

مهارات الحب الوالدي

مدخل

علاج وتأهيل طفل التوحد

(الأوتيزم)

تأليف

د. إبراهيم زكي عبد الجليل

استشاري علم النفس والإحتياجات الخاصة

طبعة ٢٠١٩

عبد الجليل ، إبراهيم زكي

مهارات الحب الوالدي: مدخل علاج وتأهيل طفل التوحد (الأوتيزم) إبراهيم زكي
عبد الجليل، - الجيزة: أطلس للنشر والإنتاج الإعلامي، ٢٠١٨ .

٥٠٤ ص ، ٢٤ سم

تدمك: . ٩٧٨ ٩٧٧ ٣٩٩ ٦٩٧

١- التوحد (الأطفال)

٢- الأطفال - علم نفس

أ- العنوان

٦١٨,٩٢٨٥٨٨٢

مهارات الحب الوالدي

مدخل

علاج وتأهيل طفل التوحد

(الأوتيزم)

تأليف

د. إبراهيم زكي عبد الجليل

استشاري علم النفس والإحتياجات الخاصة



الكتاب : مهارات الحب الوالدى: مدخل علاج وتأهيل طفل
التوحد الأوتيزم

المؤلف : د. إبراهيم زكى عبد الجليل

الناشر: أطلس للنشر والإنتاج الإعلامى ش.م.م

٢٥ ش وادى النيل – المهندسين – الجيزة

sales@atlasdic.com

www.atlas-publishing.com

تليفون : ٣٣٠٤٦٥٨٥ – ٣٣٠٤٢٤٧١ – ٣٣٠٢٧٩٦٥

فاكس : ٣٣٠٢٨٣٢٨

أطلس للنشر والإنتاج الإعلامى
ش.م.م

عادل المصرى

عقبتنا بحاليس (الأولاد) لآراء
ع عن ٣٣٠٢٧٩٦٥ ش.م.م
أطلس للنشر والإنتاج الإعلامى
ش.م.م

نوران المصرى

رقم الإيداع

٢٠١٨/١٦٩٩٧

الترقيم الدولى

٩٧٨-٩٧٧-٣٩٩-٦٩٧-٠

الطبعة الاولى

طبعة ٢٠١٩

افتتاحية الكتاب



[يُؤْتِي الْحِكْمَةَ مَنْ يَشَاءُ وَمَنْ يُؤْتَ الْحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا كَثِيرًا وَمَا يَذَّكَّرُ إِلَّا
أُولُو الْأَلْبَابِ]. صدق الله العظيم

سورة البقرة: الآية (٢٦٩)

الهدى

قال تعالى: بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ [وَاللّٰهُ أَخْرَجَكُمْ مِّنْ بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ]. سورة النحل: الآية (٧٨)

الحمد لله رب العالمين و الصلاة و السلام على المبعوث رحمة للعالمين وعلى آله و صحبه و التابعين و من تبعهم بإحسان إلى يوم الدين، اللهم لك الحمد كله والشكر كله كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانتك وعلو مكانك. اللهم لك الحمد والشكر مليء السموات والأرض وما بينهما ومليق ما شئت من بعد.

اللهم لك الحمد والشكر على نعمة الرحمة فأنت عزل وجل: [الرَّحْمٰنُ (١) عَلَّمَ الْقُرْآنَ (٢) خَلَقَ الْإِنْسَانَ (٣) عَلَّمَهُ الْبَيَانَ(٤)]. سورة الرحمن: الآية (١ : ٤)

فرحمتك وسعت كل شيء فأنت أرحم علينا من والدينا، الحمد لك كله والشكر لك كله على نعمة قضاء حوائجنا بيدك أنت وحدك، وعلى تسخير نعمة العقل فيما يرضيك ولا يغضبك، وعلى هدايتك في طريق العلم فنسألك وندعوك مع كل نبضة قلب أن تجعله نافعا معلماً وتجعله صدقة جارية لوالدينا ولي ولزوجتي ولأولادي دنية وآخرة.

وبعد....

أهدي هذا العمل المتواضع إلى كل من علمني حرف منذ أن أدركت الحياة وقوة أناملي علي مسك القلم والكتاب، وكما قال الشاعر:

أرأيتَ أشرفَ أوَ أجلَ منَ الذي ●●● يَبْنِي وَيُنْشِئُ أَنْفُسًا وَعُقُولًا
سُبْحَانَكَ اللَّهُمَّ خَيْرَ مُعَلِّمٍ ●●● عَلَّمْتَ بِالْقَلَمِ الْقُرُونِ الْأُولَى
أَخْرَجْتَ هَذَا الْعَقْلَ مِنْ ظُلُمَاتِهِ ●●● وَهَدَيْتَهُ النُّورَ الْمُبِينِ سَبِيلاً

(أحمد شوقي)

والإهداء الموصول لوالدي سبب وجودي في الحياة، وإلى زوجتي الغالية.

كما أهدي هذا العمل إلى بناتي أحبابي وقررة عيني (مريم ورحمة ورقية)

وصدق الشاعر حينما قال:

وَأَنَّمَا أَوْلَادُنَا بَيْنَنَا ●●● أَكْبَادُنَا تَمْشِي عَلِي الْأَرْضِ
لَوْ هَبَّتِ الرِّيحُ عَلِي بَعْضَهُمْ ●●● لَا مَتَّعَتْ عَيْنِي عَنِ الْغَمِّضِ

(حَطَّانُ بْنُ الْمُعَلَّى)

وأقول:

ولي ثلاثة ملائكة بالقلب ساكنة
مريم علي اسم أفضل نساء العالمين
ورحمة ما أحلاها فالرحمن الرحيم صفة رب العالمين
ورقية وما أرقاها فاسم بنت خير المرسلين

ومهما مرت السنين فلن ولم أنسي من أذاقوني طعم الحب والحنان عندما
أبصرت الحياة (جدي وجدتي) لوالدتي رحمها الله وأدخلهما فسيح جناته.
وأخيراً أأمل أن يحقق هذا الجهد المتواضع الغرض الذي وضع من أجله.

المؤلف

الموضوع

٥	..... افتتاحية الكتاب
٧	..... إهداء
١٩	..... مقدمة الكتاب
٢٣	..... الجزء الأول: التوحد (الأوتيزم)
٢٥	..... الباب الأول اضطراب التوحد (الأوتيزم) نظرة شاملة:
٢٧	..... الفصل الأول: اضطراب التوحد
٢٩	..... مقدمة:
٣١	..... لمحة تاريخية عن اضطراب التوحد
٣٥	..... المفهوم اللغوي لإضطراب الأوتيزم
٣٨	..... المفهوم الإصطلاحي لإضطراب التوحد
٤٥	..... مسميات وأنواع اضطراب الأوتيزم المختلفة
٥٢	..... مدي شيوع اضطراب التوحد
٥٩	..... الفصل الثاني: المشكلات الصحية لدى طفل التوحد
٦١	..... تقديم
٦٢	..... الأمراض المصاحبة أحياناً لمرض التوحد
٦٤	..... الهجمات البكتيرية الشديدة علي الجسم أثناء الإصابة بالتوحد
٦٤	..... تصنيفات التوحد ما بين الخفيف إلى الحاد

٦٦	شدة ومستويات اضطراب التوحد
٧١	الفصل الثالث: أسباب اضطراب التوحد
٧٣	تقديم
٧٤	العوامل المسببة لإضطراب للتوحد
٧٧	آراء العلماء حول أسباب التوحد
٧٨	تصنف وجهات النظر حول أسباب التوحد
٨١	يتصف الطفل التوحدي في مرحلة الطفولة المبكرة بما يلي
٨٣	الأسباب البيئية النفسية للتوحد
٨٥	أمراض وراثية تزيد نسبة التوحد
٩٩	النظريات والنماذج المفسرة للتوحد
٩٩	أولاً: نظرية المنشأ النفسي
١٠٠	ثانى أ: النظرية البيولوجية
١٠١	ثالثاً: نظريات المخ
١٠٢	رابعاً: نظرية الكلى (النظرية الصينية)
١٠٣	سادساً: النظرية المعرفية
١٠٤	سابعاً: نظرية الإضطراب الأيضي
١٠٥	النماذج التي فسرت التوحد
١٠٥	أ- النموذج الإجتماعي لتفسير الأوتيزم
١٠٥	ب)- النموذج النفسي لتفسير الأوتيزم

١٠٨	أسباب صعوبة تحديد العوامل المؤدية للإصابة بالتوحد
١٠٩	الباب الثاني الأعراض والتشخيص لإضطراب التوحد(الأوتيزم)
١١١	الفصل الرابع:الأعراض/الخصائص/السمات.....
١١٣	تقديم.....
١١٤	سمات وخصائص طفل التوحد
١١٦	الأعراض المميزة من فترة (٦-١٢) شهراً.....
١١٧	الخصائص العامة للأطفال التوحديين
١٧٤	المشكلات النفسية والسلوكية لدى أطفال التوحد.....
١٧٩	الفصل الخامس: التشخيص.....
١٨١	المقدمة.....
١٨٢	الشروط التي يجب أن تتوافر في القائمين على التشخيص.....
١٨٤	المؤشرات العامة لإضطراب الأوتيزم.....
١٨٦	تشخيص حالات واضطرابات التوحد.....
١٩٤	المحكات التشخيصية لإضطراب طفل التوحد.....
٢١٠	ضرورة الإكتشاف المبكر.....
٢١٨	أدوات كثر استخدامها في الدراسات التشخيصية.....
٢٢٥	معايير التشخيص.....
٢٣٦	التشخيص الفارق.....
٢٤١	أسباب عدم الإهتمام بفتة الأطفال التوحديين.....

٢٤٣	..... صعوبات تشخيص اضطراب التوحد
٢٤٧	..... الفصل السادس: التوحد والحمية الغذائية
٢٤٩	..... مقدمة
٢٥٠	..... التوحد والحمية الغذائية
٢٥٢	..... النظريات الغذائية عن التوحد
٢٥٥	..... العناصر الغذائية المساعدة على ظهور اضطراب التوحد
٢٥٧	..... المشاكل الغذائية المصاحبة لمرض التوحد
٢٦٠	..... أنواع العلاجات الغذائية لطفل التوحد
٢٦٣	..... أنواع الأغذية المسموحة لطفل التوحد
٢٦٣	..... دور الوالدين في الحمية الغذائية
٢٦٥	..... علامات التحسن التي ستطرأ على التوحيدي
٢٦٧	..... الباب الثالث استراتيجيات وبرامج تدريبية لطفل التوحد
٢٦٩	..... الفصل السابع: استراتيجيات لعلاج وتأهيل طفل التوحد
٢٧١	..... مقدمة
٢٧٢	..... مبادئ التدخل العلاجي لإضطراب التوحد
٢٧٢	..... إختبارات تعليمية لوضع الخطة الفردية لطفل التوحد
٢٧٣	..... تقسيم المهارة المعقدة إلى مهارات بسيطة
٢٧٦	..... طرق علاج اضطراب التوحد
٢٧٦	..... علاج اضطرابات التوحد

٢٨٢	.....أنواع التدخلات العلاجية السلوكية
٢٨٣	.....١-برنامج لوفاس
٢٨٤	.....٢-برنامج (TEACCH) معالجة وتعليم الذاتيين
٢٨٥	.....٣-التدريب على المهارات الإجتماعية (SST)
٢٨٦	.....٤-برنامج(PECS) استخدام الصور في التواصل
٢٨٦	.....٥-العلاج بالحياة اليومي (DLT)مدرسة هيجاش)
٢٨٧	.....٦-العلاج بالتكامل الحسي(SIT)
٢٨٨	.....٧-التواصل الميسر(FC)
٢٨٨	.....٨-العلاج بالمسك أو الإحتضان(HT)
٢٨٩	.....٩-العلاج بالتدريبات البدنية(PE)
٢٩٠	.....١٠-التعليم اللطيف(GT)
٢٩٠	.....١١-العلاج بالموسيقى(MT)
٢٩٠	.....١٢-برنامج سن رايز (Son Rise)
٢٩١	.....١٣-برنامج فاست فورورد (Fast For Word)
٢٩٢	.....١٤-العلاج بالقصص الإجتماعية
٢٩٢	.....١٥-العلاج بالفن(Art Therapy)
٢٩٣	.....١٦-العلاج باللعب (Play therapy)
٢٩٣	.....١٧-العلاج البرامج القائمة على البني الثابتة والمتوقعة
٢٩٤	.....١٨-الأساليب العلاجية الأخرى

٢٩٦	..... الأدوية التي يستعملها ذوي اضطراب التوحد
٢٩٨	..... دور الأسرة في علاج وتدريب طفلها الذاتوي
٣٠٠	..... الإحتياطات قبل علاج اضطراب التوحد
٣٠١	..... احتمالات التحسن في أعرض التوحد
٣٠٣	..... أفضل الوسائل مع طفل التوحد
٣٠٥	..... الوقاية والعلاج من طيف التوحد
٣٠٩	..... الخطوات التي يخضع لها طفل التوحد للعلاج التأهيلي
٣١٦	..... أفضل الإستراتيجيات مع السلوكيات غير المناسبة
٣١٩	..... الجزء الثاني: مهارات الحب الوالدي والتوحد
٣٢١	..... الباب الرابع مفاهيم واستراتيجيات مهارات الحب الوالدي
٣٢١	..... (علاج وتأهيل طفل التوحد)
٣٢٣	..... الفصل الثامن: مفاهيم ونظريات
٣٢٥	..... تقديم
٣٢٦	..... معنى الحب وأصل اشتقاقه
٣٢٧	..... الحب اصطلاحياً
٣٢٩	..... تعريفات و معاني الحب الوالدي في البحوث السيكولوجية
٣٣٦	..... المناحي والنظريات والنماذج المفسرة للحب
٣٤٠	..... محددات الحب
٣٦٠	..... مبادئ لتتمية وتفسير الحب

٣٦٢	..... مفهوم المهارات الوالدية
٣٦٣	..... نظريات تناولت مفهوم الحب
٣٦٩	الفصل التاسع: العلاقة بين مهارات الحب الوالدي وعلاج التوحد...
٣٧١	..... مقدمة
٣٧٢	..... فسيولوجية الحب
٣٧٣	..... أنواع الحب
٣٧٤	..... المهارات الوالدية
٣٧٥	..... الآثار النفسية لسلوك الحب
٣٧٧	..... الملاح السيكولوجية للحب
٣٨١	..... بعض الصفات التي يتصف بها الحب
٣٨١	..... الأضرار والأزمات التي تصيب الوالدين نتيجة التوحد
٣٨٣	..... سمات مشتركة لوالدي الأطفال الذاتويين
٣٨٥	..... أهم مهارات الحب الوالدي
٣٩٢	..... الممارسات الضرورية لإضفاء الدفء الوالدي على جو الأسرة
٣٩٣	..... أبعاد المهارات الوالدية
٣٩٤	..... عوامل ومكونات الرعاية الوالدية التي تشتمل علي الحب الوالدي
٣٩٨	..... العوامل المؤثرة على أنماط المعاملة الوالدية والحب الوالدي
٤٠٠	..... أهم أساليب الحب الوالدي لتربية الأبناء
٤٠١	..... تأثير مهارات الحب الوالدي على الحالة السلوكية والنفسية لطفل التوحد

٤١٧	..... الفصل العاشر: استراتيجيات تنمية
٤١٧	..... مهارات الحب الوالدي وتأهيل الطفل
٤١٩	..... تقديم
٤١٩	..... تقبل طفل التوحد لدي أسرته
٤٢٢	..... العلاقة بين الوالدين وطفل التوحد
٤٢٤	..... أهمية الإرشاد الأسرى
٤٢٥	..... الإستراتيجيات إرشاد والدى الأطفال التوحدين
٤٢٦	..... الإستراتيجيات لتنمية مهارة الحب الوالدي
٤٣١	..... الإستراتيجيات لبرامج تدريب طفل التوحد
٤٣٤	..... أساليب التعامل الوالدي الإيجابي مع طفل التوحد
٤٣٤	..... الحب الوالدي ونماذج من التدخل السيكولوجي
٤٣٥	..... خطوات إعداد خطة سلوكية
٤٣٧	..... أهمية مشاركة الوالدين في برامج علاج طفلها التوحدي
٤٣٨	..... فوائد تعود على الأسرة لمشاركة الوالدين في برامج التدريب
٤٣٩	..... الخطوات التي تساعدكم في تعديل سلوك الطفل
٤٤١	..... عوامل مساعدة أطفال التوحد للوصول إلى مستوى أفضل من السلوك
٤٤٣	..... المراجع
٤٤٣	..... المراجع العربية
٤٦٣	..... المراجع الأجنبية

٥٠١ مواقع علي شبكة المعلومات.....٤٣٢-٤٣٣

ملاحق الدراسة

أولاً: فهرس الأشكال:

رقم الشكل

- ٦٣ (١) المناطق الدماغية ذات العلاقة بإضطراب الأوتيزم
- ٦٤ (٢) أنواع الهجمات الشديدة علي الجسم أثناء الإصابة بالأوتيزم.....
- ١٠٦ (٣) نموذج نفسي لتفسير نشأة وتطور أعراض الأوتيزم.....
- ١٦١ (٤) المناطق النيورولوجية بالقشرة المخية.....
- ٣٣٨ (٥) بنية الحب كتدرج هرمي «لفيهر وروسيل».....
- ٣٤٥ (٦) نظرية النموذج المثلي للحبّ «استيرنبرج».....
- ٣٦٢ (٧) العلاقة بين أبعاد الحب الوالدي واضطرابات النطق واللغة.....
- ٤١٥ (٨) مصادر الحب المؤثرة في الطفل.....

