عبارة)، فإن الاستجابة بنعمٍ تحصل على درجة واحدة، بينما تحصل

الإجابة التي تُوضحها (لا) على صفر. ولحساب صدق المقياس تمَّ استخدام صدق المحكمين؛ حيث تمَّ الإبقاء فقط على تلك العبارات التي حازت على ٪95 على الأقل من إجماع المحكِّمين. كما تمَّ اللجوء إلى صدق المحكِّ؛ وذلك باستخدام المقياس المُماثل الذي أعدَّه عبد الرحيم بخيت، 1999، كمحكٍّ خارجي وبلَغ معامل الصدق 0.86 وبحساب قيمة (ر) بين تقييم المختص وتقييم ولي الأمر بلغ 0.94، أما لحساب الثبات فقد تمَّ استخدام إعادة التطبيق؛ وذلك على عينة من الأطفال التوحُّديين (ن=13) بفاصل زمني قدره شهر واحد، وبلغت قيمة معامل الثبات 0 وباستخدام معادلة kR – 21 بلغت 0 وهي جميعًا قيم دالة عند0.01 .

الاستبيان السلوكي والنمائي لاضطرابات طيف التوحُّد:

استخدم هذا الاستبيان لتقدير وجود وشدة 13 بعدًا سلوكيًّا ونمائيًّا مُعبرًا عنه من خلال تقديرات الوالدَين وقد طُبق الاستبيان على 101 طفل، تراوحَت أعمارهم بين 4 إلى 10 سنوات.

ويتكوَّن الاستبيان من الاختبارات الفرعية التالية:

1 – استخدام اللغة والفَهم: لا يستخدم الكلمات، ولدَيه صعوبة في تقليد الآخرين.

2 – السلوك القهري: يقوم بأداء سلوك روتيني متكرِّر بصورة

دائمة.

3 – القلق: يظهر الضيق في المواقف الجديدة أو في الازدحام.

4 – الموضوعات الحسية: يستجيب للأضواء أو الأصوات أو الأقمشة.

5 – اضطرابات النوم: يجد صعوبة في الدخول إلى النوم، ويستيقظ في الغالب.

6 – العدوان: يضرب مُتعمدًا الآخرين أو بعضهم.

7 – الحركة الزائدة: يتحرَّك بشكل ثابت، يقفز، يركض.

8 – مدى الانتباه: يجد صعوبة في إنهاء المهمة.

9 – المزاج المتقلِّب: لدَيه تقلبات مزاجية لا يمكن التنبؤ بها.

10 – عادات الأكل: يأكُل أطعمة قليلة، أو يُداوِم على أنواع معيَّنة من الأطعمة.

11 – التفاعُلات الاجتماعية: يحب العزلة، ولديه أصدقاء قليلون.

12 – السلوك التحفيزي أو سلوك إثارة الذات: رفرفة الأيدي، والهز ... إلخ.

13 – سلوك إيذاء الذات: يَضرب رأسه، يعض نفسه، يضرب

نفسـه. ويتمتَّع هذا الاسـتبيان بمعامـلات صدق وثبات مرضيِّين.

فريق التشخيص متعدِّد التخصُّصات

إنَّ التقويـم الأمثل هو الذي يشـترك فيه عدد مـن المختصِّين مِن ذوي الخبرات المتنوِّعة من أجل الحصول على صورة شـاملة لمستوى أداء الطفل. ويتكوَّن هذا الفريق من:

طبيب الأطفال:

وهو طبيب مُتخصِّص في مجال أمراض الأطفال في الفئة العمرية المُمتـدة مـن تاريـخ الولادة إلى سـن الثامنـة عشرة، ويقـوم الطبيب بإجراء الكشف الطبي العام، وفحص وجود اضطرابات طبية، هذا بالضافة إلى تقويم حاجة الطفل إلى العلاج الطبي من خلال العقاقير وإجراء فحوصات طبية أخرى بناء على حاجة الطفل.

الأطباء النفسيون:

الأطبـاء النفسـيُّون هم الأفراد الذيـن أكملوا الدراسـة الجامعية في كليـة الطب؛ حيث حصلوا على تعليـم طبي عام، ثم أمضوا عامًا للحصـول على التدريب الطبي، ثم يحصلـون على درجة دكتوراه في الطـب، ويؤهلـون لممارسـة الطب العـام، وبعدها يدخُلـون في فترة تخصُّـص في الطـب النفسي، وهـو برنامج تدريبـي في الطب النفسي

يستمر حوالي 3 سنوات، ويكون في المستشفيات، ويُركز على الممارسة الإكلينيكية للطب النفسي، وبعد ذلك يُصبح هؤلاء الأفراد مُؤهَّلين كأطباء نفسيين يُمارسون الطب النفسي، وهم بحكم تخصصهم الطبي يُمكنهم وصف العقاقير الطبية، وممارسة أنواع أخرى من التدخلات الطبية كإعطاء العلاج الكهربائي (جمعة سيد، 2000، 364 – 365).

ومهمَّة الطبيب النفسي تتمثَّل في أسئلة الآباء عن: هل الطفل لم يتفوَّه بأيَّة أصوات كلامية حتى ولو غير مفهومة في سن 12 شهرًا، لم تُنمِّ عنده المهارات الحركية في سن 12 شهرًا، ولم ينطق كلمات فردية في سن 16 شهرًا، لم ينطق جملة مكوَّنة من كلمتين في سنِّ عامَين، عدم اكتمال المهارات اللغوية والاجتماعية في مراحلها الطبيعية.

ويشير (سمير بقيون، 2007، 10) إلى أنَّ الطبيب النفسي يُشارك المختص الاجتماعي في حالة البحث الاجتماعي، أو بالمُختص النفسي في حالة عمل الاختبارات النفسية، ويعدُّ الطبيب النفسي في الأقسام النفسية العمود الفقري للفريق المعالج.

المعالج السلوكي المعرفي:

وهم أطباء أو أكاديميون أتموا الدراسة الجامعية والدراسات العُليا، وحصلُوا على الدكتوراه في مجال الصحة النفسية واجتازوا تدريبًا مهنيًّا في العلاج السلوكي المعرفي وهم يقومون بالفحص

وتصميم وتنفيذ برامج العلاج السلوكي المعرفي، ولا يحقُّ لهم وصف واستخدام العقاقير الطبية.

طبيب الأعصاب:

أو طبيب المخ والأعصاب، يتخرَّج من كلية الطب، ولكنه اختار بعد قضاء سنة الامتياز العمل في قسم الأمراض العصبية، ونوعية الأمراض التي استقلَّ بها هذا التخصص؛ فقد كانت في البداية كل ما يُعرف له سبب باثولوجي في الجهاز العصبي، وغالبًا ما كانت أعراضُه تَندرِج تحت أعراض خلل الجهاز الحركي مثل بعض حالات الشلل والخزل، وحالات الصرع وأمراض العضلات والتهاب الأعصاب الطرفية، ويُعتبر تخصُّص الطب النفسي وطبِّ الأعصاب وجهان لعملة واحدة وفصلهما عن بعضهما ربما أضر أكثر ممَّا نفع، وإن كان التوجُّه العِلمي الحديث نحو التخصُّص هو السبب في الفصل، ولكن الخط الفاصل ما يزال بعيدًا (سمير بقيون، 2007، 10 – 12).

المختص النفسي:

له دور أساسي في التقويم فيما يتعلَّق بجميع مجالات التطوُّر وإدارة السلوك، ويتمُّ ذلك من خلال إجراء الاختبارات النفسية، والمراقبة وإجراء مُقابلات مع الآباء من أجل التوصُّل إلى التشخيص المناسب وتحديد مستوى الأداء، كما يقوم بعمل الجلسات العلاجية كالعلاج

السلوكي، والمعرفي، وبالتحليل النفسي ... إلخ.

المختص الاجتماعي:

هو الفرد الحاصل على ماجستير في الخدمة الاجتماعية، وأحيانًا يَكتفي بدرجة البكالوريوس وفي أحوال نادرة يحصل على الدكتوراه مع اهتمامٍ خاصٍّ بمواقف الصحة النفسية، وفي حالاتٍ أخرى قد يحصل على برامج الماجستير والدكتوراه التي يحصل عليها المختصون في الإرشاد النفسي (جمعة سيد 2000، 366).

يتولى المختص الاجتماعي مسئولية مقابلة الوالدَين وجمع تقارير الفحوصات الطبية والنفسية، وتحصل المعلومات عن مراحل تطوير الطفل، وتاريخه الصحي والتعليمي من الوالدَين، ويقوم المُختص الاجتماعي بكتابة تقرير يُوضح من خلاله جميع المعلومات التي تمَّ استنتاجها.

مختص النطق والتخاطب:

هو مختصٌّ نفسي يتخصَّص تخصصًا أدق وهو علاج عيوب النطق واضطرابات القدرة على النطق؛ بحيث يدرس أجزاء من علمِ الصوتيات كما يدرس آلية عملية النطق، وكذلك الجهاز السمعي إضافة إلى بعض أساليب العلاج السلوكي والمعرفي؛ لأنَّ تعليم المحادثة والنطق عبارة عن طرق وأساليب مُختلفة لكل واحدة منها أهداف معيَّنة، ويدخل فيها نشاطات مختلفة، وإن الهدف هو الحصول

على طريقة أو طرق لتساعد كل إنسان في التخاطب والتواصُل مع الغير. ومن ثـمَّ نجد أن هذا المختص يعمل مع أطباء الأنف والأذن والحنجرة ومع الأطباء النفسيين (سميربقيون، 2007، 15 – 16).

مختص العلاج المهني:

يتركـز دور مختـص العـلاج المهني في تقويـم الطفل في نشـاطاته ومهاراتـه اليوميـة التي تتطلَّب كلًّا من المهـارات الحركية الكبيرة أو الدقيقة.

مختص السمعيات والبصريات:

مختص السمعيات يُقدم المعلومات اللازمة لاستبعاد أو تحديد أية مُشـكلات متعلِّقة بمقدرة الطفل على السمع، أما مختص البصريات فيقدم المعلومات اللازمة لاسـتبعاد وتحديد مشكلات متعلقة بقدرة الطفل على الإبصار الجيد.

مختص العلاج الطبيعي:

يتركَّـز دور مختـص العلاج الطبيعـي في تقويم المهـارات الحركية الكبيرة المتمثِّلة في المشي والحبو ووضع الوقوف

معلم التربية الخاصة:

إنَّ للمعلم دورًا مُهمًّا في عملية تقويم الطفل، فبينما يقوم باقي أفراد الفريق بتحديد الإطار العام لمستوى تطور الطفل في جميع المجالات،

يقـوم المعلم بتنمية المهارات الآتية: مهارات الحياة اليومية، المهارات الاجتماعية، المهـارات الحياتية، المهارات الأكاديمية (كوثر عسـلية: 2006، 50 – 52).

الفصل الخامس

عـــلاج التوحُّـــد

أولًا: التدخُّل المبكِّر:

ويعني التدخل المبكر تلك الإجراءات الهادفة المُنتظِمة المُتخصِّصة التي يَكفُلها المجتمع بقصد منع حدوث الإعاقة أو الحد منها، والحيلولة دون تحوُّلها في حالة وجودها إلى عجز دائم، وكذلك تحديد أوجُه القصور في الجوانب نمو الطفل الصغير وتوفير الرعاية الطبية والخدمات التعويضية التي مِن شأنها مُساعدته على النمو والتعلم، علاوةً على تدعيم الكفاية الوظيفية لأسرته، والعمل على تفادي الآثار السلبية والمشكلات التي يُمكن أن تترتَّب على ما يُعانيه الطفل من خلل أو قصور في نموِّه وتعلُّمه وتوافقه، أو التقليل من حدوثها، وحصرها في أضيق نطاق ما أمكن ذلك (عبد المطلب القريطي، 2001، (38.

ويَعرف (فاروق صادق، 1988، (67 مُصطلَح التدخُّل في ضوء أن يقوم المُختص أو المختصون بالتعامل مع مشكلةٍ تعُوق الطفل من تحقيق ذاته أو إمكانياته في التكيُّف مع الزملاء أو الكبار وبحيث يُؤدي هذا التدخل في النهاية إلى اختفاء المشكلة أو التقليل من

آثارها السلبية في حياة الطفل الأسرية والمدرسة، كما أن المختصين يستخدمون كل الإمكانيات المتاحة، والاستراتيجيات والطرق المُناسِبة للتعامل مع مشكلة الطفل.

وتُعرف (إيمان كاشف، 2004، (598 خدمات التدخل المبكر بأنها: "مجموعة من الإجراءات والتدريبات المنظَّمة، التي تُقدَّم للأم والطفل للمُساعَدة لكَي ينمو بصورة طبيعية قدر الإمكان من خلال استثمار قُدرات الطفل الطبيعية، أيضًا سد الخلل الناتج عن وجود الإعاقة؛ وذلك بتدريب الطفل والأم لتنمية مهارات التواصل والتفاعُل فيما بينهما.

ومن الناحية الإجرائية فإن التدخل المبكر يعمل على تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من ذوي الحاجات الخاصة، وإلى تطبيق سياسات وقائية لخفض مُسببات الإعاقة أو العجز، وهذه السياسات قد تكون أولية أو ثانوية.

أهمية التدخل المبكر:

1 – إنه من الواضح أن الخطوات أو الإجراءات المبكِّرة التي تُتخذ للتقليل من التأثيرات الانفعالية والاجتماعية والذهنية للإعاقة تكون أفضل 75)، 1979، Wall).

2 – كما أن طبيعة عمليات نمو الجهاز العصبي تجعل إمكانية اكتساب المهارات أكبرَ ما تكون في سنوات الحياة الأول،

التي تُحدد حاضر المعوقين ومستقبلهم، كذلك فإن الكشف المبكر الأمثل للمعوقين يجب أن يتم خلال الأعوام الأربعة الأولى من حياتهم (لطفي بركات، 1981، 10 – 9).

3 – إن فرص التحسُّن المبكر للمُعوقين تكون أفضل كلَّما كان كشف الإعاقة مبكرًا.

4 – فقد أظهرت نتائج دراسة أَبت وآخرين (Abbott، 2000 et al)، التي أُجريت على عينة بلغ قوامها 43 طفلًا، وبلغت أعمارهم 5 شهور، وتمَّت متابعتهم في 8 شهور، إلى أن البيئة المنزلية الغنية تزيد من النمو الحركي للطفل الرضيع.

5 – على الرغم من التأكيد المُتواتر من المهتمِّين والمتخصِّصين ونتائج الأبحاث الدولية التي تؤكد على أهمية التدخُّل المبكِّر، إلا أن غالبية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لا تصل إليهم الخدمات حتى يَلتحقوا بسنِّ المدرسة الابتدائية (Farag، 1995، 175).

6 – إنَّ الأمل معقود في توفُّر سبل لغربلة الأطفال في مرحلة عمرية مبكِّرة، مما يساهم في خفض الفرص التي تُؤدي إلى القصور البدني الحسي، التي تُؤدي إلى أنماط مختلفة من السلوك اللاسوي (Bland، 1979، 213).

7 – الإخفاق في توفير مُحيط محفِّز في وقتٍ مبكِّر لا يؤدي إلى

استمرار بقاء الوضع الحالي فقط، ولكن إلى توقُّف حقيقي في القُدرات الحسية ونكوص في النمو.

8 – إنَّ الأساس المنطقي لتكلفة التدخل الإرشادي المبكِّر، وفائدته عادةً ما يكون أكثر اقتصادًا من التدخل الإرشادي المتأخر.

9 – كل نُظُم الكائن الحي ذات علاقات متبادَلة بطريقة ديناميكية، لذا فإن الإخفاق في معالجة الجزء المعوق قد تتعدَّى تأثيراته إلى مناطق أخرى للنمو (استيوارت 1993، 26).

10 – تعليم الطفل الاستجابات التلقائية منذ وقتٍ مبكِّر؛ فقد انتهت نتائج دراسة جونز وآخرين (Jones et al.، 2007) إلى تدريب مبكر لأطفال توحُّديين تراوحَت أعمارهم بين 3 – 2 سنوات، ومساعدة الطفل على تعميم استجاباته التلقائية إلى مواقف أخرى.

خدمات التدخل المبكر:

- عمل مسح طبي شامل للطفل بعد ميلاده مباشرة.
- كل الأطفال الذين لم يجتازوا اختبارات المسح هذه، تُقدم لهم قبل سن ثلاثة شهور.

- كل الأطفـال ذوي الإعاقـة يتلقـون خدمـات التدخـل المبكر المتعدِّد الأساليب بما يتناسب مع خلفية الأسرة الثقافية.
- الأطفـال الذين لديهم مؤشِّرات تُشـير إلى خطر حدوث إعاقة مـا يتلقُّـون نوعًا مـن المُراقبـة والإشراف والمتابعـة الطبية لمنع حدوث الإعاقة.
- يجـب تنظيـم خِدمـات التدخُّـل المبكِّـر بطريقة تسـمح بتلبية احتياجـات الأسرة والطفـل بـما في ذلـك اكتسـاب القُـدرة الاتصالية، والبناء النفسي السليم للطفل.