ثانياً: فهرس الجداول:

رقم الجدول	موضوع الجدول
٦٨	(١) درجات الشدة لإضطراب طيف التوحد.....
١٦٧	(٢) الأطفال ذوي الأوتيزم لديهم اضطراب وعجز في تشغيل المعلومات..
٢٩٦	(٣) الأدوية التي يستعملها ذوي اضطراب التوحد.....

مقدمة الكتاب

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على النبي الهادي الأمين سيدنا محمد وعلي آله وأصحابه ومن اهتدي بهديه إلى يوم الدين .

يقول الله تعالى: بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ [الْمَالُ وَالْبَنُونَ زِينَةُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَالْبَاقِيَاتُ الصَّالِحَاتُ خَيْرٌ عِنْدَ رَبِّكَ ثَوَابًا وَخَيْرٌ أَمَلًا] . سورة الكهف: الآية (٤٦)

من النعم العظيمة التي وهبنا الله إياها نعمة الأولاد، فكثير منا خاصة الأب والأم داخل المجتمع العربي بأسره يترقب بطموح - بعد سرور واشتياق وتفاؤل - للمولود الجديد مع كل الآمال العظيمة لمستقبل باهر مزدهر مرسوم ومخطط له مسبقاً لهذا الطفل المنتظر حتى يأتي إلى عالمنا الواقعي، ويتواجد كفرد من أفراد الأسرة .

ولكن كما قال الشاعر:

شَرُّ الْعَوَاقِبِ يَأْسٌ قَبْلَهُ أَمَلٌ ●●● وَأَعْضَلُ الدَّاءِ نُكْسٌ بَعْدَ إِبْلَالٍ

(البحثري)

وسرعان ما ينقلب الطموح إلى يأس والسرور إلى حزن والإشتياق إلى كره والتفاؤل إلى تشاؤم عند معظم الآباء والأمهات عندما يصطدمون بواقع غير محسوب عندما يشخص طفلهم - من قبل المختصين - في الشهور ما بين (٣٠: ٤٢) شهراً من العمر أنه مصاب باضطراب التوحد (الأوتيزم)، وحينما يتعرف الوالدين علي هذا الإضطراب يجدونه من أخطر اضطرابات النمو السائدة، وأحد الإعاقات الإنفعالية الشديدة التي تنتشر في مرحلة الطفولة والتي تعوق جوانب النمو المختلفة مثل التفاعل الإجتماعي، والتواصل مع الآخرين، ومنها اضطراب «ريت» - Rett's disorder ، واضطراب أسبرجر Asperger's disorder وغيرهما من الإضطرابات المعوقة للنمو النفسي السليم في مرحلة الطفولة .

ومن خلال العمل مع تلك الفئات باحثاً ومعالجاً، وتتبع الأدب السيكولوجي وجد أن موضوع التوحد (الأوتيزم) تم تناوله في مراجع ودراسات أجنبية أكثر مما تم

تناوله في المراجع والدراسات العربية بكثير، بالإضافة إلى افتقار المتعاملين مع الطفل الذاتوي وهم: الوالدين (آباء / أمهات) والقائمين بعمليات العلاج والتأهيل وتعديل السلوك الكثير من الأساليب والإستراتيجيات العلمية والمناسبة للتعامل مع طفل الأوتيزم خلال رحلة العلاج والتأهيل النفسي والسلوكي.

وأيضاً التحديات الكبيرة التي تواجه أسر طفل التوحد (الأوتيزم) ولمقدمي الخدمات من المتخصصين (نفسيين/ تنمية مهارات/ لغة وتخاطب، اجتماعيين إلخ. وغيرهم حسب طبيعة اضطراب الأوتيزم.

ومن أجل ذلك أردت من خلال هذا الكتاب وبتقديمه للمكتبة العربية أن يكون مصباحاً ينيير الطريق للوالدين (الآباء والأمهات) خلال رحلة علاج وتأهيل وتعديل سلوكيات طفلهم الذاتوي، ومعينا ومساعداً للأكاديميون وللباحثين في مجال علم النفس والفئات الخاصة، وطلاب الدراسات العليا المتخصصة، وليتعرفوا علي اضطراب الأوتيزم واستراتيجيات التعامل مع هذا الإضطراب طبقاً لطبيعة نوعيته والظروف النفسية التي تحاط بالطفل الذاتوي، للوصول بالطفل إلى أفضل تأهيل وتعديل لسلوكياته وفي أقصر فترة ممكنة.

ومما سبق أقدم البشري لوالدي (آباء/أمهات) الأطفال الذاتويين كما في قوله تعالى: بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ [وَيَسْتَبْشِرُونَ بِالَّذِينَ لَمْ يَلْحَقُوا بِهِمْ مِنْ خَلْفِهِمْ أَلَّا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ]. سورة آل عمران: الآية (١٧٠)

وكما قال الشاعر:

وَإِذَا تَمَنَّيْتَ الْحَيَاةَ كَبِيرَةً ●●● بَلَّغَتْهَا بِكَبِيرَةِ الْأَعْمَالِ

(خليل مطران)

والكتاب الذي بين أيديكم ينقسم إلي جزئين الأول (التوحد)، والثاني (مهارات الحب الوالدي) وتم تناوله من خلال رسالة دكتوراه المؤلف.

فالمعمل الجاد الدقيق خلال رحلة العلاج والتأهيل لطفل التوحد وبإستراتيجيات أساسها العلم والبحث والعلمي سواء من قبل الوالدين والإختصاصيين، يؤدي إلى نتائج إيجابية لسلوكيات الطفل الذاتوي والوصول إلى أفضل المستويات العلاجية والتأهيلية.

ولذلك تناول الكتاب بالتركيزعلي عديد من القضايا والتي من شأنها أن تأثر إما سلباً أو إيجاباً علي علاج وتأهيل طفل التوحد، وهذه القضايا قضية عدم التقويم الجيد لشدة الحالة النفسية والسلوكية التي عليها الطفل الذاتوي، وبالتالي يخطأ الوالدين في التعامل مع هذا الطفل ومع متطلباته الفعلية، وقضية عدم وجود استراتيجيات وبرامج تأهيلية ملزمة للوالدين وجيدة للتأهيل النفسي لوالدي الطفل الذاتوي للتعامل مع الطفل أثناء رحلة العلاج والتأهيل مما قد يتأثر الطفل سلباً من سوء التعامل الوالدي وعدم التفاعل الإيجابي بين الطفل الذاتوي والوالدين (الأب/ الأم). وقضية وجود غير مختصين وغير مؤهلين يتعاملون مع حالة طفل التوحد مع قلة المراكز المختصة والمدرية.

ويقول الشاعر:

دَعِ الْمَقَادِيرَ تَجْرِي فِي أَعْنَتِهَا ●●● وَلَا تَبْيِئَنَّ إِلَّا خَالِي الْبَالِ
مَا بَيْنَ غَمَّضَةِ عَيْنٍ وَأَنْتِبَاهَتِهَا ●●● يُغَيِّرُ اللَّهُ مِنْ حَالٍ إِلَى حَالٍ

(أبو الفتح البستي)

والله وبي التوفيق

المؤلف

دكتور / إبراهيم زكي عبد الجليل



الجزء الأول
التوحيد
(الأوتـيـزم)





الباب الأول
اضطراب التوحد (الأوتيزم)
نظرة شاملة



الفصل الأول

اضطراب التوحد (الأوتيزم)

- مقدمة:
- لمحة تاريخية عن اضطراب التوحد (الأوتيزم) Autism:
- المفهوم اللغوي لإضطراب الأوتيزم (التوحد):
- المفهوم الإصطلاحي لإضطراب التوحد (الأوتيزم): Autism:
- مسميات وأنواع اضطراب الأوتيزم المختلفة:
- مدى شيوع اضطراب التوحد (الأوتيزم) Prevalence:



▪ مقدمة:

قال الله تعالى: بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ [اعْلَمُوا أَنَّ اللَّهَ يُحْيِي الْأَرْضَ بَعْدَ مَوْتِهَا قَدْ بَيَّنَّا لَكُمْ الْآيَاتِ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ]. سورة الحديد: الآية (١٧)

يعد اضطراب التوحد (الأوتيزم) Autism من أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات سواء الأجنبية أو العربية بإعتبارها من المشكلات ذات أبعاد عدة وتؤدي إلى عرقلة التطور والتنمية داخل المجتمعات، ومن هذا المنطلق فإن الإهتمام والحرص علي رعاية الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم كأحد اضطرابات الإحتياجات الخاصة أصبح أمراً ملحاً تحتمه الضرورة الإجتماعية والإنسانية، حيث يتوجب علي المجتمعات بكافة المستويات الدولية والإقليمية والمحلية إعطاء هؤلاء الأطفال القدر الكبير من الرعاية والإهتمام المناسبين لتخطي هذه المرحلة المضطربة ورعايتهم والنهوض بتربيتهم وتحسين ظروف معيشتهم حتي يتسني لهم مسايرة أمثالهم من الأطفال الآخرين داخل المجتمع.

كما يعتبر اضطراب الأوتيزم من أشكال الإضطرابات السلوكية التي يحوطها الكثير من الغموض سواء في أسباب الإصابة بهذا الإضطراب أو أساليب تشخيصه أو طرق علاجه وتشير الإحصاءات العالمية إلى الزيادة السريعة في انتشار معدلات الأوتيزم، ففي الولايات المتحدة الأمريكية تشير التقديرات إلى انتشار الأوتيزم بما يقرب من (٦) لكل (١٠٠٠)، أي ما يعادل (١١٤٠٠٠) طفلاً من الذين تقل أعمارهم عن خمسة سنوات (Dietz,2007).

وتعد نسبة الإصابة بين الذكور أعلي من الإناث فنسبتهم من (١:٤) (Ea- gle,2006). بالإضافة إلى معاناة أطفال الأوتيزم من ظهور بعض الإضطرابات الإنفعالية الحادة والتي يمكن أن تظهر في شكل الإفتقار إلى التعاطف وعدم المعاملة بالمثل، وضعف المشاعر والعواطف ونقص التعبيرات الإنفعالية، وضعف التواصل وإساءة تفسير الإشارات الإجتماعية ونقص الأحاديث المتبادلة (Douglas,2009,2; (Autism Society of America,2008).

ويري كثير من الباحثين أن اضطراب التوحد يقع على متصل ما بين الخفيف إلى الحاد، وبذلك استخدم كثير من المصطلحات للإشارة إلى هذا الإضطراب في أحواله المختلفة، فظهر لدينا مصطلح أطفال الأوتيزم (Autistic Children)، والموهوبين ذوي الأوتيزم Gifted/Autistic، والنوابغ المعتمهين Idiot Savants، والنوابغ ذوي الأوتيزم Autistic Savants، وأطفال الأوتيزم ذوي الأداء المرتفع High Functioning (Au-tism Society of American,2008).

وبالرغم من اختلاف المصطلحات التي تشير إلى أطفال الأوتيزم، إلا أن الخاصية الأساسية التي تجمع بين هؤلاء الأطفال هي القصور في المهارات الإجتماعية، سواء بالنسبة لأطفال الأوتيزم ذوي الأداء المرتفع، أو ذوي الأداء المنخفض، وإن اختلفت حدة هذا القصور وشدته (Molly Losh,et al,2009).

ويتفق كل من سميث Smith (٢٠٠١)، وويس Weiss (٢٠٠٧، ٢٣)، وجولدشتين وثمان Goldstien&Theiman (٢٠٠٠)، وبيليني وآخريين Bellini (٢٠٠٧) في أن أحد العوائق التي تحول دون تعلم هؤلاء الأطفال هذه المهارات هو ما يوجد لديهم من عجز نمائي يعوق تعلمهم هذه المهارات، حيث ينقصهم الإهتمام الإجتماعي، ويفشلون في فهم الإشارات الإجتماعية، بالإضافة إلى أنهم عادة ما يظهرون مبادأة إجتماعية محدودة، واستجابية إجتماعية قليلة، كما يتضح القصور في المهارات الإجتماعية لديهم في الأفعال الكلامية المقيدة، ونقص إدراك وجود الآخرين، وصعوبة التعليق، والعجز في المبادرات اللفظية وغير اللفظية للتحية والتوديع، وصعوبة الإرتباط بالآخرين والإنشغال بهم، وصعوبة طرح الاسئلة والإستماع والإستجابة للآخرين، وصعوبة التفاعل في المواقف الإجتماعية البسيطة.

وعلى هذا الأساس يعد توفير الرعاية النفسية والإرشادية للأطفال التوحديين كغيرهم من فئات ذوي الإحتياجات الخاصة واجباً من واجبات المجتمع نحو مجموعة من أبنائه لم تتل حظها من الرعاية والإهتمام حتى يصبح بإمكانهم تحقيق مستوى مقبول من الصحة النفسية والتوافق النفسي Adjustment، من جراء تقديم البرامج

التربوية Educational Programs، الخاصة لهم سواء كانت تلك البرامج تدريبية Training، أو إرشادية Counseling، أو علاجية Therapeutic، إذ تمثل تلك البرامج شكلاً أساسياً من أشكال الرعاية النفسية والتربوية المخططة التي تهدف إلى إكساب مثل هؤلاء الأطفال أساليب واستراتيجيات وطرائق السلوك التكيفي Adaptive Behavior، ومن ثم تساهم في مساعدتهم على الانخراط في المجتمع (عادل عبد الله (أ)، ٢٠٠٢).