لـلأسرة دور فعال وكبير في تنشـئة الطفل مِن ذوي الاحتياجات الخاصـة بصفة عامـة، والأطفـال التوحُّديين بصفة خاصـة. فرعاية الأسرة وحنان وعطف الوالدَين، يُمثلان الجهد الأسـاسي في فاعلية رعايـة أطفـال التوحُّد، كأسـاس للتدخُّـل المبكر القائـم على علاج الطفل وتعديل سلوكه (كوثر عسلية 172 – 171، 2006).

وتربيـة الطفـل الرضيع في بيئـة منزلية منبه يكـون أفضل، إلا أنه ينبغـي أن نضع في الاعتبار أنه من المُمكن ألا تُزود هذه البيئة الطفل الرضيع بالاسـتثارة المناسبة لنموِّه بطريقة جيدة ولهذا ينبغي تدريب الوالدَين لتسهيل النمو السليم للطفل الرضيع (Cunningham، 1979، 184).

دعم عملية التدخل المبكر، وهي على النحو التالي:

- دعم المؤسسات الرسمية لبرامج التدخُّل المبنية على تدخلات علاجية منزلية، التي تؤكد على التفاعل اللغوي والاجتماعي.
- توفير المؤسسات المختصة برامج العلاج التكامُلي الحسِّي وتعليم الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة من خلال مختصِّين التربية الخاصة ومختص تخاطب وعلاج مهني.
- توفير برامج التخاطُب بالمراكز والعيادات والعلاج المهني.
- توفير أطباء الأطفال المتخصِّصين في العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة، والأطباء النفسيين والمعالجين السلوكيِّين الذين يقدمون خدماتهم في هذا المجال.

إعداد برنامج تربوي وتعليمي وفق حاجات الأطفال المصابين بالتوحُّد من وجهة نظر الآباء والذي يُعد ضرورة من ضرورات التدخل المبكر مع أطفال التوحُّد. (كنموذج برنامج الجسر للتواصل الأسري مع التوحُّدي إعداد مجدي هلال).

الحاجات التدريبية والتعليمية من وجهة نظر آباء التوحُّديِّين:

1. تنمية التحكم في العضلات الكبيرة والدقيقة والمهارات الحركية.
2. التدريب على تناول الطعام بصورة مناسبة.

3. تدريب الطفل السلوك المناسب في المواقف المتعدِّدة.

السعي نحو تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيه مثل الضرب والقفز والبصق.

4. التدريب على استخدام وسيلة تواصُل مُناسبة له مع الآخرين لفظية أو غير لفظية.

5. التدريب على كتابة الكلمات البسيطة (مهارة معرفية).

6. تطوير مهارات الاعتماد على النفس.

7. التدريب على استخدام المرحاض في قضاء حاجته.

8. توفير نشاطات ترفيهية مُمتعة للطفل، والمشاركة في نشاطات اجتماعية مع آخرين.

9. تطوير مهارات مهنية تخدمه مستقبلًا في حياته الاجتماعية.

10. تدريب الطفل على الاستجابة للمؤثرات السمعية والبصرية.

11. تدريب أطفال التوحُّد على المهارات الحياتية، وتدريبهم على الاستقلالية الفردية، ومنحهم حرية أكثر في المجتمع.

ويقترح الآتي:

1. العمل على إلحاق الطفل التوحُّدي بإحدى دور الحضانة التي

يُمكن أن تتقبَّل النصح بشـأن الطريقة التي يُمكن أن تُساعد بها الطفل على التخلص من المشكلة التي يعاني منها.

2. توفير مكتب خدمات يُوفر العلاج ببرامج منزلية مُناسبة.

3. توفير مكتبة للعب بالقُرب من المنزل.

4. إنشاء مجموعة دعم ومُساندة الآباء المصاب أطفالهم بالتوحُّد، أو بأيٍّ من الإعاقات الذهنية الخاصة.

5. توفير عناوين الكتب المفيدة للآباء.

6. إنشـاء بنـك معلومـات وأفـكار يُسـاعد الآبـاء عـلى تطوير المهارات التي تدعم النمو الاجتماعي للطفل التوحُّدي.

فوائد مشاركة الآباء في برامج التدخل المبكر

1. بالنسبة إلى الطفل:

أ. ازدياد فرص النمو والتعلم المتاحة للطفل.

ب. تحسُّن إمكانيات تعديل سلوك الطفل؛ لأن المختصِّين والآباء يُصبحون أكثر ثباتًا في التعامل مع الطفل في المدرسة أو المنزل.

ج. ازدياد احتمالات تعميم الاستجابات التي يتعلَّمها، وكذلك فإن الخدمات المقدمة للطفل تصبح أكثر فائدة وأكثر قدرة على تلبية احتياجاته.

2. بالنسبة إلى الآباء:

أ. اشتراك الآباء في برامج التدخُّل المبكِّر يُساعدهم في اكتساب المهارات اللازمة لتدريب الطفل وتعليمه.

ب. مشاركتهم تجعلهم أكثر تفهمًا لاحتياجات الطفل التوحُّدي، كما تزودهم بالخبرات والمعلومات الضرورية اللازمة.

ج. تُسهل عملية الرعاية والتعامُل مع التوحُّدي وتسهل تطبيق العلاجات اللازمة.

2. بالنسبة إلى المختصين:

أ. مشاركة الآباء في تخطيط وتنفيذ البرامج للطفل تُؤدي إلى

تفاعُل وتفهم أكبر لحاجاته.

ب. مشـاركة الآبـاء توفر للمُختصين تغذيـة راجعة ومعلومات مفيدة تُساعد في تحسين وتطوير البرنامج المقدم للطفل.

ج. مشـاركة الآباء تُوفر بعض الوقت على المختصين مما يُوفر لهم فرصًا أفضل لتدريب الأطفال على المهارات ذات الأولوية.

البرامج المنزلية للطفل التوحُّدي:

هـذا البرنامـج يعمـل بـه التلميذ قبـل دخـول المدرسـة، عندما يكـون عمره من سـنِّ سـنتَين إلى أربع سـنوات، وهو وقـت دخوله إلى الروضـة، والتدريب المنزلي الـذي تقوم به الأسرة وتحت إشراف المتخصِّص، وهو أحد المهام التي يقوم بها المُختص سواء من الأسرة أو شخص آخر من خارج الأسرة، ولكن لا بدَّ للأسرة أن تُساهم في عملية تدريب ابنِها أو ابنتها على كيفية التعامل الاجتماعي والتحدُّث وإدراك المهارات التي يحتاجها.

ومِن هذه المهارات والمعارف:

1. مهارة وضع الكرسي (ضمن مجموعة كراسي) في شكل مُنظَّم مع غيره.

2. مهارة وضع الجلوس الجيد.

3. مهارة الاستماع لدقائق.

4. مهارة الحديث لدقائق.

5. مهارة الحديث مع الآخر.

6. مهارة التعرُّف على حواسه.

7. مهارة التقييم.

8. مهارة خدمة الآخرين.

9. مهارة العناية بالذات.

10. مهارات أخرى.

ثانيًا: العقاقير الطبية والتوحُّديين:

في الحقيقة لا يوجد أدوية كيمائية يُؤدي تناولها إلى شفاء ناجح لحالات التوحُّد، ولكن يوجد أدوية تُخفِّف من حدة بعض الأعراض أو تُساعد في عملية التعليم أو تُقلِّل من النشاط الزائد، أو تخفض من حدة السلوك العدواني أو تهدئ من نوبات الغضب، أو تنظيم ومساعدة ضبط عملية الإخراج وخاصة في سنِّ السابعة أو من السلوكيات النمطية.

ومساعدة الطفل التوحُّدي على ممارسة حياته التعليمية والاجتماعية بشكلٍ سويٍّ إلى حدٍّ ما، مع مُراعاة التباين الفسيولوجي بين الأطفال والإلمام التام بالتأثير الجانبي للدواء ومعلومًا سلفًا أن

جميع الأدوية الكيمائية لا يصفها إلا الطبيب المختص.

أفكار لوضع الدواء:

في كثير من الأحيان يصعُب إعطاء الأطفال التوحُّديين علاجاتهم. إلا أن هناك بعض الأفكار الناجحة التي سبق وجربتها أسر الأطفال ومنها:

- سحق الدواء ووضعه في ملعقة ضمن طعام يفضله الطفل.
- حل الدواء في شيء مِن الماء أو شراب مفضَّل للطفل وإعطاؤه له. وإذا لم يشربه يُمكن وضع السائل في حقنة، وفتح فمِ الطفل وضغط محتويات الحقنة في فمه.
- سؤال الطبيب إن كان الدواء مُتاحًا في شكل سائل، حيث سيكون إعطاؤه للطفل أسهل.

وعند تناول الدواء يجب اتباع ما يلي:

- ما إن يتمَّ اختيار الدواء يجب تطبيق تجربة علاج كاملة بجرعات وفترة مُناسبة بحيث إذا لم تتحسَّن الأعراض المُستهدَفة فلن تكون هناك حاجة للعودة لذلك الدواء مرة أخرى.
- الانتباه للآثار الجانبية وتحذير المرضى إذا كان مُلائمًا.
- حافظ قدر الإمكان على أنظمة علاجية بسيطة لكلٍّ من تحسين المطاوعة وتجنب السمية الإضافية.

- أعـد ضبـط جرعة الـدواء لتحديد أدنـى جُرعة فعَّالـة لمرحلة معيَّنـة من المرض لدى المريض؛ لأن مُتطلبات الجرعة غالبًا ما تتبدَّل على مر الزمن.
- من الحكمة بدء العلاج بجرعاتٍ دنيا من الدواء عند المسـنين، ويجـب أن تكـون الجرعـة عند المسـنين أقـل تواتُـرًا منها عند المرضى الأقل سنًّا.
- متابعة الرعاية تتضمَّـن تقييم جدوى المعالجة. ومُراقبة وتدبير الآثـار الجانبيـة، والتدخـل في الحـوادث الحياتيـة فيـما يتعلـق بالعلاج.
- **تباين الاستجابة للعلاج**

تبايـن أسـباب الإصابة بالتوحُّد يُؤدِّي حتمًا إلى تباين الاسـتجابة للعـلاج، وكذلـك تنـوع الشـذوذ البيولوجـي الذي قد يتسـبَّب في الشذوذ النفسي والسلوكي. لذا يستحيل الجزم بالدواء الذي سيكون أو لا يكون فعالًا لشـخص معين. وحتى الآن لا يوجد دواء اتَّضح أنـه مفيد لكل الأفراد الذين يعانون مـن التوحُّد. وتُوجد الكثير من الأدلة الحديثة على وجود أنواع من الشـذوذ في العمليات الكيميائية الحيويـة للأفـراد التوحُّديِّين. ويتوقَّـع فقـط أن تكون اسـتجاباتهم للأدويـة مختلفة من تلـك الملاحظة لدى النـاس العاديين. ولا تعني حقيقة أن الـدواء يؤثر بطريقة معيَّنة لدى الناس العاديِّين بالضرورة

أن نفس الأثر سيحدث لدى الناس الذين يعانون من التوحُّد.

ونُحذر الآباء أو أفراد الأسرة من استخدام أي من تلك العقاقير بدون موافقة الطبيب المختص، فإنَّ في ذلك خطورة على الفرد المصاب، فضلًا عن إن نجاح أي عقار طبي مع إحدى الحالات لا يعني بالضرورة نجاح تأثيره مع حالة أخرى، كما أن علينا أن نراعي الحذر من إعطاء طفل التوحُّد أدوية كثيرة أو بكميات كبيرة، فقد تكون في ذلك خطورة عليه، كما أن استخدام أكثر من عقار طبي في وقتٍ واحد قد يجعل من الصعب تقييم فوائد فاعليته في علاج كيمياء الجسم أو سد احتياجاته الحيوية. وعمومًا فإنه حتى عند اكتشاف فاعلية أي دواء يستخدم ويُحقق الفائدة المرجوة من ورائه، علينا استخدام أقل جرعة مُمكنة، فالزيادة عن الحد المؤثر قد تُصبح ذات تأثير عكسي ضار.

ثالثًا: العلاج بالدمج الحسي:

العلاج بالتكامُل الحسي هو علاج حسي حركي للأطفال المصابين بالتوحُّد، والذي يتم التأكيد فيه على العلاقة بين الخبرات الحسية والأداء السلوكي الحركي، والتدخُّل واستراتيجيات التدخل. ويكون الهدف من خلال الدمج الحسِّي تحسين النظام العصبي لتنظيم ودمج وتكامل المعلومات من البيئة التي تُزود باستجابات تكيُّفية وتُعلم على نحو جيد.

وقد أظهرت نتائج الدراسات تحسنًا في الدمج الحسي.

وتشمل الأدوات اللازمة للعلاج من خلال الدمج الحسي ما يلي (على سبيل المثال وليس الحصر):

- أرجوحات، زلاجات، فراش ووسائد، أنفاق مصنوعة من مواد بلاستيكية.
- صلصال، ومواد لنشاطات حركية دقيقة.
- دُمى حسية ككرات من القماش، وأنابيب مصنوعة من البلاستيك من نوع قابل للطيِّ وللمط.
- أحواض مليئة بكرات مصنوعة من البلاستيك وفرش وأدوات أخرى للمساج.

أما أساليب المعالج فتشمَل:

- الضغط الشديد، التدليك (المساج)، التدليك بأنواع معيَّنة من الفراش بطريقة دائرية على الجسم، تحريك أشياء ثقيلة، شد الحبل بقوة، التأرجُح على أرجوحة، الدحرجة على كرة كبيرة.
- القفز، لفُّ الطفل ببطانية بإحكام أو ووضعه بين مخدتَين مع الضغط على جسمه.

وتشمل الأنشطة المُعتمَدة في هذه المعالجة التأرجُح في أرجوحة شبكية، والدوران على النفس في مقعد دوَّار، ولمس مختلف أجزاء

الجسم بالفُرشاة، وممارسة الأنشطة القائمة على التوازن، ويُفترض بهذه الأنشطة أن تُصحح الخلل العصبي الذي يُسبِّب المشاكل الإدراكية الحسية الحركية التي نراها عند العديد من الأشخاص المتوحِّدين، وليست المعالجة بالتكامل الحسِّي مُصمَّمة لتعليم الطفل أنشطة جسدية أو حركية جديدة، ولكن لتصحيح الخلل الحسِّي الحركي الأساسي الذي يُسبِّب الاضطراب من أجل زيادة قُدرة الشخص على تعلم أنشطة جديدة.

وتتضمَّن المعالجة بالدمج الحسي ما يلي:

العلاج بالفنون والقرآن:

والمعالجة بالفنون والقرآن هي عبارة عن تعامُل مع التوحُّدي بهدف علاجي وهو حلُّ مشكلاته، والتغلُّب على الاضطرابات، وعلاج الأمراض النفسية والوصول إلى حالة التوافق والصحة النفسية، ويقوم العلاج بالفنون والقرآن على أساس أنها علم وفنٌّ وعلاج، وأنها تُؤثر في الحالة النفسية، والجسمية، وأنها لغة عالَمية شائعة ذات إمكانيات تعبيرية واسعة بعناصرها (اللحن والإيقاع واللون والحركة)، وأنها تُؤثِّر في السلوك بوجهٍ عام، ولها أثر فسيولوجي، وأثر انفعالي، وأثر اجتماعي عقلي، وأثر تربوي.

وتُعتبر الموسيقى وكذلك القرآن هما الفن الذي يُمكن أن يحسَّه ويشعر به الأطفال التوحُّديون؛ لأنهما تتضمَّنان في حدِّ ذاتهما عاملًا

طبيعيًّا صرفًا أشبه بالتيار الكهربي من شأنه أن يُؤثر على الأعصاب، بغضِّ النظر عن مستوى النمو ونسبة الذكاء وهو الأمر الذي يجعل التوحُّديِّين أو المُتخلفين عقليًّا يُقبِلون على الموسيقى وسماع القرآن أكثر من أي أنشطة أخرى، فضلًا عن أن الطفل التوحُّدي يميل إلى النغم (موسيقى أو تلاوة) وينجذب إليها.

وتُشير كثير من دراسات العلاج بالنغم الموسيقي إلى أن هذا العلاج يكون باستخدام مخطط لإنجاز أهداف علاجية مع الأطفال والراشدين الذين لدَيهم احتياجات خاصة بسبب المشكلات الذهنية والبدنية والانفعالية.

إنه كذلك "هدف موجه ومخطط، وعملية تفاعل وتدخل، وتُبنى على تقويم احتياجات محدَّدة للعميل، وتُحدِّد قوَّته وضعفه وتستخدم الخبرات الموسيقية على وجه الخصوص في تدريب الفرد لإحداث تغييرات إيجابية في مهاراته وأفكاره ومشاعِره وسلوكياته.