▪ ملحة تاريخية عن اضطراب التوحد (الأوتيزم) Autism :

١. الوصف العيادي الأول للتوحد كان في بداية القرن التاسع عشر علي يد فيكتور دو افيرون Victor de l'aveyron ، وإيتارد Itard ، والآب بوناتير Abbe Bonnaterre (دلال رضوان ، ٢٠٠٨ ، ٢).
٢. ويعتقد أن أول من استخدم مصطلح التوحد هو الطبيب النفسي السويسري يوجين بلولر Eugen Bleuler في عام (١٩١١) حيث استخدم التوحد ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية حيث وصف مجموعة من الراشدين الذين كانوا يعانون من أحد أشكال الفصام، كانوا منهمكين ذاتياً منطويين على انفسهم (محمد عودة ، ٢٠٠٨ ، ٢).
٣. قام الطبيب الألماني سوشاروا Ssucharewa في عام (١٩٢٦) بوصف ستة حالات مشابهة لما وصفه اسبرجر (دلال رضوان ، ٢٠٠٨ ، ٢).
٤. في عام (١٩٤٣) نشر الدكتور ليو كانر Leo Kanner ورقته المشهورة عن التوحد لكون بذلك أول من ذكره كاضطراب محدد في العصر الحديث. وذلك بفحص مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً بجامعة هارفرد ولفظ انتباهه أحد عشر طفلاً تميزوا بانماط سلوكية غريبة لاحظ استغراقهم المستمر في الإنغلاق على الذات وعدم تجاوبهم مع أي مثير خارجي (عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠١ ، ٧).

٥. في عام (١٩٤٤) نشر الدكتور هانز اسبرجر Hans Asperger مقالاً بعنوان إعاقة الذاتوية لدى الاطفال تصف حالة مشابهة للتوحد أطلق عليها فيما بعد متلازمة اسبيرجر Asperger Syndrome وتعتبر هاتان الورقتان هما أول المحاولات العلمية لشرح هذا الاضطراب المعقد (إيمان عمارة، ٢٠٠٥، ١٩).
٦. في عام (١٩٦٤) اكتشف د. برنارد ريملاندر Bernard Rimland أدلة تؤكد أن التوحد هو حالة بيولوجية biological condition .
٧. في عام (١٩٦٦) أكتشف د. أندرياس رت Andreas Rett ، صاحب متلازمة رت Rett Syndrome ، دليلاً آخر يؤكد أن التوحد حالة بيولوجية .
٨. في عام (١٩٧٧) عثر كل من الدكتورة سوزان فلوستين والدكتور ميكل روتر Dr- Susan Folstein and Dr. Michael على توأمين مصابين بالتوحد مما أوحى لهما بأن هذا دليل على احتمالية وجود عامل جيني يقف خلف الإصابة بالتوحد
٩. في عام (١٩٧٨) نشر الدليل الدولي التاسع بعنوان الذاتوية الطفلية وعندها تم الاعتراف باضطراب التوحد كاضطراب مستقل وليس نوعاً من الفصام الطفولي أو ذهان الطفولة (إلهامي إمام وإيمان إسماعيل، ٢٠٠٦، ١٤٦).
١٠. في عام (١٩٩١) نشر كل من الدكتور ميكل روتر والدكتورة كاترين لورد والدكتورة أن لي كوتشر Drs. Catherine Lord, Michael Rutter and Ann LeCouteur أول استبيان لتشخيص التوحد the Autism Diagnostic Interview .
١١. في عام (١٩٩٢) نشرت جمعية الطب النفسي الأمريكية الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) (the Diagnostic and Statistical Manual) الذي وضع معايير مقننة لتشخيص اضطراب التوحد.
١٢. في عام (١٩٩٣) أصدرت منظمة الصحة العالمية -World Health Organization دليلاً مشابهاً لدليل جمعية الطب النفسي الأمريكية عرف بالتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) International Classification of Diseases .

١٣. في عام (1994) أسس الإتحاد الدولي لأبحاث التوحد - the National Alliance for Autism Research (NAAR) ليصبح أول منظمة في الولايات المتحدة تختص بتمويل البحوث الطبية الخاصة باضطراب الطيف التوحدي (Autism Spectrum Disorder ASD).

١٤. في عام (١٩٩٦) قام لوفاس Lovaas بتعديل طرق تعديل السلوك التي ظهرت للمرة الأولى في الستينات لتوفر مجموعة من برامج التدخل العلاجي (Arons,et al,2012,12).

١٥. في الوقت الحاضر حدد التشخيص الإحصائي للإضطرابات الذهنية الإصدار الرابع المنقح التوحد بخمسة أنواع: اضطراب التوحد، متلازمة اسبرجر، متلازمة ريت، اضطراب الإنتكاس الطفولي، الإضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (وفاء الشامي (أ)، ٤٧، ٢٠٠٤).

▪ **قسمت الفترات التاريخية السابقة إلى مراحل ثلاث بداية من «كانر» وهي كالتالي:-**

المرحلة الأولى: مرحلة الدراسات الوصفية الأولى:

هي الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين أواسط وأواخر الخمسينات من هذا القرن وقد كان الهدف منها هو الوصول إلى وصف سلوك الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأثر هذا الإضطراب على السلوك بصفة عامة وقد اهتمت تلك الدراسات بالأطفال المصابين بذهان الطفولة المبكرة وقد كان التوحد في ذلك الوقت يشخص على أنه إحدى ذهانات الطفولة المبكرة، ومن الدراسات أو التقارير التي يمكن إدراجها في هذه المرحلة دراسة «ليوكانر» (١٩٥٣) Leo Kannar ، وهانز اسبرجر Hans Asperger (١٩٥٣)، وليون ايزنبرج (١٩٥٦) Leon Eisenberg (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

المرحلة الثانية: استمرار للمرحلة الأولى:

تمتد هذه المرحلة من أواخر الخمسينات إلى أواخر السبعينات قرر أحد الباحثين وهو فيكتور لوتر (1978) Victor Lotter أن الدراسات التي أجريت في هذه المرحلة لا زالت تقارير مبدئية عن التوحد ولا زالت تركز على التطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد نتيجة التدريب لذا يمكن وصف هذه الدراسات على أنها دراسات قصصية بشكل كبير كما أنها غير منتظمة ولا تعطي صور واضحة يمكن الاستفادة منها بشكل عملي لكن هذه الدراسات في المرحلة كانت بشكل أدق من الدراسات التي كانت في المرحلة الأولى، ومن الدراسات في هذه المرحلة دراسة «مايكل روتر» (1960) Michael Rutter، ميتلر وآخرين (1966) Mittler,et al. (محمد كامل، 1998).

المرحلة الثالثة: مرحلة الدراسات المتتابة مرحلة أديبات البحث النفسي في التوحد:

أجريت هذه المرحلة العديد من البحوث والدراسات التي ركزت على الأفراد ذوي الأداء العالي استمرت هذه الفترة في الثمانينات وبداية التسعينات ومن الأسماء البارزة في هذه المرحلة جليبرج وستيفن برج Gillberg and Steffenberg عام (1987)، وشينج ولي Chung & lee عام (1990)، كوباياشي وآخرون (1992) Kobayahi,et al، ولاتزال الجهود مستمرة حتى الآن في محاولات للكشف عن الغموض الذي يحيط ببعض هذه الإعاقات، وقد ركزت الدراسات خاصة 20 في الفترات المتأخرة على وجه الخصوص على أهمية تطور اللغة لذوي اضطراب التوحد خاصة في الطفولة المبكرة، وأهمية التدريب، كما ركزت بعض الدراسات اللاحقة على ذوي القدرات العقلية ذات الأداء المرتفع نسبياً، ومن خلال تلك الدراسات يلاحظ إنها مازالت وصفية وغير دقيقة إلى حد ما، وذلك لإهتمامها ببعض السلوكيات المحدودة، وبعض الإتجاهات المحدودة في جمع المعلومات مثل تقارير الوالدين (أمهات وآباء) أطفال ذوي الإحتياجات الخاصة وخاصة التوحد عن مدى كفاءة أبنائهم في القيام بأدوارهم (Gillberg Chris- topher, 1990).

بل يمكن أن نضيف أن ما يقدمه الوالدين لأطفالهم من خدمات ورعاية مادية ومعنوية من الممكن أن تكون ناقصة لكثير من القبول الحقيقي للطفل التوحدي (الذاتوي) وكذلك مهارات الحب الوالدي.

▪ المفهوم اللغوي لإضطراب الأوتيزم (التوحد):

اختيرت كلمة أوتيزم لأنها منفردة في معناها ولا تستعمل كثيراً في اللغة الإنجليزية (Kanner,1973).

ومصطلح أوتيزم Autism جاء من اللغة الإغريقية أوتوس Autos تعني بالإغريقية النفس (الذات) ، و ism تعني الحال غير السوية، وتعبّر في مجملها عن حال من الإضطراب النمائي الذي يصيب الأطفال وهذا يعني أن المصابين بحالة التوحد (الأوتيزم) يحملون نفساً غير سوية وغير مستقرة. كما تم التعرف على هذا المفهوم قديماً في مجتمعات مختلفة مثل روسيا والهند (Roeyers,1995,161)

كما أن مصطلح الأوتيزم بالإنجليزية (أوتيزم) Autism مشتق من Autonomy أي الإستقلالية والذاتية ومن المعروف أن الغرض الرئيسي للإضطراب هو: الإنغلاق على الذات والإنطائية الشديدة (السيد سليمان ومحمد عبد الله ، ٢٠٠٣ ، ١٢).

والتوحد (الأوتيزم) كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الإنعزال، وبالعربية أسموه الذوتوية (وهو اسم غير متداول)، والتوحد ليس الإنطوائية، وهو كحالة مرضية ليس عزلة فقط ولكن رفض للتعامل مع الآخرين مع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص لآخر. والبداية التشخيصية الدقيقة لهذا الإضطراب إن صح هذا التعبير لم تتم إلا منذ أكثر من ستة عقود مضت، ولا يزال ينعكس في الفئات التشخيصية في الطبعة الرابعة على يد «ليوكنر» Leo Kanner1943 ، حيث يعد أول من أشار إلى «الأوتيزم» كإضطراب يحدث في الطفولة وأطلق عليه لفظ Autism وقصد به التوقع على الذات (Luc Lecavalier,2006,1101) .

وبعد هذا العرض لمسميات مفهوم الإضطراب التوحدي لدى الأطفال؛ نلاحظ أن ما استقر عليه الإستخدام من هذه المسميات في وطننا العربي هو كلمة الذاتوية، أو الإجترارية أو التوحدية. ومن أجل هذا سنسعى محاولين بيان أيهم أكثر دقة للتعبير والدلالة على حالة الإضطراب التوحدي من خلال العودة للمعاجم العربية للكشف عن دلالة كل كلمة من هذه الكلمات والإنهاء إلى ترجيح مسمى واحد يطلق للتعبير عن هذه الحالة.

ويذكر محمد بن أبى بكر الرازي (١٩٥٤، ٩٩) اجْتَرَّ: أي جَرَّهُ. واجتر البعير من الجرة كل ذي كَرْشٍ يَجْتَرُّ. وهذا يعني أن عملية الإجتار عملية ذاتية داخلية من واقع الفرد ذاته.

يذكر مجموع اللغة العربية (١٩٨٠، ٢٤٢) أن ذات الشيء: حقيقته وخاصته، ويقال عيب ذاتي: جيلي، وخلقى، والنفسي، والشخصي. وهذا يعني أن كلمة الذات- التي هي أساس كلمة الذاتوية- تشير إلى حقيقة شخصية الفرد، وخاصيته؛ أي واقعة، وما يخصه منها، وواقعها وظروفها، وما يترتب عليها من أحوال. ويضاف إلى هذا ما يلحق بها من عيب طبيعي، أو خلقى أو نفسي أو خاص بها دون غيرها من الشخصيات الأخرى.

وعند النظر فيما ذكره مجمع اللغة العربية (١٩٨٠، ١٠٠) اجْتَرَّ البعير: أخرج جَرَّتَهُ، وهو ما يخرج البعير من بطنه ليمضغه ثم يبلعه، وهَلَمَّ جَرًّا، يقال لاستدامة الأمر واتصاله. وهذا لا يختلف ما سبق من بيان لعملية الإجتار. إلا أنه يمكن القول بأن إخراج ما هو موجود في باطن الفرد أو الشخصية ليعيد مضغه مرة ثانية، ثم يدخل ما مضغه مرة أخرى في جوفه، ويفيد أو يشير هذا إلى أن عملية الإجتار عملية ذاتية بحتة لا يتدخل فيها عوامل أخرى تزيد أو تقيد مما هو موجود. ويدل التعبير إلى استمرارية حدوث الفعل وتكرارته دون توقف.

وفيد ما ذكره أبو الفضل بن منظور (١٩٩٤، ٤٤٦، ٤٥٣) أن الوحيدُ: بني على الوحْدَة؛ الإنفراد عن الأصحاب عن طريق بينونته عنهم. رجل مُتَّوحدٌ: أي منفرد.

رجل وحيد: لا أحد معه يؤنسه. يقال وَحِدٌ فلان: أي بقى وحده ، ومتوحداً: أي منفرداً
لا يخالط الناس ولا يُجالسهم. الوَحْدَةُ: في معنى التوحد. وتوحد برأيه: تفرد به.

وهذا يعني أن وصف الفرد «بالوحيد» كان نتيجة «الوحدة»، والإنفراد بعيداً عن
الآخرين حتى مجالسة غيره. وقد تردد هذا المعنى، وأشارات إليه الدلالة اللغوية في
كثير من مفردات اللغة لتبين أن «رجل مُتوحد»: أي منفرد. ورجل وحيد لا جليس له
ولا أنيس، وأنه منفرد بنفسه، وله رأيه الخاص الذي لا يحيد عنه، ويتشبت به.

ويتفق محمد بن أبى بكر الرازي (١٩٥٤، ٧١١: ٧١٢) مع كل ما سبق ذكره لبيان
المفهوم اللغوي للإضطراب التوحدي بالعودة للكشف في المعاجم العربية. حيث بيّن أن
الوَحْدَةُ: الإنفراد. وَحْدَهُ: أن يكون الرجل في نفسه منفرداً. رجل وَحْدَهُ، ووحيد: أي
منفرد. توحد برأيه: انفرد به.

ولا يختلف مجمع اللغة العربية (١٩٨٠، ٦٦٢) فيما أورده مع غيره في بيان معنى
التوحد حيث ذكر أن ، وَحْدَ: بقي منفرداً. والوحيد: المنفرد بنفسه. وَحْدَهُ: انفرد
بنفسه، تَوَحَّدَ برأيه: تفرد به. حيث تردد المعنى، وتوافقت الدلالة مع المعجمين
السابقين على أن كلمة «التوحد» تعني وتشير إلى المفهوم موضع الإهتمام والدراسة،
وهو الإضطراب التوحدي.