إنَّ استخدام الفن والنغم الموسيقى مُفيد جدًّا في تحسين التكامُل الحسِّي؛ لأنهما يستطيعان توفير تنبيهٍ لمسيٍّ وبصري وسمعي في مُحيط مضبوط. ويُمكن استخدام المعالجة بالفنِّ لتعزيز التناسُق بين اليد والعين من خلال الرسم بالقلم وبالألوان.

ويُمكنها زيادة التنبيه اللَّمسي عندما يستخدم الطين أو الشمع لصنع الأشكال.

إنَّ إبداع الطفل التوحُّدي للأعمال الفنية، وتفسير الأعمال الفنية التي أبدعها، يُزوِّدان هذا الطفل بطريقة رمزية غير كلامية للتعبير عن النفس. ويُساعد أيضًا الاستماع للموسيقى وسماع تلاوة القرآن في تطوير النطق وفهم الكلام. كما يُساعد تعلُّم العزف على آلة مُعيَّنةٍ الطفلَ على فترة التركيز وزيادة تركيزه.

تنقية أو فلترة الإثارة البصرية:

أشارت دونا ويليام Donna Williams إلى الخبرات البصرية بأنها مُضطربة، وأشارت إلى أن ارتداء نظارات مُظلِّلة منعت الضوء الساطع، وهذا ساعدها على التركيز على المعلومات المفيدة، وضبط هدفها نحو المعرفة، ومُعظم الآباء يجدون أن المشكلات البصرية للأطفال التوحُّديين يُمكن ضبطها من خلال تبسيط البيئة وإزالة الاختلافات المؤلمة وإثارة مُلفتة للنظر.

عدسة إيرلين:

هذه العدسة طوَّرتها "هيلين إيرلين" لتُساعد الأشخاص الذين يُعانون من مُشكلات في الإدراك البصري، وتَعتمِد على افتراض أن بعض الأشخاص لا يُفسِّرون المعلومات البصرية تفسيرًا صحيحًا، وفيها يلبس الفرد نظارة ذات درجات لونية خفيفة، وفي

الأخرى تُوضع شفافات ملوَّنة على صفحات الكتب لخَفضِ الوهَج الذي قد يكون مُبهرًا لبصر الأشخاص الذين لدَيهم قصور

في هذا الجانب. ويتمُّ تحديد احتياجات الفرد وتحديد اللون المناسب للعدسات أو الشفافات لكل شخص خلال جلسة اختبار أو جلستين. ويتم لبس هذه النظارة طيلة اليوم وطيلة حياتهم.

الدمج اللمسي:

بالإضافة إلى استخدام الاستراتيجيات البصرية التي تجذب انتباه الطفل، وكذلك تُساعده على زيادة مدة التواصُل البصري مع الأشياء للمجال اللمسي. وفي هذا الصدد يُمكن أن نتعامل مع المشكلات في الجانب اللمسي من خلال ما يلي:

- اللعب في الماء.
- اللعب في الرمال والطين.
- تحسُّس الأوجه الناعمة والخَشِنة.

طريقة دومان –ديلاكاتو:

طوَّر دومان وديلاكاتو طريقة دومان ديلاكاتو في عام 1956 لعلاج الأشخاص الذين يُعانون تلفًا دماغيًّا، بما في ذلك التوحُّد. وتهدف إلى إعادة تدريب وتنشيط الأجزاء المتضرِّرة من الدماغ. وتستند هذه الطريقة على افتراض أن الأطفال الذين لديهم تلف دماغي يمرُّون عبر مراحل تطوُّر عصبي تتَّسم بالقصور. وبتعبيرٍ آخر لا يُتقن هؤلاء الأطفال جميع المهارات التي يُطوِّرها الأطفال

العاديُّون في أيَّة مرحلة من مراحل التطور.

العلاج بالاحتضان:

المعالجة بالاحتضان هي إحدى المعالجات الحسِّية، وقد بدأت مارثا ويلش Martha Welch الدكتورة النفسية المُختصة بالأطفال، استخدام المعالجة بالاحتِضان كطريقة للعمل مع الأطفال التوحُّديين. وفي أواخر سبعينات القرن العشرين، اكتسبت المعالجة بالاحتضان شعبية واسعة. وتستند هذه الطريقة على افتراض أن العلاقة بين الطفل التوحُّدي ووالدَيه لم تتأسَّس بما فيه الكفاية. ويفترض أيضًا أن بعض الصدمات المبكرة كالميلاد المتعسِّر أو المرض قد تجعل الطفل مُنعزلًا عن والدَيه، وفي هذه الطريقة العلاجية تُحاول الأم أو الأب أو غيرهما مُعالجة مثل هذه المشكلات، والاتصال بالطفل من خلال حضنه لفترة زمنية، وبمُمارسة لعبٍ طفولي معه. يجلس الطفل وجهًا لوجه مع الشخص البالغ، ويتمُّ ضمُّه لا سيما عندما يكون الطفل في حالة صراخ أو بكاء أو عندما يبدي شكلًا آخر من أشكال التوتر، ومن خلال الإمساك بالطفل لا يُتاح له أن يتجنَّب أمه؛ أي إنه يُجبر بهذه الطريقة على التفاعل ويدعى بعض المعالجين نجاحًا عظيمًا لعلاج "الإمساك بالطفل" أو حمله، الذي يَعني الالتصاق بالطفل في عناقٍ محبَّةٍ حتى يسترخي ويستجيب بابتسامة أو بالتصاقه بالمُعلم. ولكن هذا قد يحتاج إلى ساعات عديدة، وقد يكون مُنهكًا عاطفيًّا وجسديًّا، ويجب أن يكون الإمساك بالطفل قويًّا ومحبًّا

في الوقت نفسه، ولو حاول الطفل جاهدًا الإفلات منه ومن الأفضل أن تُحاول الأم هذه الطريقة أولًا، وإذا لم تَستطِع الأم أن تفعل ذلك، أو أنها لم ترغَب في ذلك، فبإمكان المعلم أن يُحاول. ويجب على مَن يُبادر بهذه الطريقة أن يكون قادرًا على مُواصلة العمل مع الطفل ما دام الأمر ضروريًّا لو ربما لسنوات؛ لأن الطفل قد يتأذَّى من افتقاد شخص تعلم أن يقيم معه ارتباطًا حميمًا.

آلة الحضن:

آلة الحضن أو كما تُسمى آلة العصر Squeeze Machine طوَّرتها في الأساس الدكتورة/ تمبل جيراندن Temple Grandin التي هي في الأساس شخص مُتوحِّد منذ طفولتها المبكِّرة الأولى، وتمنح هذه الآلة الميكانيكية الطفل التوحُّدي الفرصة لتنظيم الإثارات الضاغطة عليه، والشعور بضمِّ شتاته معًا وإحساسه بنفسه أكثر (محمد زياد، 2001، 99).

كان الهدف مِن ابتكار آلة الحضن كما تُفيد مُبتكرتها جراندن هي الشعور بأنها مُستقرة متصالحة مع نفسها مضمومة معًا نتيجة الضغط العميق لجِسمها والتخلُّص من الاضطراب والهيجان اللذَين خَبِرَتْهما خلال شبابها ولا تزال. وتبدو آلة الحضن على شكل حرف V بالإنجليزية، ومصنوعة من لوحَين من الخشب المبطَّن بمادة مُناسبة، يستلقي الطفل التوحُّدي داخل اللوحَين ثم يُحرك

رافعـة أمامه لتحريك اللوحَين معًا؛ حيث يـؤدي اقتراب اللوحين إلى ضغـط متـوازن على طرفَي جسـم الطفل. يتحكَّـم الطفل بدرجة الضغط (متوسـطة أو عميقة قوية) ومدَّتـه طويلة أو قصيرة؛ وذلك حسب حاجته النفسية الاضطرابية.

رابعًا: علاج الاضطرابات السلوكية:

يتمُّ تعديل السلوك من خلال الطرق التالية:

طريقـة المُتنافـرات: وهـي بتوضيحِ الفـرق بين السـلوك وضده للطفل، وبين السـلوك الحسـن والسـلوك السـيئ، ولكـن يُعارض العديد من الناس أسلوب المتنافِرات.

طريقـة تصحيـح كيميـاء الجسـم؛ وذلـك باسـتعمال المُكمِّلات الغذائية، أو بإزالة السـموم الجسَدية الناتجة عن العناصر السامة مثل الزئبق، وهذه الطريقة هي بديل قيدِ الاستعمال.

أو باستخدام فنيات تعديل السلوك في إطار الإشراط الكلاسيكي أو الإشراط الإجرائـي، أو في ضـوء فنيـات التعلُّـم الاجتماعـي أو المعرفي.

علاج بعض الاضطرابات السلوكية لدى التوحُّديين

علاج إيذاء الذات والسلوك العُدواني:

أفضـل وسـيلة لعلاج حالـة إيذاء الـذات هو معرفة سـبب قلق الطفـل واضطرابه، وإشـغال أغلـب يومه باللعـب، ويتطلَّب الأمر الكثير من الصبر والملاحظة، وقد يكون السـبب بسيطًا يُمكن حله، ومن المهم عدم إعطاء الطفل أي اهتمام أو مديح وقتَ النوبة، ولكن إظهارها بعد النوبة.

والسـلوكيات العدوانية وسـلوكيات إيذاء الذات لدى الأطفال التوحُّديـين يُمكن خفضها كثـيرًا إذا تعلَّموا طرقًا إيجابية تُمكنهم من التعبـير عن احتياجاتهم، وتدلُّ الأبحاث على أن نسـبة الأشـخاص التوحُّديين الذين يؤذُون أنفسـهم من خلال خبط رؤوسهم، وعضِّ أيديهم، ومـا إلى ذلك انخفضَت في العشرين سـنة الآخرين؛ وذلك نتيجةً لما طرأ على طرق التدخل في التوحُّد من تطورات إيجابية.

ويجب ألا يُفاجأ ببعض السلوكيات غير المُعتاد عليها، فعلى سبيل المثال يجب أن نُوضح له ونخبره بما سوف يحدث من تغيير، ونُكرر له ذلك أكثر من مرة، حتى لا يفاجأ بالتغيير في البيئة المحيطة به، فدائمًا ما يُفضل الطفل التوحُّدي أن تكون البيئة منظَّمة ومألوفة لديه.

علاج المشكلات الغذائية والهضمية:

في إطار المشكلات الغذائية تُؤكد نتائج دراسة وليامز وآخرين (Williams et al.، 2004) على انتشار اضطرابات الأكل لدى الأطفال التوحُّديين.

لقد أصبح الغذاء موضعَ بحثٍ رئيسي عند مواجهة الطفل لمشاكل النمو والصحة العامة بما فيها مواجهته لاضطراب التوحُّد. وتتوفَّر حقائق مُهمَّة يُمكن طرحها على النحو التالي:

1. إن الفقر الغذائي في العادات والمحتوى يُؤدي إلى ضعف في الصحة العامة للفرد؛ ومن ثمَّ يُؤدي إلى مشاكل في الإدراك، والكلام، والسلوك، والاتصال، والتعلم والتحصيل.

2. إنَّ الطفل التوحُّدي عند العناية الغذائية المدروسة من حيث المحتوى والعادة يعيش تحسنًا في أنظمته الحسية والإدراكية والجسمية الأخرى. الأمر الذي يُخفف لدرجة واضحة من اضطراباته النفسية والسلوكية بالتوحُّد ولكنها (أي العناية الغذائية) لا تُلغيها تمامًا لديه؛ لكون السبب الرئيسي المكتشَف للتوحُّد حتى الآن هو عصبي مُرتبط بالنظام الطرفي Limbic System في الدماغ الإنساني.

وقد أعطيت المشكلات الغذائية أهميةً لاحتمالية أن تكون سببًا في التوحُّد.

والأطفـال التوحُّديـون غالبًا ما تكـون لديهم مُنفِّـرات قوية من الطعـام أو حبًّـا وتفضيلًا لبعض الأطعمة. وربـما يُطوِّرون اضطرابًا في عملية الهضم.

هنالـك مُـؤشِّرات عـلى أن الحامـض الأمينـي تريبتوفـان Tryptophan في الغـذاء لديـه تأثـيرات عـلى كل مـن التمثيـل الغذائـي Metabolism المهمَّـة لسـيرتونين الناقـلات العصبيـة Neurotransmitter Serotonin وعلى السلوك، لقد أشارت أدلَّـة إلى إن الأطفال التوحُّديِّين لديهم صعوبات في التمثيل الغذائي لكاسـين Casehn بروتين حليب البقر وجلوتين Gluten النشا؛ حيـث يُحـدث تأثيرًا تحذيريًّـا على التوصيـل العصَبـي، ووجود هذا التأثير التحذيري بدرجات كبيرة في الجهاز العصبي يحُدث اضطرابًا في أنظمته، وينتج عن ذلك اضطراب في الجوانب المعرفية والانفعالية ونظام المناعة، والقناة الهضمية. وهذا يمكن أن يكون سببًا للتوحُّد، واعتـمادًا على ذلك فإن الدراسـات تُشـير إلى أهميـة التزويد بفيتامين ب6B6 في الغذاء، وهذا يُمكن أن يُساعد في بعض الحالات.

وفي هـذا الصـدد أظهـرت نتائج الدراسـات بعض التحسُّـن في الأطفـال التوحُّديـين من خلال اسـتخدام المكمِّـل الغذائي فيتامين B6، وحامـض الفوليـك، وفيتامين (C) والماغنسـيوم، وبرَز هذا التحسـن على نحو فعَّال في التفاعل الاجتماعي، والتواصُل، والأداء الذهني في الأطفال بطَيف التوحُّد.

يوجد ثلاثة من العلاجات تكون أكثر تكرارًا هي:

تحليل السلوك التطبيقي، والدمج الحسي، ودمجهم مع فيتامين B6 والماغنسيوم (B6 – MG) والعلاج بفيتامين الماغنسيوم يكون مبنيًّا على العلاج المطوَّر، الذي يقترح أن كل فرد محكوم جينيًّا بحاجته إلى التركيزات المُتعدِّدة من الفيتامينات والمعادن.

كما يُشير هذا الاتجاه إلى احتمال أن يكون للتطعيمات التي تُعطى للأطفال دورٌ في حدوث اضطراب التوحُّد بين حدوث تغيرات على أطفالهم بعد التطعيم بأيام، وأحيانًا بساعات محددة. ويقترح المؤيدون لهذا الاتجاه العلاجي برنامجًا غذائيًّا خاصًّا بأطفال التوحُّد يكون خاليًا من الجلوتين والكازين، بعد فحوصات مُختبرية للبول لمعرفة مستوى الببتايد المخدِّر؛ حيث إنَّ الحمية الغذائية المناسبة، تُساعد كثيرًا من أطفال التوحُّد، على تحسُّن بعض المظاهر السلوكية لديهم، مما يجعلهم أكثر قابلية للتعليم والتدريب،

وهذه حالة طفل يبلغ من العمر 4 سنوات وما زال يأكل بأصابعه، ويشرب حليبًا أو أطعمة الأطفال المذابة بالرضاعة. ورغم أنه قد اتُّخذت معه خطوات دقيقة لتعليمِه استخدام الملعقة والشوكة في أكل الأطعمة الجافة، إلا أنه ما زال رافضًا التخلي عن الرضاعة، ورفض تمامًا الشرب بوعاء آخر، ومرةً أخرى اتبعت معه طريقة التغير التدريجي، وفي هذه المرة استُخدمت معدات أخرى

للتغيـير؛ حيـث تم اسـتبدال الرضاعة بأخرى أصغر بفتحة واسـعة وحلمة واسـعة. وتم استبدالها بكأسٍ بلاسـتيكي بصنبور (أنبوب) شـبيه بحلمـه الرضاعـة، وتدريجيًّا تم إجـراء فتحة في أعـلى صنبور الكأس، ثم ثقب كبير واسـع. وأخيرًا تمَّـت إزالة أعلى الكأس وعند تقبُّله لذلك استبدل الكأس بإبريق بلاستيكي للتسهيل.

وعـلى الأم تعليـم الطفـل كيفية اسـتعمال الملعقـة في الأكل فنبدأ في كيفية مسـك الملعقة ، فإذا كانت يـد طفلك صغيرة عليك اختيار ملعقـة صغـيرة له تُناسـب يـده، وعليك تـرك طفلك يُغذي نفسـه بنفسـه، ولا شـكَّ أن بعـض الأطعمـة سـهلة الأكل، مثـل الزبادي واللحـوم والخضـار والأرز، صعبة على الطفل، ولذلك سـوف يمر الطفل بثلاث مراحل تعليمية عن كيفية الأكل:

الخطـوة الأولى: قولي لـه: خذ الملعقة بالإشـارة أو غيرها، عندئذ ضعي يدك فوق يده ثم ارفعي يدك واجعليه مُمسكًا بها، واعملي معه عملية تعزيز وهي المدح له.

الخطـوة الثانيـة: بعد المدح والإطـراء مثل كلمة ممتـاز خذي يده وهو مُمسـك بالمعلقة وبهـا الأكل إلى فمه وبالطبع سـوف يفتح فمه، وبما أنه جائع فسـيدرك اسـتعمال الملعقة بصورة كافية، ولكن عليك المدح لكل خطوة يقوم بها طفلك.

الخطوة الثالثة: طالما أن الملعقة في فم طفلك اتركيه ليخرج الملعقة

بنفسه، لكن بعض الأطفال يترك الملعقة في فمه، في هذه الحالة قولي له: اخرج الملعقة من فمك، وعندما يخرج الملعقة مِن فمه امدحيه على هذا العمل.

علاج اضطرابات الإخراج

ظهر مُؤخرًا استخدام "جرس والوسادة" كوسيلة معروفة في مصطلحات من الإشراط السلوكي

ويستخدم جهاز (الجرس والوسادة) كعلاج للتبوُّل، ويتكوَّن من جزءين؛ جرس كهربائي، ومرتبة كهربائية (تتكون من طبقة قطنية رقيقة تتوسَّط وتفصل بين شبكة سلكية مُزدوَجة أعلى وأسفل الطبقة القطنية وتوصل الشبكتين بسلكين كهربائيَّين "موجب وسالب" متصلين بالجرس الكهربائي)، وينام الطفل على المرتبة الكهربائية التي تُوضع على سريره في حجرة نومه ويُشغل الجهاز. وعندما يتبوَّل الطفل أثناء الليل تتمُّ الدائرة الكهربائية عن طريق الطبقة القطنية الوُسطى المبتلَّة. فيدقُّ الجرس الكهربائي ويُوقظ الطفل، وعلى الطفل أن يقوم من نومِه ويقفل الجهاز، ثم يتوجَّه إلى دورة المياه ويتبوَّل، ثم يُغير المرتبة المبتلَّة، ويتم تشغيل الجهاز مرةً أخرى.

واستخدام هذا الجهاز يُحقق:

1. تدريبات مكثَّفة لاستخدام التواليت ليلًا.

2. زيادة الفرص التعليمية من خلال زيادة كميات شرب الماء.

3. لاستخدام المتزايد للتعزيزات الإيجابية.

4. التنبيه الحسِّي لعلاج التبوُّل وعلاج التبول الليلي باستخدام فنيات الإشراط الكلاسيكي.

ويُمكن استخدام أساليب العقاب مثل التصحيح الزائد والتوبيخ في مُقابل التلقين والإخفاء بتدريب الطفل التوحُّدي على ضبط التبول اللاإرادي؛ من خلال تطبيق الفنيات السلوكية الإجرائية.

مهام إضافية لتعليم الطفل مهارة استعمال الحمام:

1. لا بدَّ مِن إيجاد بعض الخدمات الإضافية عند استعمال الطفل للحمَّام، وهي ضرورية مثل: ورق الحمَّام (المناديل) أو شطاف ماء من أجل تنظيفِ نفسه بعد التخلُّص من البول أو غيره، وللحُصول على المناديل يجب أن يتعلَّم كيفية الحصول على الورق من اللفافة.

2. يجب مدح الطفل عندما يتمكن من الحصول على المناديل من اللفافة.

3. يجب مُساعدته على سحب المناديل من اللفافة بطريقة صحيحة، ويجب مدحه على ذلك ومساعدته في ذلك حتى يتقن العملية.

4. عندما يقوم بعملية تنظيف نفسه أو التنشيف يجب مدحه.

5. عندما يستعمل المناديل ويُنشف نفسه يجب تعليمه رمي هذه المناديل المستعملة في سلة المهملات عند الانتهاء.

ويمكن إتباع الخطوات التالية في العلاج:

- عمل جدول به عدد المرات التي يتخلص فيها الطفل من الفضلات، ولمدة أسبوع على الأقل، ثم أخذه إلى الحمَّام كل 20 دقيقة، مع التأكُّد من أنه قد تخلَّص من الفضلات أم لا، ثم يتمُّ تدوين ذلك.
- خلال فترة الملاحظة بتقييم الأمور التالية: مهارات ارتداء وخلع الملابس، والمخاوف المُختلفة، والأمور التي يهتم بها الطفل، ومدى درجة الانتباه لها.
- يتمُّ تحديد الأهداف المطلوبة؛ مثل: الذهاب إلى الحمَّام، والجلوس على مقعد الحمَّام لفترة كافية للتخلُّص من الفضلات، والتعامل مع الملابس بشكلٍ مُناسب، والتعرف على الانتهاء من عملية الإخراج أو التغلُّب على خوفٍ مُعين.
- إنشاء روتين الذهاب إلى الحمَّام، البدء عند المستوى الحالي للطفل، ووجود مكافآت.
- الاستمرار في تدوين الجدول.

علاج اضطرابات النوم:

علاج مُشكلات النوم بالميلاتونين الفمي.

لـدى العديد من الأفـراد التوحُّديين مشـكلات في النوم، ومادة ميلاتونـين المنتجة من خـلال الغدة الصنوبريـة في الدماغ لدَيها دور فعال في تنظيم دائرة النوم – الاسـتيقاظ. وإذا كان هناك إنتاجٌ شـاذٌّ لهـذه المـادة أدى ذلك إلى اضطرابـات التقلبـات اليوميـة العادية أو خفضٍ في وقتِ الليل لمستويات مادة الميلاتونين.

نموذج علاج طفل:

طفل توحُّدي بلغ عمره (5) سنوات كان يُصرُّ على أن تنام معه أمه باستمرار؛ فقد استخدم إجراءات الإخفاء التدريجي، وخلال الستة الأشـهر الأولى قبل تدخُّلها لحل المشـكلة كانت تنـام معه في سريره كل ليلـة، وكان وجودها معـه يجعله مرتاحًا عندما يصحو من نومه، وبـدأ العلاج التدريجي لهذه الحالة بانسـحاب الأم تدريجيًّا من غرفة نـوم طفلها، ثـم وضْع مرتبة قابلـة للنفخ بجوار سريـر الطفل حتى تسـتطيع الأم القيـام باحتضانه بمُجرد اسـتيقاظه كالعادة، وتدريجيًّا بـدأت تزيح المرتبة بوصـة ثم بوصة أخرى؛ حيث تسـتطيع الأم أن تتحـدَّث معه وتلمسـه عندما يسـتيقظ، لكن لا تسـتطيع أن تحتضنه بسـهولة، وتدريجيًّا بدأت الأم تُبعد المرتبة عن سريره في اتجاه الباب. والذهاب إلى سريرها، وأظهرت المتابعة بعد مرور ثلاثة شهور عدد

المرات التي يَستيقِظ فيها الطفل ليلًا فكانت قليلة للغاية وتراوَحَت ما بين 3 – 4 مرات أسبوعيًّا.

علاج السلوكيات النمطية:

فضل أنواع العلاجات المستخدمة مع السلوكيات النمطية تكون التعزيز التفاضُلي للسلوكيات الأخرى، والتعزيز التفاضلي للسلوك النقيض (DRO /DRI) ودمجهما مع أسلوب الإقصاء –Time out

كما يُفيد العلاج بالتدليك أو المساج لمدة شهر، ومرتَين أسبوعيًّا، وتبلغ مدة الجلسة الواحدة 20 دقيقة، في خفض حدَّة السلوكيات النمطية لدى الطفل التوحُّدي، وعلاج القصور في العلاقات الاجتماعية لذا يطلب من الآباء القيام بتدليك أطفالهم لمدة 15 دقيقة قبل النوم في كل ليلة لمدة شهر واحد.

فعندما يقوم الطفل بوضع عملات معدنية في صفوف بكل مكان في البيت فإن هذا يستلزم القيام بالخطوات التالية:

في البداية يقوم والده بحصر المساحة التي يُمكنه أن يمارس نشاطه فيها؛ ومن ثم سمحًا له بعمل صفوف العملات في جميع الغرف ما عدا غُرفة واحدة، وكان هذا المكان المعين الذي يختاره هو الحمام لأنه كان يحب الاستحمام كثيرًا، ولم يكن يسمح له بالاستحمام

كثيرًا إذا كانت هنالك صفوف عملات في الحمام، ثم بدأ والداه في تقييد سلوكه تدريجيًّا، وكان إذا سمح له بالجلوس على سرير والدَيه في الصباح لا يسمح له بوضع عملات، وإذا أراد أن يتناوَل طعامًا مُفضلًا لديه يجب ألا تكون هناك عملات في المطبخ، وكذلك لا يُسمح له بمشاهدة التلفاز إذا كانت هناك عملات في غرفة المعيشة، وبهذه الطريقة التدريجية تمَّ الحد من حريته في وضع العملات المعدنية حتى انحصر المكان المسموح به فقط في ممرِّ الصالة والسلالم وفي غرفته الخاصة، وحيث إنه يستمتع بمصاحبة والدَيه فإنَّ الوقت الذي كان يقضيه منفردًا كان قصيرًا ويكون العلاج من خلال تنظيم البيئة المحيطة فمثلًا خلال اليوم الدراسي يجب أن يكون الطفل التوحُّدي على علمٍ بما سيفعله اليوم، أي تسلسل الأحداث خلال اليوم. وكذلك تسلسل الأحداث خلال الأسبوع، وكيفية البدء بالنشاط، والمشكلة التي تُسبب ضيقًا وتوترًا للطفل التوحُّدي هي فترة الانتقال من نشاط إلى آخر، ولهذا يجب أن يكون على علم بما سينتقل إليه مِن نشاط ومدته، وما يتعلَّق به من أشياء أو أشخاص، والمكان الذي سيُمارس فيه النشاط، مثال: عندما يُريد أحد أولياء أمور الأطفال التوحُّديين الذهاب إلى الطبيب فيجب عليهم أن يُخبروه باسم الطبيب، وفائدته لنا، ومن المُمكن أن يعرض على الطفل صورة المستشفى وفائدتها.

خامسًا: علاج قصور المهارات الاجتماعية:

يفشل الطفل التوحُّدي في بناء روابط اجتماعية مع الآخرين؛ ومن ثم ينبغي أن تصبَّ الجهود العلاجية في اتجاه بناء هذه العلاقات بين الأطفال ووالديهم.

تعريف المهارات الاجتماعية:

هي الاستجابات التي تتمُّ في سياق موقف وتزيد احتمالية الأداء والاستمرارية، أو قُدرة الطفل على المبادأة بالتفاعُل مع الآخرين، والتعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية إزاءهم، وضبط انفعالاته في مواقف التفاعل الاجتماعي.

المهارات الاجتماعية هي مُكونات السلوك التي تكون ضرورية للفرد لكي يتمكَّن من الأداء الناجح في تفاعله مع الآخرين، بطريقة أو بنسق لا يؤذي ولا يُسبِّب الأذى النفسي أو الجسمي للآخرين

وتُمكن الفرد من التوافق أو الاستجابة للمنبهات البيئية المعقدة.

وقد تُؤدي العلاقات الاجتماعية المتدنية إلى التعرض للاضطرابات والقصور في المهارات الاجتماعية اللفظية الوظيفية.

التدريب على المهارات الاجتماعية:

قبل أن يبدأ التدريب على المهارات الاجتماعية، فمِن الواجب تحديد وترتيب المهارات الواجب اكتسابها وَفق الآتي:

1. المستوى النمائي للطفل.
2. بعض السلوكيات من السهل تعلُّمها والمحافظة عليها في مرحلة نمائية أكثر من الأخرى.
3. بعض السلوكيات تحتاج إلى تعليم ربما يُطوِّرها الآخرون طبيعيًّا.

مناخ التدريب على المهارات الاجتماعية:

فهذه بعض دلائل ونماذج تدعم فعالية التدريب:

1. **البيئات الطبيعية:** إنَّ توفير بيئة طبيعية يضمن فعالية أعلى لإكساب المهارات فأفضل طرق إكساب مهارة وعلاج أي سلوك أن يكون في بيئة السلوك حيث يَظهر فيها أقران ومثيرات.
2. **الدمج الاجتماعي:** التدرب خلال البيئات الدمجية يزيد من النجاح الذي يُمكن أن يُحقِّقه الأطفال اكتساب التفاعل الاجتماعي المناسب. حيث معايشة فرص قريبة من نماذج الأقران. وفي هذه البيئة يتعلم أن يحصل على انتباه الأصدقاء من خلال النقر على كتفَيه، وأن يُناديَه باسمه وأن يدعوه للعب معه أو أن يُزوده بأفكار عن اللعبة أو أن يُقدم له المساعدة أو يسأله أو يشجعه على إبداء تعليقات.

3. **تشجيع أخوة الطفل للتفاعُل معه اجتماعيًّا:** فتفاعل الإخوة والتدرُّب على المبادأة الاجتماعية يزيد فرص اكتساب المهارات.

4. **أفكار للعبة "تمثيل الأدوار" والتدريب على المجاملة:** عادةً ما لا يتمكن الأشخاص التوحُّديون من قول الكذب، وبالطبع تُصبح صراحتهم وصدقهم مصدرًا شائعًا للصعوبات الاجتماعية التي يُواجهونها؛ حيث إنه ليس لديهم الدافع الفِطري الذي يجعلهم يُحجمون عن قول الحقيقة كاملة، لذلك تَصدُر العديد من المواقف الفكاهية نتيجةً للتعليقات المُحرجة والمضحكة التي تصدر عن هؤلاء التوحُّديِّين، على سبيل المثال، قد لا يسعد المُعلم بعد انتهاء يومه الشاق مِن العمل بتعليق أحد الطلبة التوحُّديِّين على مظهره بقول: "إن مظهرك لا يُطاق".

5. يجب أن يحدث تدخل من المدرِّب أو المعلم مع الطفل التوحُّدي حتى يتعلَّم كيفية ابتداء اللعب والانضمام إلى أقرانه من نفس عمره؛ حيث من الممكن أن يتعلم مزيدًا من المهارات الاجتماعية. ويقوم المعلم مع الطفل التوحُّدي باتخاذ مهارات اللعب المختلفة ابتداءً من اللعب الفردي واللعب الموازي واللعب بالمشاركة، وفي اللعب الفردي ينبغي أن يتعلَّم الطفل التوحُّدي الاستخدام الصحيح للعبه

قبل أن نُعرفه كيفيـة اللعب، ونجعل الطفل يُزاول لعبه دون تدخُّل منَّا يُعتبَر من الطرق السليمة. فلعبُه وحيدًا يساعد على أن يكتشـف أشياءَ بنفسِه تسـاعده في التقدم، ولكن علينا أن نعلمه الألعاب المستقلة المناسبة وَفق الآتي.

- يجب تعليم الطفل بالألعاب (المنفردة) بحضور الأم أو المدرب أو المعلم، ولكن بدون تحديد أية حركة له، ويجب أن تُعلمه أن يلعـب بلعبتَين، وكلَّما يُظهـر تقدمًا وتطـورًا في اللعب أضف معـه لعبة أخـرى. وبالتدريج يجـب أن تبتعد عـن الطفل بأن تجلـس بعيدًا عنه، حتـى تختفي نهائيًّا من الغرفـة وتدع الطفل وحيدًا لبعض الوقت.
- فـإذا أكمل الطفـل المهمة أو مـا زال مُنهمـكًا في العمل اتركه وامدحـه مدحًا وافرًا؛ لأنـه مكث وقتًا يلعـب لوحده، وهذا يُعتـبر شـيئًا عظيـمًا، ولكـن إذا لم ينهِ عملـه فيجـب أن تُؤنبه، واطلب منه أن يعمل هذه المهمة مرةً أخرى وحثه على اللعب.

6. **لعبـة إلقـاء التحية**: يُلقي أحد المعالجـين التحية على طفل ما، ويقـوم هـذا الطفل بعد ذلك بـدوره برد التحيـة عليه. وفيما بعـدُ يُمكن أن تتطور مراحل اللعبة بحيث يرد الطفل المحيَّى التحيـة على من حيَّاه مع النظر إليه في الوقت نفسـه، ثم ينظر الطفـل إلى طفل آخر في مجموعته ويُلقـي عليه التحية، وهلم

جـرًّا. وتسـتمر هـذه اللعبة بهـذا الشـكل إلى أن يشـترك بها الأطفال كافَّة. وبوجه عام من الضروري أن تسـير خطوات هذه اللعبة بشـكل عشـوائي؛ حيـث يُحـاول كل طفل تركيز نظـره، ويكـون عـلى أهبة الاسـتعداد في حالة كونه سـيتلقى التحية في المرة التالية.

أهمية العلاج باللعب في أنه:

- يُساهم في بناء الجانب الجسمي.
- في جلسـات اللعب يُخرج الطفـل انفعالاته المختلفة (خوف – قلـق – وتر) من خلال الألعاب المتنوعة، فيُصبح الطفل هادئًا ومُستعدًّا لتلقِّي أيَّة مُدخلات تُنمِّي مهارات الاتصال اللغوي.
- يتعلـم الطفل من خـلال اللعب مع الآخرين ومشـاركتهم في أداء الأدوار والالتـزام بقواعـد الألعـاب وقوانينهـا، وإقامـة علاقة جيدة بينه وبين المعالج أو المرشد.
- اكتسـاب مهـارات العمـل الجماعـي، ويتخـلَّى عـن الأنانيـة والتمركز حول الذات.
- الألعاب لا تُشـكِّل عاملًا مهددًا لاخـتراق الطفل التوحُّدي، فالطفل في جلسات العلاج باللعب يبدأ التواصُل مع الألعاب ويكتشفها ويتحسَّسها ويتعرف عليها.