ومما سبق وتقدمت به المعاجم العربية يتضح أن مسمى «التوحدي» هو أكثرها
بياناً، ووضوحاً، وتحديداً لهذا المفهوم، لما تشتمل عليه الكلمة ومشتقاتها من دلالات
- كالصفات، والمظاهر، والأعراض - التي يتضمنها المفهوم الإصطلاحي. فضلاً عن
أن زيادة «التاء»، وتضعيف «الواو» للكلمة المجردة «وَحْدَ» يعطي تضخيماً للمعنى،
وزيادة وشدة لوصف حالة الإضطراب التوحدي (الذاتوي). وتطبيقاً للقاعدة العربية
أن زيادة المبنى يؤدي ويشير إلى زيادة المعنى، وهو ما أكد هنا على صفة أساسية
لطفل التوحد .

▪ المفهوم الإصطلاحي لإضطراب التوحد (الأوتيزم): Autism

على الرغم من تنوع الخلفيات البيئية، والثقافية، والنظرية، والعلمية للمختصين بدراسة اضطراب التوحد لدى الأطفال، فقد اتفقوا جميعهم على بعض من المحددات والإضطرابات السلوكية في مفاهيمهم لإضطراب الأوتيزم.

يعتبر العالم كانر (kannar, 1943) أول من عرف التوحد الطفولي، حيث قام من خلال ملاحظته لإحدى عشر حالة، هؤلاء الأطفال كانوا يتصفون بمجموعة من الأعراض المرضية تختلف عن الأعراض النفسية التي تعود على متابعتها أو قرأ عنها في المنشورات والكتب الطبية، حيث أنها تصف السلوكيات والخصائص المميزة للتوحد والتي تشمل على عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين، والتأخر في اكتساب الكلام، واستعمال غير تواسلي للكلام، ونشاطات لعب نمطية وتكرارية، والمحافظة على التماثل وضعف التخيل والتحليل وقد أستعمل مصطلح التوحد لأول مرة للتعبير عنها، وتتابع الجهود في محاولة لكشف الغموض عنه. وما زالت الكثير من التعريفات تستند على وصف كانر للتوحد حتى وقتنا الراهن (وفاء الشامي (ب)، ٢٠٠٤).

والأوتيزم (التوحد) هو نوع من التفكير يتميز بالإتجاهات الذاتية التي تتعارض مع الواقع، والإستغراق في التخيلات بما يشبع الرغبات التي لم تتحقق (أحمد بدوى، ١٩٨٢، ٣٢). كما يقصد بالتوحد تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو بالذات، وإدراك العالم الخارجي من خلال الرغبات بدلاً من الواقع، وكذلك الإنكباب على الذات والإهتمام بالأفكار والخيالات الذاتية (فاخرعاقل، ١٩٨٨، ٤٥).

وترى مارية الزهراني (٢٠٠٦) أن التوحيدية مصطلح يشير إلى الإنغلاق على النفس، والإستغراق في التفكير، وضعف القدرة على الإنتباه، وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، إلى جانب وجود النشاط الحركي المفرط.

ويعرفه «أحمد عكاشة» بأنه خلل في التفاعل الإجتماعي و التواصل اللفظي و غير اللفظي، وكثير منهم يظهرون الفزع و الخوف واضطرابات النوم و الأكل ونوبات المزاج العصبي والعدوان وإيذاء الذات مثل عض الرسغ، كما أن أغلبهم يفقدون التلقائية

والمبادرة والقدرة على الابتكار في شغل أوقات فراغهم و يجدون صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية على اتخاذ القرار في العمل (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٦٢٤).

وجاء تعريف «Arons» آرونز (١٩٩٣) على أنه عبارة عن اضطراب في القدرة المعرفية مصحوب ببعض الإضطرابات في الناحية النفسية والحيوية مما يجعل له عظيم الأثر على جميع نواحي تطور الجانب الجانب الاجتماعي للفرد .

كما أن التوحد يشير إلى الإنطوائية ويعرف علمياً بأنه خلل وظيفي في المخ، ويعد التوحد ثالث إعاقة في العالم من حيث عدد المصابين به، ويعني رفض الطفل المفاجئ التعامل مع الأشخاص المحيطين به، وبالذات مع الأسرة وبالتالي الإنطواء على نفسه في عالمه الخاص) السيد سليمان ومحمد عبد الله ، ٢٠٠٣؛ محمد مرسى، ١٩٩٨ وجمال مشاعل ، (١٩٩٩).

وأيضاً يستخدم مصطلح الأوتيزم لوصف إعاقة من إعاقة النمو، وتتميز بقصور في الإدراك، وتأخر أو توقف النمو، ونزعة انطوائية انسحابية تعزل الطفل عن الوسط المحيط به بحيث يعيش مغلقاً على نفسه، يكاد لا يحس بمن حوله أو من يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر (عثمان فراج، ١٩٩٦ ، ٣).

أما الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America) فتشير إلى هذا الإضطرابات باعتباره أحد أنواع الإضطرابات التطورية التي تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وتحدث بسبب اضطرابات نيورولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو، فيجعل الإتصال الاجتماعي صعباً عند هؤلاء الأطفال سواء كان لفظياً أو غير لفظي، ودائماً ما يتفاعلون مع الأشياء أكثر من تفاعلهم مع الأشخاص، وهم يكررون حركات جسمية غير هادفة، أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة (Holmes, 1997, 11).

بينما تعرفه مارिका (Marica, 1990) بأنه مصطلح يشير إلى الإنغلاق على النفس والإستغراق في التفكير وضعف علاقات اجتماعية مع الآخرين، فضلاً عن وجود النشاط الحركي المفرط.

وتركز جمعية التوحد الأمريكية (Autism A Society of American) (١٩٩٩) على أن الأوتيزم هو نوع من الإضطرابات التطورية والتي تظهر خلال الثلاث سنواته الأولى من عمر الطفل، وتكون نتيجة لإضطرابات نمائية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيجعل الإتصال الإجتماعي صعب عند هؤلاء الأطفال ويجعل عندهم صعوبة في الإتصال سواء كان لفظي أو غير لفظي ودائماً ما يستجيب هؤلاء الأطفال إلى الأشياء أكثر من الإستجابة إلى الأشخاص، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغير يحدث في بيئتهم، ودائماً ما يكرروا حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة، ويتم الآن البحث عن أهم الطرق التي تعمل على رفع مستوى هؤلاء الأطفال الأوتيزم.

ويعتبر تعريف الجمعية الوطنية للأطفال الأوتيزمين من أكثر التعريفات قبولاً لدى المهنيين (National Society for Autistics Children) وينص على أن الأوتيزم عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ٣٠ شهراً، ويتضمن الإضطرابات التالية:-

١. اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
٢. اضطراب في الإستجابات الحسية للمثيرات.
٣. اضطراب في الكلام واللغة والمعرفة.
٤. اضطراب في التعلق أو الإلتناء للناس والأحداث والموضوعات.

(خوله يحيي، ٢٠٠٠)

هذا؛ ويوصف مرض التوحد بأنه نوع من الإعاقات التطورية التي تصيب الأطفال لأنه اضطراب عقلي نشأ في الطفولة ويتميز بالنمطية، ويعتبر من أمراض التطوير المستمرة مدى الحياة وهو من أكثر الإعاقات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته، ويصيب في الغالب طفل لكل ٣٠٠ طفل (عصمت حمدان وآخرون، ٢٠٠٠).

وعرف وليامز التوحد بأنه عجز في فهم المشاعر والإنفعالات والإنعزالية وتدني الإحساس بوجود الآخرين وتدني القدرة على الإستيعاب وقصور في التخيل وتسلسل الأحداث وتحليلها وتجميعها واسترجاعها ووجود مشكلات حادة في استعمال اللغة وتطورها (Williams,2000).

وأوضح Smith (2001) عن الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America) أن الطفل التوحدي يظهر في مظاهره الأساسية في الثلاثين شهراً الأولى من العمر وتشمل الإضطرابات في مجالات (النمو، والاستجابة الحسية للمثيرات، النطق واللغة والقدرات المعرفية والانتماء للناس، وقد تشمل هذه الإضطرابات الخاصة بنسب ومعدلات النمو على تأخر أو توقف في المعرفة والمهارات الإجتماعية (Smith,2001, 357).

أما القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعوقين (Individuals with disabilities education act) (IDEA) يعرف الأوتيزم أنه إعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الإجتماعي، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر، وتؤثر سلباً على أداء الطفل التربوي، وتؤدي كذلك لإنشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغيير البيئي أو التغيير من الروتين اليومي وكذلك الإستجابات غير الإعتيادية للخبرات الحسية (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤، ٣٣).

وتتفق إيمان عمارة (٢٠٠٥، ١٨) على أن التوحد حالة من حالات الإضطراب الإرتقائية الشاملة (المختلطة) يغلب فيها على الطفل الإنسحاب والإنطواء وعدم الإهتمام بوجود الآخرين أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم ويتجنب أي تواصل معهم وبالذات التواصل البصري، وتتميز لغته بالإضطراب الشديد فيغلب عليه التردد والتكرار لما يقوله الآخرون والإجترار لديه سلوك نمطي وانشغال بأجزاء الأشياء وليس بالأشياء نفسها ويتميز عن غيره من حالات الإعاقة الأخرى بمجموعة من الخصائص المميزة والمتغيرات المعرفية وغير المعرفية.

كما يعتبر التوحد من الإضطرابات النمائية Developmental Disorder، التي تعزل Isolate ، الطفل المصاب أو الطفلة المصابة عن المجتمع، ولا يشعر المصاب بما يحدث حوله من أحداث في محيط البيئة الإجتماعية فينخرط الطفل في مشاعر وأحاسيس وسلوكيات ذات مظاهر تعتبر شاذة بالنسبة لمن يتعاملون مع الطفل، بينما يعايشها الطفل بصفة دائمة مستمرة، لأنها الوسيلة الوحيدة التي يعبر بها الطفل عن أحاسيسه ومشاعره الخاصة بطريقته الخاصة. كما يعتبر من الإعاقات الصعبة التي تعرف علمياً بأنها خلل وظيفي في المخ لم يصل العلم إلى تحديد أسبابه ويظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، ويعرف بقصور وتأخر في النمو الإجتماعي والإدراكي والتواصل مع الآخرين ويلاحظ أن الطفل المصاب بالتوحد يكون طبيعياً عند الولادة وليس لديه أية إعاقة جسدية أو خلقية وتبدأ المشكلة بملاحظة الضعف في التواصل لدى الطفل ثم عدم القدرة على تكوين العلاقات الإجتماعية وميله للعزلة مع ظهور مشاكل في اللغة إن وجدت ومحدودية في فهم الأفكار ولكنه يختلف عن الأطفال المتخلفين عقلياً بأن البعض من المصابين لديهم قدرات ومهارات فائقة قد تبرز في المسائل الرياضية أو الرسم والمهارات الدقيقة ويتفوق عليه الطفل المتخلف عقلياً في الناحية الإجتماعية (رأفت خطاب، ٢٠٠٥، ٧).

وعرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الأوتيزم بأنه إعاقة من إعاقات النمو المركبة أو المعقدة تظهر على الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره نتيجة اضطراب في الجهاز العصبي يؤثر على الوظائف المختلفة بالمخ، وتتحدد أعراضه في اضطراب في المهارات الإجتماعية واللغوية، اختلال في الإستجابات الحسية للمثيرات، غياب القدرة على التواصل مع الآخرين، وغياب اللغة والحديث بالرغم من توافر القدرات اللغوية (عبير بدوي، ٢٠٠٦، ١٠).

وعرف التوحد أيضاً على أنه عجز يعيق تطوير المهارات الإجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي التخيلي والإبداعي، وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الإجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الإرتباط وخلق علاقات مع الأفراد وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ (فهد المغلوث، ٢٠٠٦، ٧).

وقد عرفه مركز الكويت للتوحد عام (٢٠٠٧) بأنه نوع من الإعاقات التي تعرف علمياً بأنها خلل وظيفي في المخ، ولم يصل العلم بعد لتحديد أسبابه ، ويظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، ويسبب نوعاً من القلق في حياة الأسرة ويعاني منه آلاف الأشخاص في مختلف أنحاء العالم ويصيب الأطفال الذكور أكثر من الإناث بنسبة (١:٤) ولا يختص بجنسية أو طبقة معينة، ويحتاج المصابين به إلى رعاية ومساندة مدى الحياة من قبل الأشخاص الذين يعيشون معهم ، كما يعزل الطفل عن الحياة العامة إذا لم يتم التدخل المبكر له .

ويعد الأوتيزم من أكثر اضطرابات النمو الشاملة Pervasive Developmental Disorders التي حظيت بإهتمام الباحثين في دول العالم المتقدم مثل الولايات المتحدة واليابان ودول أوروبا وبصفة خاصة المملكة المتحدة، وتعرف اضطرابات النمو الشاملة بأنها اضطرابات تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الإجتماعية المتبادلة مع أنماط التواصل المحدودة والمتكررة في الإهتمامات والنشاطات (طارق عامر ، ٢٠٠٨، ١٥).

وعرفته دائرة المعارف العامة (١٩٩٩) على أنه عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي الذي ينتج عنه ضعف واضح في مقدرة الفرد على التعلم واكتساب المعلومات، وهذا الإضطراب يتخلل جميع الوظائف الخاصة فيصبح مؤشراً لوجود اضطراب بيولوجي في ناحية تطور المخ ولم يتعرف على سبب حدوث هذا الإضطراب إلى الآن (Michael, et al,1999).

ويصف مصطلح التوحد مجموعة من الأعراض التي تندرج تحت فئة تسمى بإضطراب النمو وتلك الفئة تتضمن بالإضافة للتوحد أمراض أخرى مثل اضطراب «رت» واضطراب «اسبجر» وأيضاً الإضطرابات النمائية غير المحددة، والمصاب بهذا المرض يتأثر نموه بشكل كبير في ثلاث نواحي أساسية، أولها العجز الواضح في عملية الإتصال سواء كان لفظياً أو غير لفظي، وثانيها القصور الواضح في عملية التفاعل الإجتماعي حتى داخل الأسرة، وثالثهما السلوك المتكرر أو الروتين اليومي الثابت الذي يثابر التوحدي عليه دون كلل أو ملل بل أنه يستمتع بذلك ويغضب بشدة لو قطع أحدهم مايفعله (Krigsman&Arthur,2003,24).

والتوحد من الإعاقات التي تدرج تحت اضطراب التواصل فمن السمات الرئيسية عند الأطفال المصابين بالتوحد عدم القدرة على التواصل مع الآخرين والتي تأخذ بعداً كبيراً في عمليه التشخيص والطفل المصاب بالتوحد يعاني من صعوبة في الجهاز التواصلي التعبيري فمعظم هؤلاء الأطفال بحاجة للمساعدة في بداية حياتهم لتحضير المهارات اللغوية التعبيرية لديهم ومن الواضح أن هناك نسبة كبيرة من أطفال التوحد يبقون دون اتصال مع الآخرين ما لم يتم تدريبهم (محمد عبد السلام، ٢٠٠٥، ٢).