- من خلال أنشـطة اللعب بأشـكالها المختلفة يتفاعَل الطفل مع موادِّ اللعب والأشخاص المحيطين به.

من الشروط الواجب توفرها في لعب الطفل التوحُّدي:

- أن تكون البيئة منظَّمة لديـه، ومعرفة ما هي المُتطلبات اليومية التي يجب أن يؤديها.
- أن يكون مُرتبطًا بمعلمه بحيث يُصبح الوضع مألوفًا.
- وجود انتباه وتفاعُل مشترك بين الطفل ومعلمه.
- التقبل للشخص، وأن يكون على مقربة منه.
- أن يتعلَّم الطفل طريقة استخدام اللعبة وكيفية اللعب بها.
- أن تحاكـيَ الأم الطفـل باللعب مُسـانَدة لما يقوم بـه معلِّمته في الفصل.
- يجـب أن يتدرَّب في منزله على اللعب لمـدة 20 دقيقة أو تكرار اللعبة 3 أو 4 مرات على الأقل.
- أن يكون للعبة لها مُثير حسي أو مثير بصري.
- أن يتعلَّـم الطفـل متـى تبدأ اللعبـة ومتى تنتهي وهذه تُشـكل صعوبة كبيرة جدًّا للطفل التوحُّدي
- يجـب علينا أن نجعـل الطفل التوحُّدي يقـضي وقتًا طويلًا مع

الألعـاب، وأن تكون هذه الألعاب مختلفة ومُتنوعة، وأن نبعد عنه الأشـياء المُتكـررة، حتى لا يكون هناك سـلوك مكرر من خلال ممارسـة هـذه اللعبة، لـذا يجب توفير الألعـاب وتزويد الأطفـال بمجموعة من الألعاب التي تتَّصف بأن تكون مرئية ومحسوسـة حتى تشـدَّ انتباه الطفل، وليسَـت مجرَّد تسـلية له، وإنما الهدف من اللعبة هو أن تنمي الإدراك لدَيه.

- تدعيـم تدخـل الوسـائط المتعـدِّدة مثـل الكمبيوتـر وجداول الأنشطة كطريقة لها تأثيرها لتعليم الطلاب كيفية إدارة أعمالهم وألعابهم، وبناء المهارة بدون الاعتماد على الآخَرين، وجداول النشـاط تَعني تعلم الطفل التوحُّدي الاسـتجابات باستخدام الصور والكلمات.

التي يُمكن أن تكون مسـاعدة في تلقين التواصُل والعلاقات مع الأطفـال التوحُّديين وتسـتعمل الموسـيقى بطرق مُتنوعة كمُسـاعد تدريس. علاج التفاعُل الموسـيقى المكثَّف من قبل معالج موسـيقى مدرِّب يُمكن أن يحسن تنظيم الذات الانفعالي والاستعداد التواصُلي للطفال التوحُّديِّين، وتحسين العلاقات مع الآباء والآخرين والنمو.

- قد حـازت القصة الاجتماعية عـلى اهتمامٍ شـعبي مُتزايد كتعليم مُناسـب للمهـارات الاجتماعيـة والسـلوكية لـدى الأطفـال التوحُّديِّين، وقد استخدمت الرواية أو القصة لتعزيز السلوكيات

الاجتماعيـة المناسـبة، ومسـاندة الطفـل وإمـداده بالمعلومـات، وتعمل على تدعيمه بالفرص لزيادة التفاعُلات الاجتماعي.

أنواع القصص الاجتماعي:

القصة عادة تتكوَّن من أربعة أنماط من الجمل:

1. الجمـل الوصفيـة وهـي التـي تصـف الأحـداث وأسـباب حدوثها.

2. الجمل الإرشادية أو التوجيهية والتي تُرشد أو توجه الشخص إلى السلوكيات الملائمة.

3. الجمل المنظورية التي تصف شعور الآخرين وردود أفعالهم.

4. الجمل الإيجابية وهي الجمل التي تزود بالتطمين.

ملاحظات عامة حول تحضير القصة

- يحـدد عـدد الجمـل والكلـمات المسـتخدمة بناء على المسـتوى اللغوي للطفل.
- يُمكن إضافة صور توضح القصة للأطفال الذين لا يستطيعون القراءة.
- تستخدم اللغة الدارجة محليًّا؛ لأنها اللغة التي يفهمها الطفل، إلا إذا كان الطفل يفهم اللغة الفصحي بسهولة فتستعمل الفصحي.

- البحث عن الانتباه ويتمُّ الترميز إذا الطفل المستهدف قام بما يلي: طلب من القرين الانتباه، ينادي باسم القرين لتنبيهه، يُستخدم الإيماءات للحصول على الانتباه (مثل أن يُربت على كتفَي القرين).
- بدء التعليقات يتمُّ الترميز بعد ثلاث ثوان من قيام الطفل المُستهدف بعمل تعليقٍ عن استمرار الموضوع أو النشاط. والتعليق لا يكون مُرتبطًا بنطق القرين ولا يستخدم لطلب معلومات، بل مِن المُمكن أن يُوصف النشاط، مدح القرين، تعزيز القرين ، أو التعبير عن المُتعة عن النشاط أو التفاعل.
- بدء الطلب يتمُّ الترميز بعد مرور 3 ثوانٍ من طلب الطفل المستهدف معلومات أو موضوعات أو أفعال، وهذا لا يَشتمِل على طلب توضيحات من القرين قبل النطق، وليس متوقفًا على نطق القرين.
- الاستجابات المشروطة الترميز يبدأ عندما يستجيب الطفل المُستهدَف بطريقة مناسبة (لفظيًّا أو غير لفظيًا) لنطق القرين خلال 3 ثوان.

هذه الاستجابة تتضمَّن المعرفة بالقرين مثل الموافَقة، أو الإجابة على السؤال أو الاستجابة للتعليق، أو توضيح تعليق القرين أو الاستفهام.

تأثيرات القصة الاجتماعية من خلال:

1. مـدى الارتباطـات الاجتماعيـة المناسـبة مع الأقـران: حيث التحـدُّث بكلمة واحـدة أو أكثر تكون مفهومةً بينما هو على مسـافة مـتر مِـن القرين مع توجيه الجِسـم نحو القرين أو مـن خلال توجيه إيماءات أو إشارات أو حركات نحو القرين مثل (التلويح بالأيدي، أو الربت على كتفي القرين، أو المشـاركة في اسـتخدام الأدوات) أو تكون استجابة تعاونية مثل (ألعاب تعاونية) لمدة 5 ثوانٍ قبل الإتيان بالسلوك الاجتماعي أو الاستجابة لفظيًّا أو حركيًّا خلال 5 ثوانٍ من بدء القرين نحو الطفل المستهدف.

2. الارتباطـات الاجتماعية غير المُناسـبة مع القرين: وتكون من خلال استخدام الضرب وتحطيم الأدوات أو إلقاء الأدوات بطريقة غير مناسبة، أو الشتم.

3. غيـاب الارتباطـات الاجتماعية مع القريـن: لا يرتبط الطفل بتفاعُـل اجتماعـي مع أي قرين لمدة 5 ثـوانٍ أو أكثر، أو بدون توجيه إشـارات للطفل، يقول كلمة أو أكثر بينما يكون على مسـافة متر مِن القرين أو أحد الأطفال يترك منطقة النشاط (أكثر من 3 أقدام خارج منطقة النشاط).

مثال القصص الاجتماعية:

سلسـة مـن القصـص الاجتماعية مكتوبـة لكل طفل مسـتهدف

باستخدام أنشطة اجتماعية مثل: البحث عن الانتباه (انظر)، بدء التعليق (أنا أحب هذه اللعبة)، بدء الطلب (ساعدني)، وعمل استجابات (الإجابة بنعم في الاستجابة لسؤال).

سادسًا: العلاج المعرفي:

علاج المشكلات المعرفية لدى التوحُّديِّين، من خلال تحسين مهارات التحدث وتحديد التعبيرات اللغوية الجسمية والوجهية للانفعالات.

يتمُّ تعليم التوحُّدي التمييزات الشرطية (الإيماء المتعدِّد) من خلال التأكيد على إيماءات متعدِّدة ترتبط بمثيرات واستخدام المهام ذات المُكوِّنات المتعددة بدلًا من تعليم المهامِّ بمعدل مكون واحد في المرة الواحدة

يتم تعليم الأطفال الذين يظهرون انتباهًا مُفرطًا الاستجابة لإيماءتَين مُناسبتَين تلقائيًّا، من مثل لون مُعين وشكل معين.

مساعدة الطفل على الانتقال مِن إحساس الطفل بذاته، والعالم إلى إحساس جديد لذاته في العالم، والذي يمكن أن نُطلق عليه مشاركة الأفراد الأسوياء، وتشجيع الطفل على أن يثق بالعالم قبل أن يظهر اهتمامه به.

عندما نُعطي الأشياء للطِّفل يجب أن يتمَّ وضعها بالقرب منه،

مع عدم توقُّع المدح أو الشكر أو انتظار الاستجابة.

استخدام الاتصال غير المباشر (مثل انتبه أو احذَر الشباك) في مُقابل الاتصال المباشر (مثل انظر بشكل مباشر للطفل).

التحدُّث بصوت مُرتفِع لنفسك حول أو عن الطفل أو شخص ما يحبُّ الطفل؛ لأنَّ هذا يُلهم الطفل أن يكون مرتبطًا بما يقال.

تكلم من خلال الأشياء أو استخدم الرموز البصرية لتُفسر الأشياء لا سيما في العلاقات الاجتماعية، والاتجاهات، والمفاهيم المجرَّدة.

دع الطفل يبدأ أو يشرع في المسِّ البدني، أو أعطه الاختيار للتواصُل البدني.

عندما يتحدَّث الطفل فأنصت إليه وحاول أن تفهم ما يُحاول أن يتواصَل به.

- لتحسين عمليات الانتباه يَحسن الترفيه بنغمات الطفل الإيقاعية، وتقوم هذه الاستراتيجية على تسجيل إيقاعات مُصمَّمة خصوصًا من حيث النوع، درجة الصوت للأطفال التوحُّديِّين، ومحدودي الانتباه عمومًا. يستمع الطفل لمدة أربعين دقيقة في اليوم لمدة ستة إلى ثمانية أسابيع إلى هذه المادة الإيقاعية السمعية كخلفية هادئة بدرجة ضوئية مُنخفضة أو

اللعب مع التأكيد هنا على سماع الطفل لمصادر صوتية أخرى مثل التلفاز أو كاسيت أغاني، أو كلام جانبي، بينما يقوم بالاستماع الإيقاعي المطلوب

أساليب التعلم الابتكاري لدى الأطفال التوحُّديِّين:

يمكن تغيير استراتيجيات التفكير للأطفال التوحُّديين بواسطة استعمال أسلوب حل المشكلات الابتكارية، ويذكر أن تلك العملية تشمَل عدة مراحل، ومِن الواجب تعليمها للتوحُّديِّين، ومنها:

- التفكير في كل جوانب المشكلة.
- التفكير في كل الحلول المختلفة التي تُساعد على الوصول إلى الحل المناسب.
- البحث عن المصادر المختلفة للمعلومات التي تؤدي إلى الحلول المحتملة.
- اختيار الحلول البدائية.
- تقسيم المشكلة إلى بنودٍ صغيرة.
- بناء المعلومات بين المشكلة والمشاكل الأخرى الشبيهة.
- مرحلة الوصول إلى الحل الأمثل.
- اختيار الفروض التي تُؤدي إلى الحل السريع.

- استخدام التجربة الشخصية في حل المشكلة
- وتنمية القُدرة على حلِّ المشكلة لدى الأطفال التوحُّديِّين، فربما ذلك يزيد من ابتكارهم. وهناك بعض الأبحاث التي وجَدت أن الكمبيوتر يُعتبر وسيلة مهمَّة لتنمية القُدرة على حل المشكلة، واستخدم الكمبيوتر مع الأطفال التوحُّديِّين يجب أن يكون مُقننًا من حيث طبيعة اللعبة والوقت الذي يقضيه الطفل أمام الكمبيوتر لا يزيد عن ساعتَين يوميًّا، حتى لا ندعم بعض السلوكيات وخصائص لدى الطفل التوحُّدي.

14. لعبة التركيز بالنظر: ينظر المعالج إلى أسفل مخبئًا عينَيه بيدَيه. ثم ينظر إليه الأطفال الجالسين في الدائرة. عقب ذلك يرفع المعالج نظره ويحملق مباشرة في طفل معين، والذي يجب عليه من ثمَّ أن يُوضِّح إدراكه بمعرفته بأنه من ينظر إليه قائلًا: "إنك تنظر إليَّ"، وتُعد النقاط الآتية مفيدة للغاية، ويمكن الاستعانة بها عندما يحتاج الطفل إلى تذكر حدثٍ ما ضروري بالنسبة إليه:

- يتمُّ وضع مجموعة من الأشياء على صينية وعرضها أمام الطفل لفترة قصيرة مِن الوقت يَليه تغطيتها. عقب ذلك، يُسأل الطفل عن أسماء الأشياء التي كانت موجودة على الصينية.
- لقد ذهبت جدَّتي إلى السوق واشترت .....، في المدرسة قد أستخدم ..... لقد ذهبنا في رحلة وأخذنا .....

- يتم تمرير شيء ما بين أطفال المجموعة، ويقوم كل طفل بدورِه بإضافة بعض المعلومات حوله، علاوةً عما سبق وذكَره زميله الذي قبله. ويجب أن تكون المعلومات وثيقة الصلة بهذا الشيء، وتدلُّ مثلًا على لونه وشكله وخامته ورائحته وتركيبه واستخداماته، وما شابه ذلك من الصفات الأخرى له (مورين آرونز، تيسا جيتنس 2005، 11، 97).

سابعًا: الاستراتيجيات التعليمية للأطفال التوحُّديِّين:

1. يُوجد شيء مُهم يجب إدراكه؛ وهو أن الأطفال التوحُّديِّين ليسوا على مستوًى واحد في قدراتهم التعليمية والسلوكية أيضًا؛ إذ نجد الذين يُواكبون التعليم العام منهم هم أولئك الذين لدَيهم درجة تأثير، وأكثر اعتدالًا، ونعني الأطفال الذين تكون لديهم حالة توحُّد أقل، أو ما يُطلقون عليهم التوحُّديِّين ذوي الأداء الوظيفي العالي.
2. هناك عدد من الإستراتيجيات التي برهنت على أنها مُهمة باتِّساق ومفيدة لمعلمي الأطفال التوحُّديِّين في مرحلة الطفولة، وهي على النحو التالي:

- العمل مباشرة مع والدَي الطفل التوحُّدي: يتمُّ إخبار الوالدَين بخصائص الطفل التوحُّدي، وعن الاضطراب الذي يُعاني منه، وإكمال قائمة من التفضيلات المُهمة، وإنه يكون من المهم

للمُعلم أن يفهم مخاوف الطفل وما يرغبه

- إيجـاد تنظيم أفضل وتنبؤي للفصـل؛ إذ يكون من المحتمل أن يكـون من أكثـر الإسـتراتيجيات المهمة الفريـدة؛ حيث يجب أن تُنظَّـم الأماكن داخـل الفصل الـدراسي، وينبغي أن يكون الجدول اليومي متسـقًا، ويتم الانتقال من نشـاط إلى آخر وأن يتَّسـم بالوضـوح والدقة، وإضاءة وغلق الأنوار، واسـتخدام الأجـراس والأغاني المحدَّدة كعلامـات أو كهَديات؛ لأنَّنا كما نَعـرف أنَّ الطفـل التوحُّدي يظهر عجـزًا في ترجمـة انطباعاته عنها، ولا يكون بمَقدُوره أن يتعرَّف عليها أو يُنظمها، وأحيانًا مـا نجد أنَّ الطفل التوحُّدي يَضطرِب حين يمرُّ بخِبرة إدراكية اضطرابًـا يصـل بـه إلى الدرجـة التـي يتجنَّب بها هـذه الخبرة وغيرهـا من الخبرات المُماثلـة، أو أن يَنغلِق على نفسـه حتى لا يُعرض نفسـه لمزيد من الحيرة والارتبـاك، ولهذا فهو في حاجة إلى بيئة مُسـتقرة، لها رُوتين راسـخ؛ فهي أفضل بالنِّسـبة له من البيئـة الحـرة (الطليقـة)، عـلى الرغم من أنـه في ضـوء القيود والتحديـات التي سـوف تُفرض عليه، سـيكون في حاجة إلى بعـض التحرُّر حتى يسـلك ويتـصرَّف بطريقتـه الخاصة، مع مُحاولـة بـذل الجهود مـن قِبَل القائمـين على تربيتـه غالبًا في أن يُوجهوا ويضبطوا ما قد تُثيرُه هذه البيئة.
- محاولـة خفـض مسـتوى الضوضـاء في الفصـل إلى أقصى حدٍّ

ممكـن؛ حيث يتـم تجنُّب الأصـوات المُرتفعـة في الفصل، وإذا كان ممكنًا استخدم أنوارًا ساطعة وطبيعية.

- عندمـا لمس الطفل يجب أن يكون هـذا اللمس ضاغطًا وقويًّا: عندما يكـون اللمس سريع الزوال أو الخفيف يُضايق الطفل؛ فمِن الأفضل اسـتخدام الضغط القوي لا سيَّما للظَّهر، والذي يكون أسهل احتمالًا أو يُهدئ الطفل.
- الاتِّساق فيما يتعلَّق بعوائق السلوك غير المقبول: فعندما يعضُّ الطفـل زملاءه، فإنَّ عـلى كل أعضاء فريق العمل الاسـتجابة لهذا السـلوك بنفـس الطريقة، مثل اسـتبعاد الطفـل عن دائرة اللعـب. وتحديـد السـلوك المُضطـرب والتغـيُّر في البيئـة التي تخفض احتمالية تكرار هذا السلوك.
- اسـتخدم أنظمـة التواصُـل البـصري: يَسـتجيب العديـد من الأطفـال التوحُّديـين للمُثيرات البصريـة مثـل الصـور أو الكلمات المطبوعة مقارنةً بالكلام. وتُستخدم الصور كمنبهات للخطوات التالية، كما تسـتخدم لتُمكِّن الطفل من الإشارة إلى ما يُريده وما يرغبه؛ فالأطفال التوحُّديُّون يتباينون عن أقرانهم الأسـوياء في جوانـب عدة: فهم يتعلَّمون بطريقـة أكثر فاعلية إذا قُدمـت المعلومات لهم بطريقـة بصرية؛ إذ إن لديهم قصورًا في التركيز واستمرارية الانتباه.

- التحدث بصوتٍ هادئ: بعض الأطفال التوحُّديين حسَّاسون لنوعيات مُعيَّنة من الأصوات أو للكلام المرتفع جدًّا. وإنَّ الصوت المرتفع جدًّا من المُمكن أن يُضايق الطفل التوحُّدي.
- الحصول على مسانَدات مُتخصِّصة من المختصِّين: بالإضافة إلى المساندة التي يتمُّ تلقيها من مُعلِّم الطفل التوحُّدي؛ ففي بعض الحالات تكون الحاجة ماسةً إلى الحصول على مُساندات من المختصِّين؛ فمُختص السلوك يُزود بأسباب وعلاج السلوكيات الشاذة.
- يجب على المعلمين أن ينتهزوا كل فرصة ممكنة لتعليم من عُهد إليهم بتربيتهم بمجرد أن يبلغوا السن التي يستطيعون فيها فهم هذه الأمور.
- ألا يتسرعوا في الحكم على ميول الأطفال الوراثية؛ فإنَّ كثيرًا منها يكون كامنًا لا يظهر إلا في مناسبات خاصة، وبعضها يتأخَّر إلى سنِّ البلوغ.
- الجلوس في مُواجهة الطفل أثناء التعلم.
- استخدام وسائل ومُعينات متنوعة؛ مثل الألغاز بأشكالها المختلفة.
- محاولة جذب انتباه الطفل التوحُّدي.

- استبعاد المشتِّتات السمعية والبصرية عن الطفل التوحُّدي.
- قد تستغرِق ردود الفعل التوحُّدي بعض الوقت.
- اتباع استراتيجية التدريب الموزَّع - أي التعلُّم - تتخلَّله فترات راحة.
- استخدام التعزيز بأشكاله المختلفة.
- استخدام كل الحواس (السمعية والبصرية والحسية) بقَدر الإمكان أثناء التعلم.
- فصول مُنظَّمة بجداول ومهمات محدَّدة. والمعلومات يجب إبرازها وتوضيحها بالطريقة البصرية والشفوية.
- الفرصة للتفاعُل مع أطفال غير مُعوَّقين ليكونوا النموذج في التعليم اللغوي والاجتماعي والمهارات السلوكية، والتركيز على تحسين مهارات الطفل التواصُلية باستخدام أدوات مثل أجهزة الاتصال.
- تعديل المنهج التعليمي ليُناسِب الطفلَ نفسَه، مُعتمدًا على نقاط الضعف والقوة لدَيه.
- أن يكون هناك تواصُل مُتكرِّر وبقَدرٍ كافٍ بين المدرس والأهل والطبيب.

ثامنًا: أوضاع الدمج المدرسية للأطفال التوحُّديِّين:

أهم فوائد الدمج للأطفال التوحُّديِّين:

- التخلُّص من الآثار السلبية لاستراتيجية نظام العزل.
- التغلُّب على قصور الخدمات التربوية والتأهيلية.
- التغلب على ارتفاع الكُلفة الاقتصادية.
- تأمين الحياة الطبيعية كحقٍّ من حقوق الطفل التوحُّدي.
- التقليل من فُرص التشخيص الخاطئ للفئات الخاصة.
- فرضية التواصُل كان يَعتقد أنه عبر دمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة؛ فإنَّ التواصُل المتزايد بين هؤلاء الطلبة وأقرانهم الأسوياء سيُنمِّي التقبُّل، ويُقلل من وصم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة.
- المخرجات الاجتماعية المتأنية من البيئات الدمجية: تتضمَّن المخرجات الاجتماعية التي بُحثَت في فصولٍ أخرى مهارات التواصُل، والكفاية الاجتماعية، والصداقات.
- مخرجات دراسات التدخُّل العلاجي التي تُركز على المهارات الاجتماعية والصداقات تستهدف تحسين العلاقات الاجتماعية بين الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، والطلبة الأسوياء على أنه يتعذَّر دمج الأطفال ذوي الحاجة الاجتماعية ما لم يتمَّ بذلُ

جهود مخصَّصة لهذا الغرض.

- تأثير البيئات الدمجية على المُخرجات الأكاديمية والتطورية (التحصيل المُرتفع في المواضيع الأكاديمية). بالنسبة إلى الطفل في سن المدرسة. وبالنسبة إلى الطفل الأصغر سنًّا، للطفل ذي الحاجات الخاصة الأكثر شدةً أيضًا، ويُشير أيضًا إلى المكاسب التطورية المناسبة.

المهارات التي يجب أن يتعلَّمها الطفل التوحُّدي للدمج:

اتباع أوامر المعلِّم بأخذ الدور، والجلوس بهدوء خلال الأنشطة، ورفع اليد لطلب المساعدة أو مناداة المعلم، والسير في صفٍّ أو طابور، واستخدام الحمَّام لقضاء الحاجة، والتعبير عن الاحتياجات الأساسية، وتقبُّل وجود أطفال آخرين، والانتقال من نشاط إلى آخر بسهولة، والانتباه للنشاطات، والقدرة على إكمال النشاطات المطلوبة خلال وقت محدَّد، والقدرة على تقبُّل تأخير المعززات، ومهارات إدراكية تشمل الألوان والمطابقة والأعداد والحروف والتقليد.

صعوبات دمج الأطفال التوحُّديين:

1. صعوبة التواصُل مع الأطفال التوحُّديين؛ حيث يجد مُعظم هؤلاء الأطفال صعوبةً في التعبير عن الذات أو عما يُعانون

من قلق أو اضطراب.

2. اعتماد الأطفال التوحُّديِّين على المدخلات البصرية أكثر من المدخلات السمعية، في حين نجد أن الطريقة الأساسية للتدريس هي المحاضرة أو المناقشة.

3. صعوبة تعميم المهارات والمعارف من موقفٍ إلى آخر.

4. الاعتماد على المُعزِّزات والتشجيع بصورة أساسية، ويَرجع هذا لنقص المبادأة عند الأطفال التوحُّديِّين.

5. الانتقالية الزائدة للمُثيرات، وتتضمَّن الانتباه إلى أجزاء خاصَّة من المهمَّة أو الأشياء.

6. عدم الاستجابة للتغيرات الدائمة في الفصل الدراسي العادي، ولذا يجب تدريب هؤلاء الأطفال على الاستجابة لتغيرات الجدول الدراسي.

7. نقص القُدرة على مواجَهة والتكيُّف للأحداث المستقبلية، والصعوبات الكبيرة في بناء علاقات مع الأقران.

شروط الدمج للأطفال التوحُّديين:

1. يجب أن يكون الدمج مع الأطفال العاديِّين في مواد النشاط العام؛ مثل: الرياضة البدنية، والرسم، والرحلات، والزيارات الميدانية.

2. يجب عدم دمج الأطفال التوحُّديِّين وأصحاب الإعاقات الأخرى مع الأطفال العاديِّين في الفصول الدراسية؛ حيث يجب أن يكون لهم فصولهم الخاصَّة بنفس مدارس التعليم العام.

3. أما المُعلمون فلا يُشترط أيضًا أن يكونوا مُتخصِّصين في التربية الخاصة، وإنما يكونون مِن مُدرِّسي التعليم العام، ولكن يُشترط أن يعطوا تدريبًا وتأهيلًا للتدريس في الفصول التربية الخاصة.

4. **الخطة الفردية والمنهاج الفردي للتوحُّديين:**

لكي يكون البرنامج فعالًا في تدريس التلاميذ التوحُّديِّين لا بدَّ مِن توفر أهمِّ عوامل نجاح البرنامج، وهي الشمولية، والتكيف، والتدخل المبكر، والتخصصية في الطرق والأساليب، مما يعني أن تكون الخدمات شاملة لجميع احتياجات التوحُّديِّين. وأن يُعطي المعلِّم الوقت الكافي لتعليمه، وأن يُقدم الخدمات معلِّم متخصص يعرف كيف يقدم المهارة أو المعلومة للتلميذ من خلال استخدام استراتيجيات ملائمة لخصائص التلميذ.

وفي البرنامج الفردي فإن كل طفل توحُّديٍّ له احتياجات تعليمية خاصة به، ومستويات نمائية مختلفة. والهدف من وضع خطة فردية للطالب التوحُّدي هو خلق برنامج تربوي يتناسَب مع احتياجاته وقدراته، وتكون الخطة على النحو التالي:

1. تقييـم قُدرات ومسـتوى الطفل الحالي: تكـون المعلومات في الغالب شـبه مُبهمة وعلى هذا تقييم كل القدرات الجسـمية، الاجتماعيـة، النفسـية ..... إلـخ. ويتـمُّ ذلـك مـن خلال أن ينجـح الطفـل في أداء النشـاط المعـروض، ويظهـر بداية نجاحًا ولو بنسـبة قليلة، ولا يظهر أيَّة معرفة في أداء النشـاط المعروض.

2. قياس مسـتوى التحصيـل: يكون القياس مـن خلال تحديد القُـدرة عـلى التعبير (لفظيًـا - إيمائيًـا - جسـديًا)، ويتمُّ مِن خـلال ملاحظة ما إذا ابتسـم الطفل، أو أنـه ينطق حروفًا أو كلـمات أو جمـلًا، يرَكـب كلمتَين، يسـتعمل الضمائـر، يذكر اسـمه. أما قياس القُدرة على الإدراك والفهم فيتمُّ من خلال ملاحظـة إذا كان يتبع تعليمات بسـيطة أو يتبـع أكثر مِن أمر، ويستجيب لنداء اسمه، ويُميز ويَعرف كلمة الآن.

3. قيـاس العنايـة الذاتية والاعتماد عـلى النفس: نظـام الطعام، ونظـام اللبس، والنظافة الشـخصية، والمهارات الاجتماعية، وقياس نمو العضلات الدقيقة ونمو العضلات الكبيرة.

4. وضـع الأهـداف العامة وتحليل الأهـداف الخاصة، التي يتمُّ التدريـب بنـاءً عليهـا فليكـن الهدف العـام تدريـب الطالب عـلى الكتابـة، فيكون الهدف العام تمكين الطفل من اكتسـاب

المهـارات الحركية الدقيقة، ومن ضمـن الأهداف الخاصة أن يتمكن الطفل من إمساك القلم ..... إلخ.

5. عـرض النشـاط على الطفـل: بعـد تحليل الأهـداف الخاصة (الأنشطة) يُصار إلى عرضها على الطفل، وإذا كان تقييم قدرة وكفاءة الطالب قد تمَّ قياسها بشكل صحيح، فإنه بحاجة إلى عدة جلسـات يتمُّ تحديدها. وبعد ذلـك تقييم الخطة الفردية من حيث مدى تحقيق الأهداف أو جانب منها.

6. **مقومات البرنامج التعليمي:**

1. أهميـة التكامل بـين مراحل إعـداد وتخطيط أنشـطة البرنامج وطرق التدريس والجو المدرسي والتقويم والمتابعة من جانب، والتكامل بين المنزل والمدرسة والمجتمع من جانب آخر.

2. إنَّ البرنامـج التعليمـي الفـردي لا يُقصـد به تقييـد المدرس بالنشـاط اليومـي في الفصل المـدرسي أو خارجـه؛ حيث إنَّ تلك هي مسـئولية المـدرس. فالبرنامج يُعطـي المدرِّس مجرَّد إطـار عام للأهـداف المطلـوب تحقيقهـا لطفل توحُّـد مُعيَّن وعلى المدرس أن يستخدمه في وضع أنشطة البرنامج اليومي (أو الأسـبوعي) للأنشـطة التعليمية المُختلفة التي تَستهدف تحقيق الأهداف التربوية مع إعطائه الحرية للتعديل والتطوير الذي يتطلَّبه سير العمل مع الطفل.

ومـا يكشـف عـن التنفيـذ من يعثـر أو تقـدم سريع في اكتسـاب المهارات والخبرات التعليمية المطلوبة، وما يتبلوَر عن تعامُل المدرس مع التلميذ من معرفة وعُمق وفَهم أوسع لحاجات وقُدرات الطفل.

الصعوبات التي تُواجه الأطفال التوحُّديين في التعليم:

يواجـه تعليـم الأطفال التوحُّديِّـين صعوبات منـه صعوبة اللغة والتكيُّـف الاجتماعـي، وصعوبة ذهنية؛ إذ إنهـم يحتاجُون إلى أماكن خاصـة لتدريبهـم، وأماكن تعليمية تحتـاج إلى مناهـج خاصَّة، وإلى مُتخصِّصـين في مجال التوحُّـد وقادرين على فَهمِهـم، لذا فإن أطفال التوحُّد يحتاجون إلى:

1. كيفيـة تعليمهـم النطـق والقُدرة عـلى التعبير عـن عواطفهم وأحاسيسهم.
2. كيفيـة تدريب عضلاتهـم على المرونـة وكيفية اسـتعمال هذه العضلات.
3. تدريبهم على السلوك الاجتماعي.
4. تدريب القادِرين منهم على حِرفة مُعيَّنة قد يتعلَّمونها.

تاسعًا: التدخلات العلاجية لاكتساب اللغة:

التأهيـل المهنـي والعـلاج الكلامي موجَّهـان نحـو الصعوبات الحسـية والاتصاليـة التـي تُشـاهد في الأطفـال التوحُّديـين. ويجب

تحديد النماذج التفسيرية لكلا النوعَين من العلاج، والتي تُؤكد على الاضطراب العصبي الوظيفي والمعرفي داخل وبين مراكز المخ، ويجب على معالجي الكلام استبعاد أوجه القصور العضوية قبل أن يشرعوا في بناء البرامج العلاجية، ويجب أن يتعاوَن الوالدان في تحديد الصعوبات الحسية التي يُعاني منها أطفالهم التوحُّديون الصغار السن، وهذه الصعوبات تؤثر سلبًا على نموهم.

وهناك مجموعة من المهارات الأساسية في التواصل هي:

مهارات التواصُل اللفظية، وتشتمل على: اللغة اللفظية الاستقبالية، واللغة اللفظية التعبيرية، ومهارات التواصل غير اللفظية، والمشاركة في التفاعل الاجتماعي والتواصل المتبادل، والجوانب الاجتماعية للُّغة، والمهارة لمعرفة ما هو مُهم وما هو غير مُهم، ومهارات اللعب الرمزي، وتستخدم في التدريب على اللغة الإجراءات السلوكية الأساسية مثل التشكيل والتدريب التمييزي، واستخدم إجراءات التقليد اللفظي.

عاشرًا: علاج الاضطرابات النفسية:

ترتبط معالجة الاضطرابات النفسية بتنمية مفهوم الذات عن طريق الألعاب:

وخاصة الألعاب التخيُّلية التي تزيد المحصول اللغوي.

والعلاج باستخدام التحليل النفسي يَشتمِل على مرحلتَين؛ في الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر مُمكن من التدعيم، وتقديم الإشباع وتجنُّب الإحباط مع التفهُّم والثبات الانفعالي من قِبَل المعالج، وفي الثانية يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية، كما تتضمَّن هذه المرحلة التدرُّب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء.