ووصف بعض العلماء التوحد لدى الأطفال بأنه حالة شيزوفرنية واستخدم آخرون مصطلح التوحد الطفولي في مجال التشخيص الإكلينيكي لكونه يتجنب العديد من التفسيرات النظرية، إذ أن هناك العديد من النماذج السلوكية التي يمكن أن تقع في مجال الفصام الطفولي، وتبدأ نماذج السلوك التوحدي من الطفولة أو خلال السنوات الأولى من العمر ثم يأخذ سلوك الطفل بالتطور بعد سن ثلاث سنوات، ومهما تعددت المصطلحات التي تدل على وجود التوحد في سلوك الأطفال إلا أنه يمثل شكلاً من أشكال اضطرابات الانفعالية غير السلوك العادي ونوعاً من أنواع الإعاقة للنمو الانفعالي للأطفال غالباً ما يظهر في السنوات الأولى من العمر وتتمثل بعدد صور القصور والتصرفات غير الطبيعية وفي النمو الإجتماعي والعاطفي والتي تستدعي معه الحاجة إلى التربية الخاصة (ماجدة عبيد، ٢٠٠٥، ١٤).

كما وصف التوحد بأنه إعاقة نمائية تظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل حيث يؤثر التوحد سلباً على الطفل في مجال الحياة الإجتماعية والتواصل، إذ يواجه الأطفال المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وصعوبات في الأنشطة الترفيهية والتخيل. وكذلك يظاهر المصابون بالتوحد سلوكاً متكرراً بصورة غير طبيعية مثل الرفرفة بالأيدي وهز الجسم والإرتباط ببعض الأشياء والتأخر في اكتساب اللغة (مجدي فتحي، ٢٠٠٧).

كما أن أطفال التوحد هم الأطفال المصابين باضطراب نمائي يؤدي الى ظهور مظاهر السلوك غير الإعتيادي وعجز في فهم المشاعر والإنفعالات والإفتقار الى

المهارات الإجتماعية اللازمة للتفاعل الإجتماعي، وقصور في القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي (Laura & Shankey, 2014).

وعُرف بأنه «اضطراب نمائي يظهر قبل عمر ثلاث سنوات، ويؤدي الى عجز في استعمال اللغة وفي اللعب وفي التفاعل والتواصل الإجتماعيين» (Sajdel-Sulkowska et al, 2016)

ويعرف الباحث التوحد (الأوتيزم) AUTISM بأنه اضطراب نيورولوجي أوخلل وظيفي في المخ، تؤثر سلباً على مختلف نواحي النمو والعمليات التطورية لدى الطفل ، وقد يصيب بعض الأطفال في مراحلهم الأولى من العمر من حوالي سنتين إلى ثلاث سنوات، وتكون نسب الإصابة به بين الذكور أكثر من الإناث، وتظهر الإضطرابات في صورة اضطرابات في القدرات المعرفية مصحوب ببعض الإضطرابات في الناحية النفسية والحيوية، ومنها خلل في التفاعل الإجتماعي و التواصل اللفظي وغير اللفظي، أداءات نمطية وتكرارية، ضعف في التحليل و التخيل، الإنطواء والإنغلاق على الذات، الإستغراق في التفكير، ضعف القدرة على الإنتباه ، قصور في الإدراك، اضطراب في الإستجابات الحسية للمثيرات والنشاط الحركي المفرط، وتختلف تلك الأعراض من حيث عددها وشدتها من طفل لآخر.

▪ مسميات وأنواع اضطراب الأوتيزم المختلفة:

وقد استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة لهذه الإعاقه مثل الذاتية، والإجترارية، والأوتيزم، والأوتيسية، والإنغلاق الذاتي (الإنشغال بالذات)، والذهان الذاتي، وفصام الطفولة ذاتي التركيب، والإنغلاق الطفولي، وذهان الطفولة للنمو (أنا) غير سوي (محمد خطاب، ٢٠٠٥، ٩).

ومن المصطلحات التي أطلقت على الأوتيزم :

-المصطلحات التي أطلقها (سليمان (٢)، ٢٠٠١، ٢٨) على التوحد هي:

١- الذاتية الطفلية ٢- الإنشغال بالذات ٣- الإجترار ٤- الذهان الذاتي

٥- فصام الطفولة ٦- التمرکز الذاتي ٧- الأوتيسية ٨- الفصام الذووي

٩- الإنغلاق الطفولي ١٠- الأوتيزم ١١- ذوو الأوتيزم ١٢- الإنغلاق النفسي

أما المصطلحات التي أطلقها (المغلوث، ٣٦، ٢٠٠٤) على التوحد هي كالتالي:

- ١- ذهان الطفولة ٢- نمو غير سوي ٣- نمو أنا غير سوي ٤- توحد الطفل المبكر
- ٥- اضطراب انفعالي شديد ٦- الأطفال غير التواصليين ٧- الأطفال الإستثنائيون.

كما صُنف طيف التوحد إلى الأشكال المختلفة كالتالي:

- اضطراب أسبيرجر Asperger`s disorder
- اضطراب ريتز Rett`s disorder
- الاضطراب التوحيدي Autistic disorders
- اضطراب التحطم الطفولي Childhood Disintegrative Disorder
- اضطرابات التطور والنمو العامة غير المحددة Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified PDDNOS

(١)- اضطراب أسبيرجر Asperger`s disorder:

اكتشفها «هامز اسبرجر» Hans Asperger عام (١٩٩٤) واعتبرها إحدى اضطرابات الشخصية وكانت تتشابه مع بعض أعراض التوحد التي وصفها Kanner عام (١٩٤٣) وحيث أن اكتشافات «اسبرجر» ظهرت في نفس الوقت الذي أعلن فيه «كانر» عن ملاحظاته للأطفال التوحيدين كما أطلق عليهم فإن «اسبرجر» أطلق على زملته اسم Autistic Psychopathy واعتبرها البعض حالة مخففة من التوحد أو شبيه التوحد (Sharyn& Neuwirth,1999) .

كما يعد الإسبيرجر أرقى مدى وظيفي في سلسلة الاضطرابات النمائية النافذة، فالأطفال ذوو متلازمة اسبرجر غالباً ما يكون لديهم قدرة معرفية تتراوح بين المتوسط إلى فوق المتوسط. وهم على العكس من الأطفال ذوي اضطراب التوحد لا يوجد

لديهم تأخر اكلينيكي ملحوظ في اللغة، (فعلى سبيل المثال يستخدم الأطفال الذين يبلغون عامين من العمر كلمات منفردة تعبر عن جملة، في حين يستخدم الأطفال ذوو السنوات جملًا وعبارات تواصلية)، ويتصف عرض اسبرجر بضعف كفي في التفاعلات الاجتماعية وانماط مقيدة ومحددة من الإهتمامات والأنشطة، ولا يوجد تأخر ملحوظ في نمو الاطفال خلال السن الملائمة لإستخدام مهارات الإعتماد على الذات والسلوك التكيفي (فضلاً عن التفاعلات الإجتماعية)،ويمكن ملاحظة التأخر الحركي وعدم الإتزان الحركي في فترة ما قبل المدرسة (Gilliam,1995).

ويطلق محمد قاسم (٢٠٠١) على متلازمة اسبرجر اسم إمرضية التوحد ويرى أن هذه المتلازمة تتحدث عنها وتصفها كتب علم النفس والطب النفسي الألماني، بينما يعزى التوحد إلى كتب وأدب علم النفس والطب النفسي الإنجليزي ومن هنا فإن علاج هاتين المتلازمتين يكون مختلفاً وينظر إليهما على أنهما وحدات مرضية منفصلة Separate Unites .

ويصف متلازمة اسبرجر على أنها خلل أو عجز في التفاعل الإجتماعي واللغة والتواصل غير اللفظي (كلام حذلقه Pedantic Speech) وقلب الضمائر، ووضعيات محدودة وتعبيرات وجهية ضعيفة وأنشطة متكررة رتيبة، ورفض للتغيير إضافة إلى هذه الصورة الإكلينيكية، هناك تاريخ سابق من فقدان الإهتمام بالجماعة الإنسانية والآخرين خلال الرضاعة وضعف اللعب التخيلي أو الإيهامي The Make Believe Play خلال الطفولة وفوق ذلك فإن متلازمة اسبرجر والتوحد تشتركان في أعراض متشابهة للدرجة التي تدفع العديد من العلماء اعتبارها متلازمة مرضية واحدة منها كميأ وفي خطورتها.

(٢)-اضطراب ريتز Rett`s disorder :

زملة ريت Rettes Syndrone هي إحدى إعاقات الطفولة، اكتشفها (Rett, 1966) وهي عبارة عن خلل عميق في المخ يظهر لدي البنات والأفراد شبيه الأوتيستك ويظهر في صورة حركات تكرارية لليد، وقصور في المهارات اللغوية والإجتماعية وفي هذه الحالة يكون هناك تطور طبيعي حتى عمر (٦-١٨) شهراً.

ثم يلاحظ الوالدين تغيراً في سلوكيات طفلتهم مع تراجع التطور أو فقد بعض القدرات المكتسبة خصوصاً مهارات الحركة الكبرى مثل الحركة والمشي، ويتبع ذلك نقص ملاحظ في القدرات مثل الكلام، التفكير، استخدام اليدين ، كما أن الطفلة تقوم بتكرار حركات وإشارات غير ذات معنى وهذه تعتبر مفتاح التشخيص، وتتكون من هز اليدين ورفرفتها ، أو حركات مميزة لليدين (Sharyn Neuwirth, et al, 1990) .

ويعرف عادل عبد الله (٢٠٠٢-ب) اضطراب أو زملة ريت بأنها اضطراب نمائي Developmental disorder يصيب البنات فقط ، وفيه يحدث النمو الطبيعي أولاً ثم تفقد البنات المهارات التي اكتسبتها من قبل ، كما تفقد الإستخدام الغرضي لليدين ويحدث بدلاً منه حركات متكررة لليدين ويبدأ ذلك في السن من (١-٤) سنوات.

٣- (الاضطراب التوحدي: Autistic disorders)

وفيه يظهر قصور في النمو موجود وظاهر بعد الميلاد (مبكر)، كما أن الوظائف العضلية الكبيرة سليمة، وقد توجد اضطرابات في التنفس نادرة أو لا يوجد، وثبات في محاور النمو المختلفة دون تدهور كما يوجد نوبات صرع قليلة أو نادرة، وإذا ظهرت تظهر في مرحلة المراهقة (محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة علي حسن، ٢٠٠٤، ٣٣)

كما أن الأطفال ذوي الإضطراب التوحدي لديهم درجة متوسطة إلى شديدة من اضطراب التواصل والإتصال الإجتماعي بالإضافة إلى المشاكل السلوكية، والكثير منهم لديهم درجة من درجات التخلف الفكري (الإعاقة العقلية).

٤- (اضطراب التحطم الطفولي (التفككي / الالاتكاملي) - Childhood Disintegrative Disorder)

حالة نادرة يمكن تشخيصها إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعياً في السنتين الأولين من العمر. حيث يلاحظ تراجع الكثير من الوظائف (كالقدرة على الحركة، التحكم في التبول والتبرز، المهارات اللغوية والإجتماعية).

كما يعد النكوص الملحوظ هو السمة الأساسية من سمات اضطراب الطفولة التفككي في مجالات عديدة من المجالات الوظيفية للنمو قبل عشر سنوات بعد عامين على الأقل من النمو الطبيعي الواضح، وعلى العكس مما يحدث في متلازمة اسبرجر لا يوجد في اضطراب الطفولة التفككي تأخر ملحوظ في نمو اللغة ولا يوجد تباطؤ واضح في المهارات النمائية، ويظهر الأطفال ذوو اضطراب الطفولة التفككي العيوب الاجتماعية وقصور التواصل التي غالباً ما تكون ملامح سلوكية مميزة وملحوظة في اضطراب التوحد، فهناك ضعف كفي في التفاعلات الاجتماعية والتواصل، كما توجد نماذج مقيّدة ونمطية من السلوك والإهتمامات والأنشطة (Gilliam, 1995).

إن الفارق والاختلاف الأساسي بين التوحد اضطراب التحطم الطفولي تمثل في كون التوحد غالباً يولد به الطفل ويمكن أن يكتشف في بعض الحالات في الشهور أو حتى في الأسابيع الأولى بعد الولادة ولكن حالات التحطم الطفولي (التفككي/ اللاتكاملي) لا تظهر إلا بعد العام الثاني وفي بعض الحالات يتأخر ظهورها لعدة سنوات لكن قبل العام العاشر من عمر الطفل وبعد أن يكون قد مر بمرحلة أو مراحل نمو طبيعي مكتسباً خلالها العديد من المهارات اللغوية والاجتماعية الحركية والتحكم في الإخراج ومهارات اللعب والتفاعل الاجتماعي، ومن هنا جاء مصطلح اضطرابات الطفولة (التفككي/ اللاتكاملي/ التحليلية) فلا يمكن بطبيعة الحال أن يحدث التحلل أو التفسخ Disintegration إلا بعد أن يكون تكامل Integration أو اكتساب المهارات قد حدث فعلاً (عثمان فراج، ٢٠٠١، ٦٦).

٥- الإضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental Disorders :

استخدم مصطلح " اضطرابات التطور العامة " ابتداء من عام (١٩٨٠) ليكون مظلة لوصف مجموعة من الحالات تجمعها عوامل مشتركة، وليس وصفاً تشخيصياً وإن كان بينها اختلافات، وهي اضطرابات عصبية تؤثر على مجموعة من مناطق النمو الفكري والحسي، وعادة ما تظهر عند حوالي السنة الثالثة من العمر، ويجمع بينها العوامل المشتركة التالية:

- نقص في التفاعل والتواصل الإجتماعي
- نقص القدرات الإبداعية.
- نقص في التواصل اللغوي وغير اللغوي.
- وجود نسبة ضئيلة من النشاطات والإهتمامات.
- عادة ما تكون نشاطات نمطية مكررة.

(عبد الله الصبي، ٢٠٠٣)

▪ **وصنف أيضاً التوحد (الأوتيزم) كما يلي:**

١- التوحد الكلاسيكي (Classical Autism):

تحصل حالات التوحد بمعدل (٨٠:١١٠)٪ لكل (١٠, ٠٠٠) مولود، ويظهر اضطراب التوحد على الطفل قبل بلوغه الثالثة، ويعاني نحو ٪ (٧٧:٧٥) من حالات التوحد تأخراً عقلياً فضلاً عن أن جميعهم من دون استثناء يواجهون تأخراً ملحوظاً في النمو اللغوي ويصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (١:٤).

٢- متلازمة أسبرجر (Asperger Syndrome):

وتحدث لـ (٢٦:٣٦) مولود من كل (١٠, ٠٠٠) مولود، وهي مشابهة لاضطراب التوحد الكلاسيكي من حيث شيوعها بين الذكور أكثر من شيوعها بين الإناث بنسبة (١:٤) وتظهر الأعراض عند دخول الطفل الحضانة أو عند اختلاطه بمن هم في عمره، وتظهر الفروق جليته ولاسيما على الصعيد الإجتماعي. ومن أعراضه قصور في الإستخدام العملي والإجتماعي للغة وصعوبات على صعيد العلاقات الإجتماعية والإلتزام بالعمل الروتيني وصعوبات في المهارات الحركية.

٣- متلازمة ريت (Rett Disorder):

هو اضطراب عصبي لا يظهر إلا لدى الإناث وهو من الإضطرابات النادرة ويصيب مولوداً واحداً من كل (١٥, ٠٠٠) مولود. وأن الطفلة تنمو بصورة طبيعية خلال

ال (٦:٨) أشهر الأولى من عمرها وبعد هذه المرحلة تبدأ حالتها في التدهور أو أنها تتوقف عن الإستمرار في التطور.

٤-اضطراب الإنتكاس الطفولي :Disorder Child hood Disintegrative

يعد اضطراب الإنتكاس الطفولي لدى الأطفال من أندر الحالات واقل انتشاراً من حالات التوحد، فهو يحدث لمولود واحد لكل (١٠٠,٠٠٠) مولود وهو يشبه اضطراب الإسبرجر والتوحد من حيث أنه يصيب الذكور أكثر مما يظهر لدى الإناث ينمو الطفل المتوحد بإضطراب الإنتكاس الطفولي بشكل طبيعي لمدة زمنية طويلة إلى أن يصل الطفل الى العمر الواقع بين(٥:٣) سنوات وأحيانا الى أن يبلغ العاشرة. يبدأ الطفل بعدها التدهور بشكل ملحوظ ، ويأخذ سلوكه مظهراً شبيهاً بسلوك الطفل التوحدي.

٥-الإضطراب النمائي الشامل غير المحددة -Pervasive :Developmen- tal Disorder not other wise specified

نظراً لغموض وصعوبة تشخيص هذه الحالة، بالرغم من الصعوبات التي يواجهها الأطفال على صعيد التفاعل الإجتماعي واللغوي والتواصل غير اللفظي واللعب، إلا أنها أعراضاً أقل شدة من أعراض التوحد، وتظل قدرتهم على التفاعل بدرجة تحول دون تشخيصهم بالتوحد، هذا فضلاً عن أن الأطفال المشخصين بالإضطراب النمائي الشامل غير المحدد هم في معظم الأحيان من الفئات ذات الأداء العالي، أي لديهم قدرات إدراكية طبيعية، قد يصعب في بعض الأحيان التمييز بين الإضطراب النمائي الشامل غير المحدد واضطراب قصور الإنتباه والنشاط المفرط عند التشخيص، ولكن من أهم العوامل التي تميز بين الإضطراب بين وجود النشاط المفرط في اضطراب التوحد منذ الأشهر الأولى من الحياة، بينما في الإضطراب النمائي الشامل غير المحدد يصبح نشاط الأطفال فائقاً في سن ما بين الثالثة والرابعة (Freth,1993,273-291)

▪ مدي شيوع اضطراب التوحد (الأوتيزم) Prevalence :

دراسات «كانر» التي بدأت في الأربعينات وحتى أوائل السبعينات اعتمدت في تشخيصها لحالات الأوتيزم على المعايير التي وضعها لهذا الغرض، فقد أوضحت أن نسبة الإصابة بإعاقة الأوتيزم في أمريكا غالباً تكون بنسبة (٤:٥) حالات في كل (١٠٠٠٠) ولادة حية في الأعمار الأقل من (١٥) سنة، وتظهر في الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٤:١) وأن البنات الأوتيستك يملن إلى أن يكن أشد اضطراباً، ويشير تاريخهن الأسري إلى انتشار الخلل المعرفي أكثر من الذكور (Kanner,1973,35).

وقد كان يعتقد أن الأوتيزم أكثر شيوعاً في الطبقات الإجتماعية الراقية، ولكن ثبت عدم صحة هذه المقولة وأن الإصابة لاعلاقة لها بالوضع الإقتصادي أو الأصل العنصري أو العرق السلافي (Sahkian,et als,1986,284).

وأشارت إحدى دراسات «جيلبرج» Gillberg أن نسبة الإصابة بالأوتيزم في المرحلة العمرية من (٧:٥) سنوات تقدر بنسبة (١٢٠٤) لكل (١٠,٠٠٠) ولادة حية، بينما كانت نتائج دراسة أخرى «لجيلبرج» تعبر عن نسبة انتشار بمعدل (١١,٦) لكل (١٠,٠٠٠) ولادة حية في المرحلة العمرية من (١٤:٤) سنة، في حين أن «جوتتبرج» وجد أن نسبة الإلتشار تقدر بحوالي (٨,١) لكل (١٠,٠٠٠) ولادة حية في نفس المرحلة العمرية ونفس المنطقة التي أجريت فيها دراسة «جيلبرج» وتشمل (الهند الغربية-الصين-نيجيريا-سيرلانكا) والتي تم التشخيص فيها بناء على معايير «كانر» (Gillberg,1990,104).

وكان من نتائج دراسات «جيلبرج» وآخرون التي تم إجراؤها في السويد ومناطق بوهسلان الريفية أن نسبة انتشار الإصابة بالأوتيزم أو ما يسمى شبيه الأوتيزم تقدر بحوالي (٦٠٦) حالة لكل (١٠,٠٠٠) طفل. وفي دراسة سويدية أخرى «لجيلبرج» وجد أن أعراض اسبيرجر Asperger Syndrom تنتشر بمعدل (٥:٣) مرات أكثر من ظهور أعراض الأوتيزم التي تقدر بحوالي (٢٠٦) على الأقل لكل (١٠٠٠) طفل (Gillberg,1990,105).

وتؤكد دراسات بارون - كوهين (Baron-Cohen, 2001) ، نيلسون وإسرائيل (Nelson,Israael, 1991) أن نسبة انتشار الإصابة بالأوتيزم في الذكور أكثر من الإناث. كما تتحدد نسبة انتشار الأوتيزم طبقاً لمعايير التشخيص التي

تتبنها المجتمعات المختلفة، ففي دراسات لوتر (Lutter,1986) ، لورد سكوبلر (Lord, Scopler, 1989,1987) التي اعتمدت في تشخيص حالات الأوتيزم على معايير (DSM-III) كانت نسبة الإصابة بالأوتيزم حوالي (٢٥:١) حالات لكي (١٠٠٠٠) ولادة حية ونسبة الإصابة في الذكور أكثر من الإناث بمعدل (٣ أو ٤ مرات:١) والسبب في الإصابة غير معروف (Dianne,1992,8).

في حين كانت نسبة انتشار الإصابة بالأوتيزم في جنوب اليابان بمعدل ٦, ١٣ لكل (١٠,٠٠٠) طفل (Tanoue,et als,1988). أما الدراسات المسحية التي تم إجراؤها في إنجلترا ، فقد أظهرت نتائج مختلفة بعض الشيء عن التي ظهرت في أمريكا أو شرق آسيا فكانت نسبة الانتشار تتراوح بين (٢٠:٣٠) حالة لكل (١٠,٠٠٠) ولادة حية، وفي دراسة أخرى قام بها كامبرول Camberwell لتشخيص حالات الأوتيزم على أساس العجز الاجتماعي فأشارت نتائج دراسته إلى أن نسبة انتشار الإصابة بالأوتيزم حوالي (٢١) حالة لكل ١٠,٠٠٠ طفل (Dianne,1992,8).

ويمكن أن تستخلص من هذا أن هناك شبه اتفاق بين نتائج معظم الدراسات على أن معدل انتشار الإصابة بالأوتيزم يتراوح بين (٤,٥) حالات في كل عشر آلاف ولادة حية، وأن هذه النسبة تظهر في الذكور أكثر من الإناث بمعدل (٤:١)، وأما الاختلاف البسيط في النتائج، فيرجع إلى التباين الواضح في المحكات المحددة لتشخيص الإعاقة وعدم وجود أدوات تشخيصية تعتمد على التقدير العام. ولاشك أن التوسع في تشخيص حالات الأوتيزم لتشمل أولئك الأطفال الذين يظهر عليهم عرض واحد أو أكثر من أعراض الأوتيزم له تأثير على نتائج عمليات المسح المستخدمة في قياس حجم المشكلة في مجتمع معين، ومن هنا تختلف نتائج هذه المسوح. كما يمكن توضيح السبب الرئيسي لزيادة نسبة الانتشار في إنجلترا عن غيرها من المجتمعات فيرجع ذلك إلى أنها تستخدم معايير تشخيصية أكثر مرونة واتساعاً.

أما نسبة انتشار الأوتيزم في مصر، فقد ذكر «عثمان فراج» أن هذه الإعاقة يعاني منها ما بين (٢٠٠:١٠٠) ألف طفل (عثمان فراج، ١٩٩٦، ١٨). كما يشير محمد قاسم (٢٠٠١) إلى أن التوحد اضطراب نادر الحدوث نسبياً، ويقدر بحوالي (٥:٢) ولادات من كل (١٠,٠٠٠) آلاف ولادة.

وقد قدرت بعض الدراسات نسبة حدوث الإضطراب بين (٥:٤) حالات من كل (١٠٠٠٠) عشرة آلاف ولادة (Mesibov&Handland,1998). وقد استتدت هذه النتيجة إلى دراسات وبائية من بيئات مختلفة ودانمراكية ويابانية وسويدية، إلا أن الدراسة التي قام بها «وينج» Wing (١٩٧٨) قدرت النسبة بحدود (٨) ثمانية لكل (١٠٠٠٠) عشرة آلاف ولادة، في هذه الدراسة بحث «وينج» حالة (٤٧) طفلاً يعانون من إعاقة إجتماعية أكثرهم يعانون من الصمت Mutism ومن التردد البيغاوي Echolalia وبعض السلوك النمطي، وهذه الأعراض هي تميز اضطراب التوحد، وباستخدام المقابلة Interview.

وقد صنف «وينج» الأطفال الذين يعانون من النمطية الروتينية المتكررة في السلوك عن أولئك الذين لا يظهرون مثل هذه النمطية وتبين له أن المجموعة الأولى (ذوي السلوك النمطي المتكلف) لهم تاريخ سابق في التوحد النمطي ونسبة (٩:٤) لكل (١٠) آلاف طفل أما المجموعة الثانية فكانت النسبة (١٠ لكل ١٦ آلاف طفل) أما بالنسبة لمعدل الحدوث الكلي للأعراض الثلاثة مجتمعة (الصمت، والترديد البيغاوي والنمطية الكلفية في السلوك) فكانت بحدود (١٠ لكل ١٠ آلاف حالة). ويذكر عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٢) إن إعاقة التوحد تحدث بنسبة (١:٢٥٠٠) واحد إلى ألفين وخمسمائة من بين الأطفال وقد تظهر بشكل تدريجي، كما قد تظهر بشكل فجائي بين عمر سنتين وثلاث سنوات بعد أن يكون الطفل قد نمى في سنواته الأولى نواص طبيعياً. وتزيد نسبة الإصابة بين الذكور أعلى من الإناث فنسبتهم من (٤:١) أي أن كل أربعة من الأولاد توجد فتاة واحدة، وتزيد النسبة في حالات اسبرجر لكل (١٠) أولاد توجد فتاة واحدة (Eagle,2006).

وتشير الإحصاءات العالمية إلى الزيادة السريعة في انتشار معدلات الأوتيزم، ففي الولايات المتحدة الأمريكية تشير التقديرات إلى انتشار التوحد بما يقرب من (٦) لكل (١٠٠٠)، أي ما يعادل (١١٤٠٠٠) طفلاً من الذين تقل أعمارهم عن خمسة سنوات (Dietz,2007).

حسب الإحصائيات الأمريكية في الثمانينات اعتبر التوحد اضطراب نادر الحدوث وكانت نسبة الإصابة به هي (١،٤ لكل ١٠٠,٠٠٠) طفل، في التسعينات ازدادت النسبة ووصلت إلى طفل لكل (٥٠٠) طفل، ثم وصلت إلى طفل لكل (٢٥٠) طفل، وفي عام (٢٠٠٧) وصلت النسبة إلى طفل لكل (١٥٠) طفل (محمد عودة ، ٢٠٠٨ ، ٣).

وفي المملكة المتحدة وصلت النسبة إلى طفل لكل (٨٦) طفل (شاتوك، ٢٠٠٨ ، ٢). وفي المملكة العربية السعودية قامت الجمعية السعودية للتوحد بدراسة قدرت نسبة الإصابة بالتوحد (٦) لكل (١٠٠٠) (محمد الدوسري، ٢٠٠٨، ٣).

ونظراً لزيادة الوعي باضطراب التوحد ، والقدرة على وصف الأعراض بشكل أدق نتيجة لإستخدام الخصائص التشخيصية المحددة سواء في (DSM-4)، أو (CIM-10) وانتشار فكرة اضطرابات النمو الشاملة ازدادت نسبة شيوع هذا الإضطراب مما أدى إلى ارتفاع مدى انتشار التوحد بنسبة (١٧-١٠٪) سنوياً. وهذا جعل الحكومة الأمريكية تعلن أن التوحد قد أصبح مشكلة وطنية طارئة.

وفي عام (٢٠٠٩) وصلت نسبة انتشار اضطراب التوحد إلى طفل لكل (١١٠) طفل، وحوالي طفل واحد ذكر لكل (٧٠) طفل ذكر (عليوات، ٢٠٠٧ ، ٥٣؛ رضوان، ٢٠٠٨، ٣؛ الدوسري، ٢٠٠٨ ، ٢). وأشارت الدراسة التي أجراها الجار الله عام (٢٠٠٤) إلى أن عدد المصابين باضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية (٢٠٠,٠٠٠) طفل (عبد المنعم الحسين، ٢٠٠٩، ٢).

ويرجع السبب في زيادة نسبة اضطراب التوحد لدى الذكور إلى الجينات، ففي حين تأخذ الفتاة الكرموسوم الجنسي (X) من الأم والأب، يأخذ الولد الكرموسوم الجنسي (X) من الأم فقط، ويكون الجين الذي تأخذ الفتاة من أبيها منيع ومميز يحمي حامله من الإصابة بالتوحد (قحطان الظاهر ، ٢٠٠٩، ٣٣).

كما يعاني أطفال الأوتيزم من ظهور بعض الإضطرابات الإنفعالية الحادة والتي يمكن أن تظهر في شكل الإفتقار إلى التعاطف وعدم المعاملة بالمثل، وضعف المشاعر والعواطف ونقص التعبيرات الإنفعالية، وضعف التواصل وإساءة تفسير الإشارات الإجتماعية ونقص الأحاديث المتبادلة (Douglas,2009,2; Autism Society of American,2008).

وبدأ ينتشر مرض التوحد بصورة كبيرة مؤخراً حسب ما جاء في التقرير الذي نشره معهد أبحاث التوحد والذي يشير إلى زيادته بنسبة كبيرة. حيث أصبحت تمثل (75) حالة في كل (10,000) من عمره (5: 11) سنة وتعتبر هذه نسبة كبيرة عما كان معروف سابقاً وهو (5) حالات في كل (10,000).

ونحن في مجتمعنا العربي بصفة عامة وفي مصر بصفة خاصة في أمس الحاجة إلى كثير من الدراسات المسحية التي توفر لنا معلومات أساسية تفيد في وضع استراتيجيات العمل وبرامج الرعاية والتأهيل لهذه الفئة من الأطفال.

كما أعلن المركز الطبى Medical Center بمدينة ديترويت الأمريكية (1998) في Detroit أن اضطراب التوحديّة أكثر شيوعاً من متلازمة داون Down's Syndrome، وهو يستمر مدى الحياة ويصيب على الأقل (4: 5) أطفال من كل (10000) آلاف طفل، وتبلغ نسبة إصابة الذكور (3: 4) أضعاف الإناث (عصام زيدان، 2004، 100).

وهذا ما أكده إيدلسون (1998) Edelson بناء على دراسات مسحية واسعة المدى في الولايات المتحدة، وإنجلترا، وأكثر الدراسات الإحصائية عن التوحد قررت أنه يحدث بمعدل (5: 4) أطفال لكل (10000) طفل، كما أعلنت الجمعية الأمريكية للتوحديّة (Autism Society of America 1999) أن إعاقة التوحد تحدث بنسبة (1: 500) من الأطفال بما يعادل (20: 10000)، وأن نسبة انتشارها بين البنين إلى البنات هي (4: 1) (عصام زيدان، 2004، 124).