علاج الخوف لدى التوحُّديين:

بتدريب أمهات الأطفال التوحُّديين على تدريب أطفالهنَّ على عدم الخوف من الخروج، أو الذهاب إلى الحمَّام للاغتسال، وعلى الاستحمام في حوض السباحة.

علاج القلق لدى التوحُّديين:

فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق لدى التوحُّديين؛ حيث انخفضت معدلات القلق إلى حدٍّ كبير؛ وذلك من خلال تقارير أولياء الأمور والمعلِّمين.

الحادي عشر: البرامج التربوية الشاملة:

برنامج تيتش:

علاج وتعليم الأطفال المُصابين بالتوحُّد وإعاقات التواصُل المشابهة له، ويتمُّ تقديم هذه الخدمة عن طريق مراكز تيتش في ولاية

نـورث كارولينـا في الولايـات المتحـدة الأمريكية؛ حيـث تُدار هذه المراكز بواسـطة مركز متخصِّـص في جامعة نورث كارولينا يُسـمَّى Division Teacch ويديره سكوبلر Schopler 1972، وهو من كبار الباحثين في مجال التوحُّد.

ويُركـز منهـج تيتش عـلى تعليم مهـارات التواصُـل، والمهارات الاجتماعيـة، واللعـب، ومهارات الاعتـماد على النفـس، والمهارات الإدراكية، والعمل باستقلالية ومهارات أكاديمية.

وتمتـاز طريقـة تيتش بأنهـا طريقة تعليميـة شـاملة لا تتعامَل مع جانبٍ واحد كاللغة أو السلوك، بل تُقدم تأهيلًا متكاملًا للطفل عن طريق مراكز تيتش المُنتشرة في الولاية، كما أنها تمتاز بأنها طريقة علاج مُصمَّمـة بشـكلٍ فرديٍّ على حسـب احتياجـات كل طفل؛ حيث لا يتجاوَز عدد الأطفال في الفصل الواحد 5 – 7 أطفال مُقابل مُدرِّسة ومساعدة مُدرِّسة، ويتمُّ تصميم برنامج تعليمي مُنفصل لكل طفل؛ بحيث يُلبِّي احتياجاته.

مبادئ وطرق التعليم لبرنامج تيتش:

تتَّسم البيئة لبرامج تيتش بطابع مميز، فهي مليئة بمُعينات ودلائل بصرية مختلفة ويتكوَّن البرنامج من عدة ركائز:

1 – تكوين روتين محدَّد يتضمَّن تسلسُـل الأحداث خلال اليوم وخـلال الأسـبوع والانتقـال إلى النشـاط التـالي، ومقـدار

ما يستغرقه كل نشاط، وتحديد الأمكنة التي يُمارس فيها النشاط.

2 – تنظيم المساحات: ينبغي تنظيم مساحة اللعب الحر، ومساحة الانتظار، ومساحة الكرسي، والمساحة الخاصة بالتلميذ.

3 – الجداول اليومية: استخدام جداول فردية للطفل التوحُّدي، لتسلسل الأحداث اليومية.

4 – تنظيم العمل: يَنبغي تنظيم العمل بشكلٍ يُوضح للتلميذ ما هو المطلوب منه؟ كم هي كمية العمل؟ كيف يعرف الطفل أن العمل انتهى؟ ما هو النشاط الذي سيلي.

5 – التعليمات البصرية: إعطاء التلميذ إرشادات من خلال استخدام دلائلَ بصرية كالصور والكلمات المكتوبة.

برامج لوفاس في التحليل السلوكي التطبيقي:

تَعتمِد طريقة لوفاس على استخدام الاستجابة الشرطية بشكلٍ مكثَّف؛ حيث يجب ألَّا تقلَّ مدة العلاج السلوكي عن 40 ساعة في الأسبوع، ولمدة غير محدَّدة.

إنها طريقة مبنية على التحليل السلوكي لعادات الطفل، واستجابته للمُثيرات، ومُعتمدة على النظرية الإشراطية من خلال التعزيز، ومحاولة ضبط المُثيرات المرتبطة بأفعال محدَّدة للطفل،

والمكافأة المنتظمة لسلوكياته المرغوبة، وعدم تشجيع السلوكيات غير المرغوبة، ويُمكن دمج الطفل التوحُّدي في المدرسة إذا طبق المنهج بشكل منتظم ومكثف. والتحليل الوظيفي السلوكي طريقة مُفيدة وقوية لنحت السلوكيات المرغوبة والمقبولة اجتماعيًّا، ويُبنى التحليل الوظيفي السلوكي على أساسٍ فلسفي في أنَّ السلوك الإيجابي والسلوك السلبي يَزيد ويتقلَّص تحت ظروفٍ محدَّدة كنتيجةٍ لعواقب هذا السلوك.

ويُؤدي التعزيز إلى زيادة في السلوك المرغوب تحت ظروف محدَّدة، وانخفاض في السلوك غير المرغوب، وفي حالة السلوك المُشكل الذي يزداد كنتيجةٍ للتعزيز، فمِن الضروري أن يتمَّ التدريب على سلوكيات أخرى بديلة.

والتحليل السلوكي الوظيفي مُصطَلح يتكوَّن من عدة مُكوِّنات إحداها يكون التقويم السلوكي الوظيفي، وفيه يتمُّ تحديد الأداء السلوكي المحدَّد من خلال الملاحظة، وجمع البيانات عن الأحداث التي تَحدُث في الحال قبل السلوك، والتي تحدُث بعد السلوك.

ومن خلال ملاحظة هذه الأحداث فإنَّ المُقدرين يُحددون وظائف السلوك المبني على الحدث، وما يُعزز هذا السلوك ليستمر والافتراضات الضمنية تكون أن كلَّ سلوك يظهر ليُحقق غرضًا محددًا.

والدمج بين مكونات عدة من أسلوب التحليل الوظيفي؛ مثل

تأخير الوقت، التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى، المراقبة الذاتية، فإنَّ الاستجابات المتكررة غير المرغوبة تتقلَّص بينما الاستجابات المناسبة تزداد، وتؤدِّي إلى زيادة ملحوظة في بناء الجمل اللغوية، وتقلُّصٍ في عملية المصادأة التي تـمَّ تجاهُلها باستمرار. وتعزيز الاستجابات المُناسبة، وعندما لا يستقبِل الطفل انتباهًا على هذا السلوك غير المرغوب، فإنه يَنخفِض، ويُدرك الفرد أنَّ نُطقَه لجُمل متعلِّمة سوف يكون معدَّل النجاح فيه مُرتفعًا، وستزداد المحادثات التبادلية بين الأفراد.

ويرى المُقترحون أن العلاج بأسلوب التحليل السلوكي الوظيفي لا يُؤدي إلى شفاء التوحُّد، كما أنه لا يُؤدي في أغلب الأحيان إلى خَفضٍ لمُشكلات السلوك لكلِّ الأطفال التوحُّديين.

خطوات البرنامج:

يبدأ البرنامج التدريبي بتحديد المُثيرات السابقة واللاحقة بعد استجابة الطفل، ثم تُحدد سلوكيات الطفل القوية والضعيفة، وتُشكل المهارات اللازمة من خلال تنظيم المُثيرات والتعزيز الفوري.

برنامج ليب:

خبرات التعلم: برنامج بديل للأطفال دون سنِّ المدرسة والآباء:

بدأ برنامج ليب عام 1981 في بنسلفانيا لتقديم خدمات للأطفال الصغار التوحُّديِّين والأطفال العاديين من أعمار 3 – 5

سنوات ضمن برنامج شامل لمرحلة ما قبل المدرسة، ويُعدُّ هذا البرنامج واحدًا من أفضل البرامج في التدخُّلات المُبكرة للأطفال التوحُّديين وأسرهم.

يَشتمل برنامج ليب على برنامج ما قبل المدرسة، وبرنامج للتدريب على المهارات السلوكية للآباء، هذا بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى.

ويعتبر برنامج ليب واحدًا من البرامج التي تجمع الأطفال التوحُّديين مع الأطفال العاديِّين. ويَمتاز المنهاج في ليب باستخدامه للرفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية. وتشتمل الأهداف في المنهاج الفردي على مجالات النمو الاجتماعي والانفعالي واللغوي والسلوك التكيفي. والمجالات النمائية المعرفية والجسمية الحركية، ويجمع المنهاج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة.

ويُركز هذا البرنامج على تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة والعامة بخدمات تدخُّل مُبكِّر نوعية، وتُقدَّم الخدمات من خلال زيارات للموقع وأجوبة شاملة للأسئلة، وورشات العمل واستشارات مستندة إلى الحالة وتوزيع الوسائل التعليمية ويشتمل على: تنظيم الصف، ضبط الصف، زيادة فرص التعليم خلال اليوم، تدريب الرفاق على المهارات الاجتماعية، مناهج اجتماعية وانفعالية، فريق إشراف، فريق استعمال فعال لما وراء المعلمين، مشاركة الأسرة.

مركز دوجلاس للاضطرابات النمائية:

تأسس مركز دوجلاس للاضطرابات النمائية في عام 1972 ليخدم الأشخاص التوحُّديين من كل الأعمار. وفي عام 1987 طرأت تغيرات مُتعدِّدة على البرنامج، ومن ضمنها استهداف دمج الأطفال ذوي التوحُّد مع أطفال طبيعيِّين في الروضة بعد أن يتلقَّى الأطفال التوحُّديون تدريبيًّا يُمكنهم من ذلك. وهكذا افتتحت فصول دمج الأطفال التوحُّديين في الروضة مع أطفال طبيعيِّين ضمن البرنامج. وتتراوَح أعمار الأطفال الذين يتقدمون للبرنامج من 30 إلى 62 شهرًا كما تتراوَح درجة ذكائهم من 36 إلى 105 درجات والمعدَّل 61 درجة.

ويحتوي الفصل الدراسي على ثمانية أطفال طبيعيِّين وستة أطفال ممَّن يُعانون من التوحُّد و3 معلمين. يتلقَّى الطفل التوحُّدي التدريب في المركز 25 ساعة أسبوعيًّا، وفي المنزل 15 ساعة أسبوعيًّا، وإجمالي عدد الساعات (40) ساعة أسبوعيًّا.

والهدف من المنهج تعليم الطفل المهارات الاجتماعية واللغة والتواصُل بما في ذلك التعبير عن نفسِه وفهم الغير.

وينقسم برنامج دوجلاس إلى ثلاث مراحل:

1 – فصل التحضير: يتمُّ التدريب بشكلٍ فرديٍّ مع مربٍّ واحد لطفل واحد.

2 – فصل المجموعة الصغيرة: يُصبح معلم واحد لكل طفلين في هذه المرحلة.

3 – فصل الدمج في مرحلة رياض الأطفال: يَلتحِق التوحُّديون مع الأطفال العاديِّين، ويتلقَّى جميع الأطفال المنهج الاعتيادي.

تنبثق فلسفة دوجلاس في التعامل مع السلوكيات غير السوية للطفل من الاتجاه الحديث نسبيًّا لنظرية تعديل السلوك، وهو ما يُعرف بالمدخل الوظيفي لتعديل السلوك.

خلاصة العلاج:

التوحُّد من أشد الإعاقات التي تبدأ مع ميلاد الطفل وتستمر حتى مماته، ولا تنجو منها أو تشفي إلا نسبة ضئيلة لا تتعدَّى من 2٪ إلى 7٪، ويقتصِر ذلك على الحالات التي تُعاني من التوحُّد فقط، دون أن تكون مصحوبة بالتخلف العقلي أو إعاقات ذهنية أخرى.

وهناك تحسُّن في كل جوانب الاضطرابات النمائية الشاملة شملَت اللغة والمهارات التكيُّفية، والأكاديمية، والتفاعُل الاجتماعي، وخفض السلوك النمطي.

الفصل السابع

الضغوط النفسية لأُسر التوحُّديِّين

مفهوم الضغوط النفسية:

الضغوط النفسية هي أحداث حياتية أو ظروف شديدة تُؤدي إلى تغيُّرٍ في برنامج وأداء الأسرة المعتاد

أو عبارة عن حالة نفسية نتيجة ردود الفعل الداخلية الجسمية والسلوكية الناتجة عن الإحساس بالتهديد الذي تُدركه الأسرة من البيئة المحيطة.

كما يُمكن تعريف الضغوط النفسية لآباء الأطفال التوحُّديِّين بأنها ردود الأفعال التي يظهرها الآباء عقب معرفتهم بإعاقة أبنائهم، والإحساس المُتزايد بالصدمة، والشعور بالضيق والتوتر، ومشاعر الإحباط فيما يتعلَّق بسلوكيات أبنائهم، وطرق تعليمهم، وكيفية رعايتهم، والقلق على مستقبل الأبناء، والتعرُّض للإحراج الاجتماعي في مواقف عدة، والإحساس بالعزلة الاجتماعية.

أعراض الضغوط:

تتمثَّل أعراض الضغوط فيما يلي:

الألم العاطفي وهو خليط من الغضب والتهيج، والقلق والاكتئاب.

صداع توتري، آلام بالظهر والفك وتوتُّر العضلات يُؤدي إلى تمزق الأوتار ومشاكل في الأربطة.

مشاكل في المعدة والأمعاء مثل زيادة حموضة المعدة، والانتفاخ، والإسهال، والإمساك والقولون العصبي.

تيقُّظ شديد ومؤقت يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم، وتسارع في دقات القلب، وتعرُّق في اليدين، ودوخة وصداع نصفي، وضيق تنفس، وبرودة في القدمين.

أما الضغوطات المزمنة: فيمُكن أن تَقتُل من خلال الانتحار والعنف والنوبات القلبية، وهذه الضغوطات تؤدي إلى تناقص في القدرات النفسية والجسدية من خلال الإجهاد والإنهاك المستمر.

مصادر الضغوط النفسية لأسرة الطفل ذي الاحتياجات الخاصة:

أهم مصادر الضغوط النفسية التي تتعرَّض لها أسرة الأطفال التوحُّديين:

ضغوط مُتعلِّقة بالمشكلات المعرفية للطفل المُعوق: وتتضمَّن توتُّر الوالدَين بسبب صعوبة الفهم والانتباه، ونقصان الدافعية لدى

طفلِهم المُعوَّق، وعجز في قدرته على التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه، وقصور في قُدراته المعرفية في التعامل الإيجابي مع مُكوِّنات بيئته المهني.

ضغـوط مُتعلِّقـة بمشـكلات الأداء السـلوكي للطفـل: تـزداد الضغوط مع السـلوكيات الشاذَّة الصادرة عن الطفل التوحُّدي مثل السـلوكيات النمطية، واضطرابات الإخـراج، واضطرابات النوم، واضطرابـات الأكل، وإيـذاء الـذات، وسـلوكيات أخـرى متعلِّقة بارتداء الملابس ... إلخ.

ضغوط مُتعلِّقة بتحمل أعباء الطفل المالية: يُؤثر الطفل التوحُّدي على الأوضاع الاقتصادية للأسرة؛ حيث يحتاج إلى رعاية طبية، وإلى أدويـة وعمليـات لا سـيما إذا كان يُعـاني مـن اضطرابـات مصاحبة لحالة التوحُّد، والانتقال إلى مكان الدراسـة والعلاج، كما تزداد هذه الضغـوط الماليـة إذا انقطـع أحد الوالدَيـن عن عمله بسـبب رعاية الطفـل، وانقطاع الأم عـن العمل في الوقت الذي يجد الأب صعوبة في الحصـول على عمل لمواجَهة أعباء الطفل والأسرة. كذلك تُواجَه الأسرة بمشـكلات كبـيرة عنـد حصولها عـلى المخصصـات المالية؛ حيـث البيروقراطيـة الكبـيرة، والطبيعـة الظالمة أو المسـتبدَّة للعديد من وكالات المسـاعدة. أو حاجة الطفل التوحُّدي إلى الحصول على برامج متخصِّصة من قِبَل المدرسين.

ضغوط متعلقة بالمشكلات الأسرية والاجتماعية: تسوء العلاقات بين الوالدَين كلٍّ منهما للآخر بسبب الأعباء الملقاة على عاتقهما، وتزداد حالات التوتر والمنازعات والخلافات داخل منظومة الأسرة، بالإضافة إلى اللوم الموجَّه من أحد الوالدين إلى الآخر بأنه كان السبب في إعاقة الطفل، وقد تجدُ الأسرة صعوبات بالغة في إدارة هذه الصراعات والضغوط والتعامل معها؛ ومِن ثمَّ تتأثَّر العلاقات بين أفراد الأسرة، وقصور في قُدرة أعضاء الأسرة على إدارة الانفعالات فيما بينهم، ويَميل الأب إلى الانسحاب إما بشكلٍ مباشرة أو غير مُباشر، والأمهات في الواقع يُعانين من مشكلات للتوافُق مع القيود التي يفرضها قيامهنَّ بالدور الوالدي، والاضطراب الانفعالي والجسمي في أحد الزوجَين أو كليهما.