ويذكر كل من رونالدكولاروسو، كولين اورورك (2003) أن نسبة إنتشار إعاقة التوحديّة بين الأطفال من سن (3: 12) سنة في الولايات المتحدة الأمريكية هي (6, 0)٪ وهذا يعنى

أن هناك (٦٠: ١٠٠٠٠) طفلاً لديهم إعاقة التوحدية . إذن الإعداد في ازدياد مستمر سواء كان في الخارج أو في بلادنا العربية، وللأسف لا يوجد لدينا إحصائيات رسمية إلى الآن، وهذا ما أكدته نتائج دراسات

. (إيمان فؤاد كاشف، ٢٠٠١، ٢٠) .



الفصل الثاني

الإضطرابات والمشكلات الصحية لدى طفل الأوتيزم

- تقديم:
- الأمراض التي قد تكون مصاحبة أحياناً لمرض التوحد :
- أنواع الهجمات البكتيرية الشديدة علي الجسم أثناء الإصابة التوحد:
- تصنيفات لإضطراب التوحد تقع ما بين الخفيف إلى الحاد:
- شدة ومستويات اضطراب التوحد (الأوتيزم):
- درجات الشدة لاضطراب طيف التوحد:



■ تقديم:

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ [إِنَّمَا أَمْرُهُ إِذَا أَرَادَ شَيْئًا أَنْ يَقُولَ لَهُ كُنْ فَيَكُونُ (٨٢)
فَسُبْحَانَ الَّذِي بِيَدِهِ مَلَكُوتُ كُلِّ شَيْءٍ وَإِلَيْهِ تُرْجَعُونَ (٨٣)] سورة يس: الآيات (٨٢:٨٣)

أن الأوتيزم مشكلة متعددة العوامل، وليست مرضاً نفسياً، ويصف أندرو واكيفيلد (٢٠٠٩) الأوتيزم بأنه «اضطراب ذو علاقة بالإضطرابات الهضمية يصاحبها أعراض دماغية ثانوية، ويبدو اتساق هذا الرأي مع ما نراه عندما نركز على العديد من مشكلات القناة الهضمية التي توجد لدى الأطفال.

كما أن مشكلات التمثيل الغذائي تؤثر على سلوكيات الإنسان بطرق متعددة. وتسعى كل برتوكولات العلاج لمشكلات التمثيل الغذائي على تعديل الإمتصاص، مع تركيز خاص على اعتبار إن سلامة القولون المؤشر الرئيسي للصحة الجيدة.

بمعنى آخر إن مشكلات التمثيل الغذائي تؤثر على سلوكيات الإنسان بطرق متعددة. وتسعى كل برتوكولات العلاج لمشكلات التمثيل الغذائي على تعديل الإمتصاص، مع تركيز خاص على اعتبار إن سلامة القولون المؤشر الرئيسي للصحة الجيدة.

كما تبدو على أطفال الأوتيزم علامات المرض والألم. إذ عادة ما يصابون بالكثير من مشكلات الهضم، التسمم الكيميائي، التسمم بالمعادن الثقيلة، العدوى الفيروسية، العدوى البكتيرية والفطرية، ومشكلات المناعة الذاتية. واتهمت الكثير من الهيئات البحثية التطعيمات، وخاصة التطعيم الثلاثي، إذ يرى بعض الباحثين أن هذا النوع من التطعيمات يسبب الأوتيزم لدى الأطفال.

إضافة إلى ذلك، تفيد بعض الدراسات بوجود أدلة كثيرة تؤكد على أن زيادة معدلات التلوث البيئي وما يحتويه هذا التلوث من سموم يفضي إلى زيادة احتمالات إصابة الأطفال بالوتيزم وفي معاناتهم من الكثير من المشكلات الصحية الأخرى.

وكما قال الشاعر:

إِنْ كَانَ لِلْمَرَّةِ عَزْمٌ فِي إِرَادَتِهِ ●●● فَلَا الطَّبِيعَةَ تُنْتِيهِ وَلَا الْقَدْرُ

(الزهاوي)

▪ الأمراض التي قد تكون مصاحبة أحيانا لمرض التوحد :

١- متلازمة فراجايل (fragile x syndrome):

وسببه عيب في تركيبة الكروموزوم X و له صفات معينة في الطفل مثل بروز الأذن ، كبر مقاس محيط الرأس، مرونة شديدة في المفاصل و أيضا تخلف عقلي (Shubha&phadke,2005,2) .

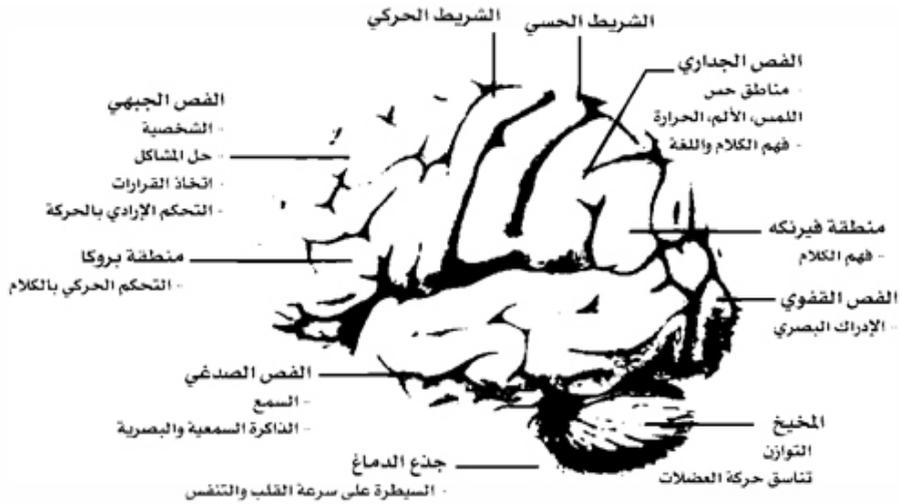
٢- مرض فينايل كيتونورا (Phenylketonuria PKU):

هو مرض وراثي سببه أن الحمض الاميني المسمى فينيل ألينين لا يتم له في الجسم و ذلك بسبب نقص أو عدم نشاط أنزيم معين في الكبد metabolism فيؤدي إلى تراكم هذا الحمض في الدم والمخ. التشخيص يتم عن طريق فحص الدم.. وقد أصبح هذا الفحص اختبار روتيني لكل طفل يولد في الخارج حيث إن التشخيص المبكر يحمي الطفل من التخلف العقلي و ذلك بإرشاد الأهل إلى الابتعاد عن الأطعمة التي تحتوى على حمض phenylalanine . (Kang, et al,2010).

٣-مرض التصلب الحدبي Tuberos sclerosis:

أيضا مرض وراثي يوصف بوجود مشاكل في الجلد و بقع لونها داكن أو بقع أفتح من لون الجلد وتخلف عقلي.

ويظهر الشكل التالي رقم (١)، المناطق الدماغية ذات العلاقة بإضطراب الأوتيزم.



(Arianna,et al, 2017)

▪ أنواع الهجمات البكتيرية الشديد علي الجسم أثناء الإصابة بالأوتيزم (التوحد) :

أ- هجوم بكتيري.

ب- هجوم علي الأنسجة الضعيفة من خلال الفطريات غير الحيوية.

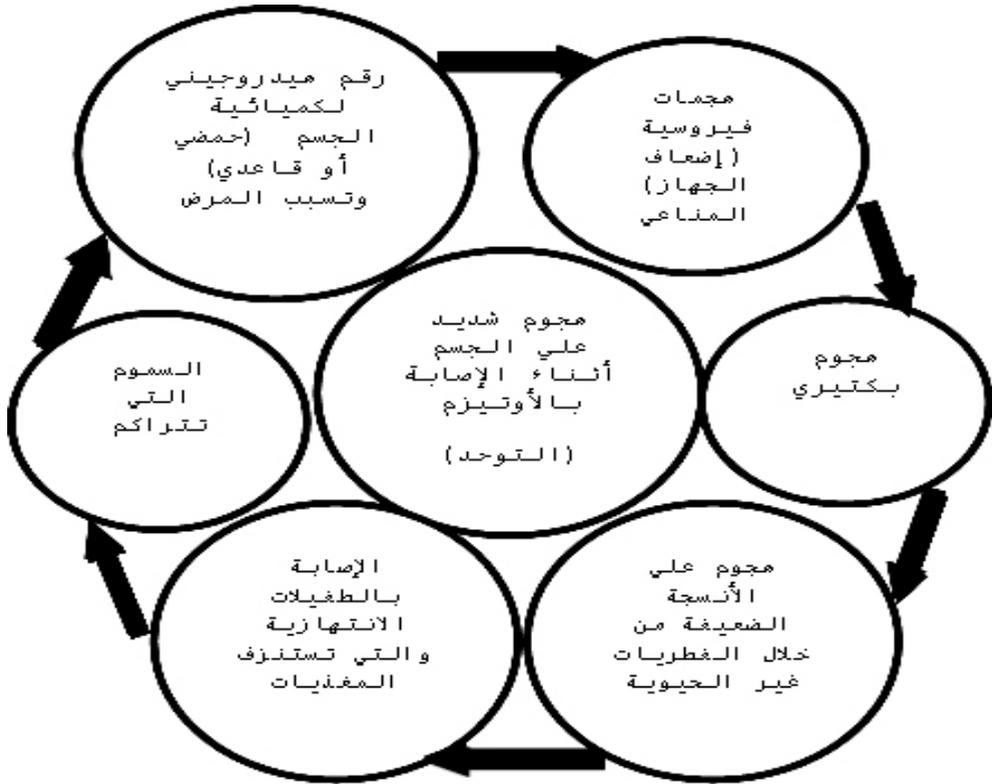
ت- الإصابة بالطفيليات الإنتهازية والتي تستنزف المغذيات.

ث- السموم التي تتراكم من عدم القدرة على القضاء عليها.

ج- الرقم الهيدروجيني PH لكميائية الجسم كمؤشر على حمضية المادة أو قاعديتها، والتي تشكل وتسبب المرض.

ح- الهجمات الفيروسية والتي تزيد من إضعاف الجهاز المناعي.

الشكل رقم (٢) يوضح أنواع الهجمات الشديدة علي الجسم أثناء الإصابة بالأوتيزم:



(<http://www.nimh.nih.gov/images/pubs/brain-structures-autism.gif>)

▪ تصنيفات لإضطراب التوحد تقع ما بين الخفيف إلى الحاد:

كما يري كثير من الباحثين أن اضطراب الأوتيزم يقع على متصل ما بين الخفيف إلى الحاد، وبذلك استخدم كثير من المصطلحات للإشارة إلى هذا الإضطراب في أحواله المختلفة، فظهر لدينا مصطلحات:

أ- أطفال الأوتيزم Autistic Children .

ب- الموهوبين ذوي الأوتيزم Gifted/Autistic .

ت- النوابع المعتهوين Idiot Savants .

ث- النوابع ذوي الأوتيزم Autistic Savants .

ج- أطفال الأوتيزم ذوي الأداء المرتفع High Functioning Autism.

(Autism Society of America,2008)

▪ **تصنيف «ماري كولمان» لإضطراب (الأوتيزم) التوحد؛** وقد صنفت

ماري كولمان التوحد إلى ثلاثة مجموعات:

١- **ظاهرة التوحد الكلاسيكي؛** يظهر لدى الاطفال في هذه المجموعة علامات من ضعف الجهاز العصبي يمكن ملاحظتها في وقت مبكر ويمكن تحسن وضعهم ما بين (٥:٧) سنوات.

٢- **ظاهرة انفصام في الطفولة مع علامات التوحد؛** تشبه المجموعة الأولى الكلاسيكية ولكن لاى ظاهر في وقت مبكر إنما يظهر في وقت متأخر بعد (٣٠) شهر وتظهر عليهم علامات نفسية بالإضافة إلى النوع الكلاسيكي الذي عرفه «كانر».

٣- **ظاهرة التوحد بتلف الدماغ؛** يظهر عليهم مرض في الجهاز العضوي مثل العمى أو الصمم (زينب شقير، ٢٠٠٢، ٥٤).

▪ **ويمكن تقسيمه تبعاً لمستوى التفاعلات الإجتماعية إلى ثلاثة مجموعات؛**

أولاً: المجموعة المنعزلة؛ وهي المجموعة الكلاسيكية للتوحد ويتميز الأطفال في هذه المجموعة أنهم منعزلين غير قادرين على الإتصال والتفاعل الإجتماعي، ويرفضون أي نوع من أنواع الإتصال الإجتماعي من قبل الآخرين.

ثانياً: المجموعة الإيجابية النشطة؛ وهي مجموعة الإسبرجر حيث يتميز الأطفال في هذه المجموعة بأنهم نشيطون وفعالون ولكنهم غريبو الأطوار، يحاولون بشدة الحصول على أصدقاء ولكنهم لا يستطيعون الإحتفاظ بهم.

ثالثاً: المجموعة السلبية؛ لا يقوم الأطفال في هذه المجموعة بأي محاولة اتصال اجتماعية تلقائية للتقرب من الآخرين لكنهم يقبلون محاولات الآخرين للإتصال بهم والتفاعل معهم (حسني حلواني، ١٩٩٦، ٢٥).

كما يمكن تقسيمهم إلى مجموعات أخرى تبعاً للأداء:

١- **فائق الأداء:** يظهر أكبر قدر من التفاعل الوظيفي فهو يتميز بالإنسحابية مع خليط من اللغة التواصلية وغير التواصلية.

٢- **متوسط الأداء:** يتميز بدرجة انسحاب أشد من النمط الأول كما يزداد انتشار اللغة غير التواصلية لكنه يمتلك بعض المهارات (الجزئية، والعقلية، والحركية، والإدراكية) التي تجعله قريب الشبه بشكل عام للطفل العادي.

٣- **منخفض الأداء:** هذا النمط عاجز عن إظهار أي نوع من أنواع النشاط العقلي أو الحركي أو الإدراكي المناسب لعمره، ومستوى ذكائه ضعيف جداً (إلهامي إمام؛ إيمان إسماعيل، ٢٠٠٦، ١٦٥).

▪ **شدة ومستويات اضطراب التوحد (الأوتيزم):**

تستند شدة اضطراب التوحد على ضعف التواصل الإجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة، وأنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ، الأمثلة توضيحية، وليست شاملة:

١. نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثلاً، أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارات).

٢. الإصرار على التشابه، والإلتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي مثلاً، الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة، والصعوبات عند التغيير، وأنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية، والحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم.

٣. اهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز مثلاً، التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء -غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفرطة المواظبة.

٤. فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة -مثلاً، عدم الاكتراث الواضح للألم/درجة الحرارة، والاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة.

كما تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالإستراتيجيات المتعلمة لاحقاً في الحياة. تسبب الأعراض تدنياً سريرياً هاماً في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي، أو في غيرها من المناحي المهمة. لا تُفسر هذه الإضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معاً في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام (Bolet,S.et al, 2011) .

ملاحظة : الأفراد الذين لديهم تشخيصات ثابتة حسب الدليل الرابع لإضطراب التوحد، واضطراب اسبرجر، أو اضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر، ينبغي منحهم تشخيص اضطراب طيف التوحد. الأفراد الذين لديهم عجز واضح في التواصل الاجتماعي، ولكن أعراضهم لا تلبى المعايير لإضطراب طيف التوحد، ينبغي تقييمهم لإضطراب التواصل الاجتماعي (العملي).