ضغوط مُتعلِّقة بالخوف على مستقبل الطفل: يخاف الناس عادة من المجهول، والوالدان اللذان يَعلمان بإعاقة طفلهما يعتريها خوف من المستقبل أن تسوء حالته، أو تتغيَّر أوضاع الأسرة بما لا يُساعد على الوفاء بحاجاته عندما يكبر، أو نبذ المجتمع له والخوف من المستقبل. "خبرة وجدانية غير سارة تنتج عن استغراق أمهات الأطفال المعوَّقين في التفكير تجاه ما يتوقَّع حُدوثه في المستقبل لأبنائهنَّ، وتكون مصحوبة بأعراض نفسية وجسمية متباينة". والإحساس باليأس لعدم قدرة الطفل التوحُّدي على رعاية نفسه، والقُدرة على الكسب، والزواج وتكوين أسرة في المستقبل، وإنه

سوف يظلُّ عالةً على أسرته طوال الحياة.

ضغـوط متعلِّقـة بالأعـراض النفسـية: يتعـرَّض الوالـدان إلى الإحباط الناتج عن التأثيرات السـلبية لسـلوك الطفل المعوَّق وكثرة مُتطلباتـه. والإحبـاط من المفاهيم الأساسـية التي يتـوارَد ذكرها في الكتابات التي تتناول الصحة النفسـية يتعرَّض أولياء أمور الأطفال المعوَّقين إلى مُستويات مُرتفعة من القلق ويتعرَّضون لمستويات عالية من الضغوط الانفعالية، وأنَّ الأمهات أكثر تأثرًا بهذه الضغوط.

ضغوط مُتعلِّقة بإخوة الطفل التوحُّدي:

أثبتت الدراسـات أن الأخوة (الأطفـال العاديِّين) الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ – ٢٠ سـنة، يلعبون مـع إخوانهم التوحُّديين بدرجة أقل من الإخوة العاديين لأفراد ذوي إعاقات نمائية أخرى، كما قرروا مشاعر الوحدة، وليس لهم أصدقاء.

وانتهـت نتائـج دراسـة روس وكيوسـكلي إلى أن ٨٤٪ مـن التوحُّديين يُبدون سلوكًا عدوانيًّا موجهًا لإخوانهم العاديِّين.

وانتهت نتائج دراسـة كونسـتانينو وآخريـن إلى وجود قصور في العلاقات الاجتماعية بين الإخوة العاديين وإخوانهم التوحُّديين. كما أن، هؤلاء الإخوة لديهم قلق.

وبالرغـم مـن أن هـذه الدراسـات قـد تناولت الجانب السـلبى

للعلاقات بين الطفل التوحُّدي وإخوته العاديين، فإنَّ هناك دراسات أخرى تناولت الجانب الإيجابي للعلاقة بين الطفل التوحُّدي وإخوته.

أساليب مواجهة الضغوط النفسية:

تحقيق الصحة النفسية لدى الآباء من خلال تفهُّم احتياجاتهم، وتخفيف حدة الاضطرابات النفسية التي يتعرضون لها، والخوف المتزايد على مستقبل الأطفال، وإشعارهم بالحب والتقبل.

العمل على استبعاد التوتُّرات لدى الوالدَين بالتركيز على الجوانب الإيجابية لدى الطفل التوحُّدي، وأن هناك فُرصًا جيدة لعلاج أوجه القصور لدَيه.

تكثيف البرامج الإرشادية والعلاجية للطفل التوحُّدي، والتي تخفض أو تُقلل من سلوكياته الشاذة مما يُخفِّف وطأة الضغوط التي يُعاني منها أولياء الأمور.

أن يُظهر المرشد النفسي لأولياء الأمور الاهتمام بالطفل التوحُّدي وأن يُشجعهم على الانخراط في البرامج الخاصة بذلك، كما يجب أن يتَّسم بالشفافية والوضوح في مشاعره، واتجاهاته نحو العمل مع الأطفال التوحُّديين.

ضرورة أن تُتيح الفرص الجيدة لدمج الأطفال التوحُّديين مع

أقرانهم العاديِّين في الفصول الدراسية العادية.

أن تقـوم المؤسسـات بالتخفيف من ضغـوط الوالدَين من حيث توفير العقاقير الطبية المناسبة، وتوفير الأجهزة ومستلزمات تدريب الأطفال.

تشـجيع الإخـوة العاديِّـين للطفـل التوحُّدي عـلى الانخراط في أنشـطة تعاونيـة معهـم، وإظهـار الحـب والتقبل لهـم، وضرورة أن يشـعر التوحُّدي بأنه لا يُمثل عبئًا على أسرته وضرورة تحقيق الدمج الاجتماعي بأشكاله المختلفة وبوسائل متنوعة.

الدعم الاجتماعي المناسب ضرورة تقديم وَفق الحاجات الحقيقيَّة للأسرة ومُقتضيات البرامج اللازمة للابن التوحُّدي.

تقييم الدعم المتاح والمُقدم للأسرة ضرورة.

تحديد مقدار التوافُق بين الدعم المتاح وحاجات الأسرة.

الكشف عن مقومات الدعم الكافي والمناسب.

تحديـد الخصائص المناسـبة لأنظمة الدعم الاجتماعـي (التنوع – التكامل – الشمول).

تقييم حجم شـبكة الدعم الاجتماعي عند تحديد أشـكال الدعم الاجتماعي التي تَعتمِد عليها الأسرة التي ترغب في تطويره.

وإجمالًا: تختلف الخدمات المقدمة لأسر التوحُّديين باختلاف المتغيرات التي تطرأ على التوحُّدي وأسرته، ويُمكننا تحديد محاور الخدمات التي يحتاجها التوحُّدي وأسرته في التالي:

محور الخدمات الطبية والصحية.

محور خدمات الرعاية النفسية.

محور خدمات الرعاية الاجتماعية.

محور خدمات الرعاية التأهيلية.

خدمات مقدَّمة لأسرة التوحُّدي:

محور خدمات الرعاية المجتمعية.

محور الخدمات الإرشادية.

محور الخدمات المعرفية.

محور الخدمات التأهيلية التواصلية.

كما تُواجه أسر التوحُّديين مشاكل مُتباينة من أبرزها:

مشكلة تأمين مستقبل التوحُّدي.

مشكلة توظيف التوحُّدي.

مشكلة تزويج التوحُّدي.

مشكلة التعامل مع الحاجات الجنسية للتوحُّدي.

مشـكلة توفير خدمات تربوية واجتماعيـة ومهنيَّة خاصَّة بصورة سريعة وآمِنة وسَهلة للتوحُّدي وأسرته.

مشـكلة الحاجـة الملحـة إلى تطويـر وظيفـي للبرامـج الفرديـة للتوحُّدي.

مشـكلة الحاجة الملحة إلى تطوير الأساليب السلوكية المستخدمة مع التوحُّدي.

مشكلة التهيئة للدمج الجزئي والكلي.

مشكلة التواصل السريع مع المختصِّين والمراكز المتخصصة.

وتطلع أسر التوحُّديين إلى الخدمات الآتية:

تنظيم حملات توعية نوعية ومكثفة.

تنظيم لقاءات لتبادل الخبرات بين أسر التوحُّديين.

إصدار نشرات دورية لذات الموضوع.

تنظيم أنشطة اجتماعية وترفيهية لأسر التوحُّديين.

توفير وإتاحة فُرَص لعلاج مشاكل النطق والكلام والتواصل.

توفير فرص العلاج الوظيفي.

توفير فرص الحصول على التدريب على المهارات الاجتماعية.

توفير طبيب أطفال.

توفير طبيب أعصاب.

توفير مختص نفسي.

توفير مختص علاج بالقرآن.

توفير معالج سلوكي.

توفير مختص تغذية وحمية.

توفير مختص علاج طبيعي.

توفير مختص تمريض.

توفير مختص العلاج باللعب.

توفير مدرب متخصص تربية رياضية.

توفير مدرب متخصص تربية فنية.

توفير مصمم برامج تعديل سلوك.

توفير مصمم برامج التهيئة للدمج.

توفير مصمم برامج العلاج الحسي الحركي.

توفير خدمات النقل.

توفير خدمة المساندة والإرشاد واستشارة الفورية.

توفير مُصمم برامج التقييم والتطوير.

توفير مدرب مهارات حياتية.

توفير نظم العلاج والتطوير عن طريق الإنترنت.

خاتمة

إن ارتفاع معدلات الإصابة بالتوحُّد وما قد يرتبط به من إعاقات وتقدُّم سـبُل التعامُل والمعالجة، وما يواكب ذلك من التطور المذهل لوسـائل وقُدرات التواصل الإنسـاني مع سرعة سـير مجريات الحياة وكثـرة أعبائها مما سـاهم في زيادة الفجـوة وعُمق مُعانـاة التوحُّدي وأسرتـه وزاد مـن حاجتـه للدعـم والمسـاندة مـن الاختصاصيِّـين والمهتمين ومؤسسـات المجتمع، ولعلَّ هذا الجهد المتواضع يسهم في ذلك.

مجدي هلال

المراجع

أولًا: المراجع العربية:

- ماجد السيد علي عمارة (٢٠٠٥م)، إعاقة التوحُّد، ط/ ١، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- أيمن البلشة، الخصائص والفروق بين الأطفال المتوحِّدين والمتخلِّفين (رسالة ماجستير غير مطبوعة: - الجامعة الأردنية، عمان).
- سيمون كوهين وباتريك بولتن (٢٠٠٠م)، حقائق عن التوحُّد، ترجمة عبدالله إبراهيم الحمدان، ط/ ١، الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.
- طلعت حمزة الوزنة (٢٠٠٤م)، التوحُّد بين التشخيص والعلاج، ط/ ١، الرياض:

(مجلة المنال ع ١٩٣ أبريل ٢٠٠٥م السنة ١٨، ٢٠).

- إبراهيم عبدالله الزريقات (٢٠٠٤م)، التوحُّد الخصائص والعلاج، ط/ ١، عمان: دار الفكر.
- محمد الفوزان (٢٠٠٣م)، التوحُّد المفهوم والتعليم والتدريب، ط/ ١، الرياض.

كتاب المدخل إلى التربية الخاصة د/ يوسف القريوتي د/ عبد العزيز السرطاوي د/ جميل الصمادي.

- فضيلة الراوي وآمال صالح: التوحُّد - الإعاقة الغامضة، الدوحة

١٩٩٩.
- نادية إبراهيم أبو السعود: الطفل التوحُّدي، القاهرة، المكتب العلمي، ٢٠٠٠م.
- دراسة حول تقدير والدي الأطفال المصابين بالتوحُّد للاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم في دولة الكويت والمملكة العربية السعودية، المجلة التربوية (جامعة الكويت)، العدد ٤٥، المجلد ١٢، خريف ١٩٩٧م.
- طارق مسلم الشمري: المهارات الاجتماعية لدي التلاميذ، الكويت، مركز الكويت للتوحُّد، ١٩٩٦م.
- عادل عبد الله محمد: مقياس الطفل التوحُّدي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٠م.
- العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، القاهرة، دار الرشاد، ٢٠٠٠م - أ.
- الأطفال التوحُّديون، دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة، دار الرشاد، ٢٠٠١م.
- عبد الرحمن سيد سليمان: الذاتوية، القاهرة، زهراء الشرق، ٢٠٠٠م.
- عبد الرحيم بخيت: الطفل التوحُّدي (الذاتي - الاجتراري)، القياس والتشخيص الفارق، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، ١٠ - ١٢ نوفمبر ١٩٩٩.
- عبد الله إبراهيم الحمدان: حقائق عن التوحُّد، السعودية، أكاديمية التربية الخاصة، ٢٠٠٠م.
- فوزية الأخضر: الفئات الحائرة، الرياض، دار عالم الكتب، ١٩٩٧.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

- محمد بن أحمد بن عبد العزيز الفـوزان: التوحُّد ط٢، المفهـوم والتعلـيم والتدريـب، مرشـد إلى الوالدَيـن والمهنيِّـين، دار عـالم الكتـب للطباعة والنشر والتوزيع، الرياض، ٢٠٠٠م - ١٤٢١هـ.
- محمـد عـلى كامـل: مَن هـم ذوي الأوتيـزم؟ القاهـرة، مكتبـة النهضـة المصـرية، ١٩٩٨م.

سـميرة السـعدي: مُعانـاتي والتوحُّـد، دار ذات السلاسـل، الكويـت، ١٩٩٧م.

سعود بن عيسى الملق: مُتلازمة داون، السعودية، ١٩٩٩م.

ثانيًا: المراجع الأجنبية:

- Aarons, M. & Gittens, I. (1992); The handbook of autism: A

guide for parents and professionals. New York: Rout ledge.

17 - Carpentieri, S. & Morgan, S. (1996); Adaptive and

intellectual Functioning in autistic and non autistic retarded

children. Journal of Autism and Developmental Disorders, vol -

26, N.6.

18 - Davison, G & Neale, J. (1990); Abnormal Psychology. 5th

ed., New York: John Wiley & sons.rly acquisition of a theory.

Vol. 63, N. l.

20 - Giddan, J. (1990); Farm - Life skills training of autistic adults

at bittersweet Farms. Paper Presented at the Annual Convention

of the American Speech - Language - Hearing Association; Seattle.

WA, Nov. 16 - 19.

21 - Hobson, R. & Lee, A. (1998); Hello and good bye: A study

of social engagement in autism. Journal of Autism and

Developmental Disorders, vol - 28, N.2.

22 - Marcia, D. (1990); Autism and Life in the Community:

Successful Intervention for Behavioral Challenges. London:

Pawl, H. Co.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

23 - Matson, D - et al (1990); Teaching self - Help skills to autistic
and Mentally Retarded Children. Research in Developmental
Disabilities, Vol. 11, N.1.
24 - Walters, Anne S. et.al (1990); A case report of Naltrexone
treatment of self - injury and social - withdrawal in autism.
Journal of Autism and developmental Disorders, Vol. 20, N.2.

الفهرس

تقرأ في هذا الكتاب 5
المقدمة 7
لماذا نكتب عن التوحُّد؟ 7
الفصل الأول: التوحـــــــد 9
طبيعة التوحُّد: 9
لمحة تاريخية: 9
أهمية بحوث التوحُّد: 13
تعريفات تناولت مفهوم التوحُّد: 15
أنواع التوحُّد: 16
معدلات انتشار التوحد: 18
الفصل الثاني: الأسباب المحتمَلة للتوحد 21
من أهم أسباب التوحُّد: 22
الفصل الثالث: سمات التوحُّديين 37
النمو الحركي: 41
المهارات الحسية الحركية: 45
الجنس والتوحُّد: 46
الفصل الرابع: التشخيص 63
أولًا التشخيص: 63
أهداف التشخيص: 63

الشروط الواجب توفُّرها في التشخيص: 64
مراحل التشخيص:..... 66
أسباب صعوبة تشخيص التوحُّد: 69
أساليب التشخيص:..... 72
الفرق (تشخيصيًّا) بين التوحُّد والاضطرابات الأخرى..... 84
معدلات انتشار الإسبرجر:..... 94
مقاييس التوحُّد 117
قائمة سكوبلر المعدلة (PEP – R) 122
مقياس الطفل التوحُّدي (إعداد عادل عبد الله، 2003): 126
الاستبيان السلوكي والنمائي لاضطرابات طيف التوحُّد: 127
فريق التشخيص متعدِّد التخصُّصات.....129
الفصل الخامس: عـــــلاج التوحُّـــــد 135
فوائد مشاركة الآباء في برامج التدخل المبكر 143
البرامج المنزلية للطفل التوحُّدي: 144
ثانيًا: العقاقير الطبية والتوحُّديين:.....145
ثالثًا: العلاج بالدمج الحسي: 148
علاج بعض الاضطرابات السلوكية لدى التوحُّديين 157
علاج إيذاء الذات والسلوك العُدواني: 157
علاج المشكلات الغذائية والهضمية: 158
علاج اضطرابات الإخراج 162
علاج اضطرابات النوم: 165

علاج السلوكيات النمطية: 166
خامسًا: علاج قصور المهارات الاجتماعية: 168
من الشروط الواجب توفرها في لعب الطفل التوحُّدي: 173
أساليب التعلم الابتكاري لدى الأطفال التوحُّديِّين: 180
سابعًا: الاستراتيجيات التعليمية للأطفال التوحُّديِّين: 182
ثامنًا: أوضاع الدمج المدرسية للأطفال التوحُّديِّين: 187
المهارات التي يجب أن يتعلَّمها الطفل التوحُّدي للدمج: 188
تاسعًا: التدخلات العلاجية لاكتساب اللغة: 193
عاشرًا: علاج الاضطرابات النفسية: 194
علاج الخوف لدى التوحُّديين: 195
الحادي عشر: البرامج التربوية الشاملة: 195
الفصل السابع: الضغوط النفسية لأُسر التوحُّديِّين 203
خاتمة 215
المراجع 217
الفهرس 222