▪ جدول (١) درجات الشدة لإضطراب طيف التوحد:

مستوى الشدة	التواصل الاجتماعي	السلوكيات النمطية المتكررة
المستوى الثالث يحتاج لدعم كبير جد	عجز شديد في مهارات التواصل اللفظي والغير لفظي مسبباً تدنياً شديداً في الأداء، مع بدء محدود جداً للتفاعل الإجتماعي، مع أقل الإستجابات لإستهلالات الغير مثلاً شخص لديه كمية قليلة من الكلام الواضح والذي نادراً ما يبدأ التفاعلات وإذا فعل فإنه يعتمد مقاربات غير مألوفة لتلبية الإحتياجات فقط و للاستجابة للمقاربات الإجتماعية المباشرة بشدة فقط	انعدام المرونة في السلوك وصعوبة شديدة في التأقلم مع التغيير، أو أن السلوكيات النمطية/ المتكررة تتداخل بوضوح مع الأداء في جميع المناحي إحباط/صعوبة كبيرة لتغيير التركيز أو الفعل

<p>انعدام المرونة في السلوك. وصعوبة التأقلم مع التغيير، أو أن السلوكيات النمطية/المتكررة تظهر بتكرار كافٍ ليبدو ظاهراً للمراقب الخارجي وتتداخل بالأداء في العديد من السياقات إحباط/ صعوبة لتغيير التركيز أو الفعل.</p>	<p>عجز واضح في مهارات التواصل اللفظي والغير لفظي، الإختلالات الإجتماعية ظاهرة حتى مع الدعم في المكان، مع بدء محدود للتفاعل الاجتماعي مع استجابات منقوصة أو شاذة لإستهلالات الغير فمثلاً شخص يتكلم جملاً بسيطة وتفاعلاته محددة بإهتمامات ضيقة ، ولديه تواصل غير لفظي غريب</p>	<p>المستوى الثاني يحتاج لدعم كبير</p>
<p>انعدام المرونة يسبب تداخلاً واضحاً مع الأداء في واحد أو أكثر من السياقات. صعوبة التغيير بين الأنشطة مشاكل التنظيم والتخطيط تعرقل الاستقلالية.</p>	<p>دون دعم في المكان فالعجز في التواصل الاجتماعي يسبب تدنياً ملحوظاً. بدء التفاعلات الإجتماعية معاً مثلة واضحة للإستجابات غير الناجحة أو غير المعتادة لاستهلالات الغير،وقد يبدو انخفاض الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية، فمثلاً شخص لديه القدرة على الكلام بجمل كاملة قد ينخرط باتصال ولكن محادثه من وإلى الآخرين ستفشل، ومحاولاته لتكوين أصدقاء تكون غريبة وغير ناجحة عادة.</p>	<p>المستوى الأول يحتاج للدعم</p>

(Katherine &Huppe, 2011; Kidd, &Kaczmarek, 2010; Remington, et al,2007)

▪ وقد حدد «سيفن» وآخرون نظاماً تصنيفياً لإضطرابات التوحد في أربع مجموعات وهي كالتالي :-

أولاً: المجموعة التوحدية الشاذة : يظهر أفراد هذه المجموعة القليل من خصائص التوحدية بالإضافة إلى مستوى أعلى من الذكاء.

ثانياً: المجموعة التوحدية البسيطة : يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، ومظاهر روتينية شديدة، مع تخلف عقلي بسيط مصحوباً باللغة الوظيفية.

ثالثاً: المجموعة التوحدية المتوسطة : يظهر أفراد هذه المجموعة استجابات اجتماعية محدودة، ومظاهر شديدة من السلوكيات الروتينية والنمطية، ولغة وظيفية محدودة و مرفقة بتخلف عقلي .

رابعاً: المجموعة التوحدية الشديدة: أفراد هذه المجموعة منعزلون اجتماعياً، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية واجتماعية وظيفية، بالإضافة إلى وجود التخلف العقلي في مستوى ملحوظ، حيث تكتمل في هذه المجموعة ثلوث الأعراض، وتسمى مجموعة التوحد الكلاسيكي أو التقليدي (Lida,1993, 5:26).



الفصل الثالث

أسباب اضطراب التوحد (الأوتيزم)

- تقديم:
- العوامل المسببة لاضطراب التوحد (الأوتيزم):
- آراء العلماء حول أسباب التوحد (الأوتيزم):
- تصنف وجهات النظر حول أسباب التوحد:
- النظريات والنماذج المفسرة للتوحد:
- أسباب صعوبة تحديد العوامل المؤدية للإصابة بالتوحد:



■ تقديم:

قال تعالى: [وَأَنْزَلَ اللَّهُ عَلَيْكَ الْكِتَابَ وَالْحِكْمَةَ وَعَلَّمَكَ مَا لَمْ تَكُنْ تَعْلَمُ وَكَانَ فَضْلُ اللَّهِ عَلَيْكَ عَظِيمًا] . سورة النساء: الآية (١١٣)

منذ أن انتبه العلماء للأعراض التي سموها فيما بعد باضطراب التوحد . مازالت الأسباب غير معروفة بصورة دقيقة وثابتة (مجهولة)، وذلك لعدم وجود عرض معين، وإنما مجموعة من الأعراض تختلف من حيث الشدة والنوعية من طفل لآخر، حيث هناك فرضيات متعددة بحثت في أسباب التوحد ولكن سرعان ماتتهار أمام الفرضيات الجدد .

كما كان الاعتقاد السائد لسنوات عديدة أن التوحد سببه خطأ في العلاقة بين الأم والطفل، أما الآن فقد بدا واضحاً أن أسباب التوحد بيولوجية وليست نفسية مثل الحصبة الألمانية أو الحرارة العالية المؤثرة أثناء الحمل، أو وجود كروموسومات تحمل جينات معينة أو تلفاً بالدماغ إما أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأي سبب مثل نقص الأكسجين“ الولادة المتعسرة” مما يؤثر على الجسم والدماغ وتظهر عوارض التوحد والحقيقة ما زالت غامضة حتى الآن.

كما يولد الطفل سليماً معافى، وغالباً لا يكون هناك مشاكل خلال الحمل أو عند الولادة ، وعادة ما يكون الطفل وسيماً وذو تقاطيع جذابة ، ينمو هذا الطفل جسمياً وفكرياً بصورة طبيعية سليمة حتى بلوغه سن الثانية أو الثالثة من العمر عادة ثلاثون شهراً ثم فجأة تبدأ الأعراض في الظهور كالتغيرات السلوكية الصمت التام أو الصراخ المستمر، ونادراً ما تظهر الأعراض من الولادة أو بعد سن الخامسة من العمر، وظهور الأعراض الفجائي يتركز في اضطراب المهارات المعرفية واللغوية ونقص التواصل مع المجتمع بالإضافة إلى عدم القدرة على الإبداع والتخيل (David,2005) .

ويعد الإضطراب التوحدي من الأغغاز المحيرة نظراً لتباين خصائصه، ولذلك استقطب اهتمام الكثير من العلماء وظهرت تفسيرات عديدة في محاولة لفهم هذا الإضطراب، وأجريت الكثير من الأبحاث لمعرفة أسبابه والعوامل المؤثرة فيه وخلصت تلك الدراسات إن هذا الاضطراب يرجع للعديد من الأسباب (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤).

فلم تثبت أسباب محددة تماماً للإصابة بالتوحد . ولكنها مجموعة من العوامل الكيميائية والوراثية والعضوية، والتي لا يزال البحث عنها مستمراً في كثير من البحوث والدراسات الحديثة.

ومنذ القدم كان الوالدان يهتمون ببرودة عواطفهم تجاه الابن والتي تسبب الإصابة بالتوحد، وخصوصاً الأم مما أطلق عليها الأم الباردة (الثلاجة) . ولكن لم تثبت تلك الفرضية، حيث قام العلماء بنقل هؤلاء الأطفال المصابين الى عوائل بديلة خالية من الأمراض النفسية برودة العواطف وغيرها لم يلاحظ أي تحسن على هؤلاء الأطفال، ويلاحظ أيضاً إن الإصابة بهذا الإضطراب قد تبدأ احياناً منذ الولادة، لم يكن تعامل الوالدين واضحاً في هذه الفترة .

▪ العوامل المسببة لإضطراب للتوحد (الأوتيزم):

تعددت العوامل المؤدية للتوحد ولكن توجد عوامل واضحة ومتفق عليها حتى الآن يمكن أن يعزى اليها اضطراب التوحد وفيما يلي مجموعة من العوامل :-

(١)-عوامل وراثية جينية : اثبتت بعض الدراسات الحديثة كما تذكر «ليدا» (١٩٩٣) أن هناك ارتباطاً بين التوحد وخلل الكروموسومات، وأوضحت هذه الدراسات أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد فقط وهو الكروموسوم الذي يسمى (fragile x) ويعدّ هذا الكروموسوم شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلي وصعوبات التعلم وله دور في حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الزائد، وهذا الكروموسوم يكون شائعاً بين الذكور أكثر من الإناث، ويؤثر هذا الكروموسوم في حوالي (٧-١٠٪) من حالات التوحد.

كما أشارت العديد من الدراسات العائلية أن نسبة حدوث التوحد بين إخوة وأخوات الأطفال التوحديين بين (٣:٥)٪ وتزيد هذه النسبة إلى(٨)٪ بين أفراد الأسرة الممتدة ومن ناحية أخرى نجد أن التوحد ينتشر بنسبة (٣٦)٪ بين التوائم المتطابقة Identical فإذا كان أحدهم توحدي (٩٠)٪ فإن الآخر سيكون لديه توحد لأن هناك تطابق جيني بينهما، أما التوائم المختلفة يكون التطابق الجيني بينهما مختلف إذ يشترك التوأم في نصف الجينات فقط.

(٢)-**عوامل بيولوجية** : تتحصر هذه العوامل كما تذكر «ليدا (١٩٩٣)» في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها، ونعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل نقص الأوكسجين، استخدام الآلات في الولادة ، أو عوامل بيئية أخرى مثل تعرض الأم للنزف قبل الولادة أو تعرضها لحادثة أو كبر سن الأم .

(٣)-**عوامل عصبية وتشريحية** : يؤمن معظم الخبراء بأن هناك العديد من أشكال الخلل الوظيفي بالمخ عند المقارنة بين الأطفال ذوي التوحد والأطفال غير المعاقين، إذ أن هناك بعض أجزاء المخ متزايد في الحجم لدي المصابين بالتوحد. كما يعد الفص الصدغي الذي يوجد في الجانبين السفليين من المخ منطقة حرجة إذ يضم منطقة اللوزة amygdala وقرن آمون hippocampus ، وتتحكم منطقة اللوزة في الإنفعال والعدوانية ومسئولة عن الإستثارة للعديد من الحواس مثل الأصوات والبصر والشم والاستثارة العصبية أو التنبه بالخوف وعند تلف منطقة اللوزة يحدث خلل في كل ما تقوم به هذه منطقة، كما أن منطقة قرن آمون مسؤولة عن التعلم والذاكرة وعند تلف أو إزالة هذه المنطقة فيؤدى إلى عدم القدرة على تخزين المعلومات الجديدة في الذاكرة بالإضافة إلى ملاحظة سلوكيات متكررة وسلوك الإستثارة الذاتية والنشاط المفرط ، وكل هذه السلوكيات توجد في طفل التوحد، وغالبا يحدث هذا التلف في مرحلة النمو قبل الولادة.

(٤)-**عوامل عقلية** : يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن التوحد سببه الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة ومن الذين يتبنون هذه النظرة (سينجر و وينمي) ولكن غالباً ما يتم رفض هذه النظرية كون الفام مرض نفسي والتوحد اضطراب نمائي .

٥)-**عوامل كيميائية:** أكدت بحوث أخرى (كامبل وشاي) وجود عوامل كيميائية عصبية تلعب دوراً كبيراً في حدوث التوحد وإن كان العلماء غير متأكدين من كيفية حدوثه، مع أهمية ودور الأسباب الأخرى ، فالكيمياء الحيوية تلعب دوراً مهماً في عمل الجسم البشري وخصوصاً في حالات التوحد ، ومن بينها بحث أجري في السويد Piven (١٩٩٠) وتبين أن درجة تركيز حمض الهوموفانيلك (Homovanillic Acid) أكثر ارتفاعاً في السائل المخي المنتشر بين أنسجة المخ والنخاع الشوكي في حالات التوحد منه بين الأطفال الإعتياديين كما لوحظت في دراسات أخرى، زيادة تركيز إحدى الناقلات العصبية وهو السيروتونين (Serotonin) في دم % (٤٠) من الأطفال التوحديين، وعندما أمكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار فينفلارمين (Fen-flamine) لوحظ تحسن وإنخفاض في بعض الأعراض لدى هؤلاء الأطفال كما لوحظ تحسن في الأداء اللغوي.

٦)-**عوامل أيضية:** هذه النظرية كما يذكر (كامبل وشاي) ، افتراض أن يكون التوحد نتيجة وجود بيبتايد (Peptide) خارجي المنشأ من الغذاء يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي أن تكون العمليات داخله مضطربة، وهذه المواد (peptide) تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الأغذية المحتوية على الغلوتين كالحبوب والشعير والشوفان، أيضاً الكازين الموجود في الحليب ومنتجات الألبان، ولكن في هذه النظرية نقاط ضعف، فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص، ومع ذلك لم تحصل لديهم حالة التوحد، لذلك تخرج لنا نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد الى المخ ومن ثم تأثيرها على الدماغ وحدوث أعراض التوحد

(خنساء عبد الرزاق، ٢٠١٥، ٢١:١٩)

▪ آراء العلماء حول أسباب التوحد (الأوتيزم) Causes of Autism :

وأوجد العلماء علاقة بين إصابة الأم ببعض الإلتهابات الفيروسية وإصابة التوحد ومن هذه الإلتهابات هي الحصبة الألمانية وتضخم الخلايا الفيروسي وإلتهاب الخلايا الفيروسي . ويرى البعض أن التطعيم قد يؤدي إلى الأعراض التوحدية بسبب فشل الجهاز المناعي في إنتاج المضادات الكافية للقضاء على فيروسات اللقاح ما يجعلها قادرة على إحداث تشوهات في الدماغ. ولكن لم تعتمد هذه الفرضية من قبل المراكز العلمية .

كما يفترض أن عنصر الوراثة كسبب يفسر اضطراب التوحد، وهذا يفسر إصابة الأطفال التوحديين بالاضطراب نفسه كما يشير بعض الباحثين إلى الخلل في الكروموسومات والجينات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين تؤدي إلى الإصابة به وهناك من يفسر التوحد نتيجة للعوامل البيولوجية، وأسباب تبني هذا المنهج بسبب أن الإصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية، ولكن قد يكون هناك عدم قبول للنظرية البيولوجية عندما لا يجد سبب طبي أو إعاقة عقلية يمكن أن يعزى لها السبب (عبد الله الصبي، ٢٠٠٣)

وتفترض حدوث خلل في بعض النواقل العصبية مثل (السيرونيين والدوبامين والبيبتيدات العصبية) حيث إن الخلل البيوكيميائي في هذه النواقل من شأنه أن يؤدي إلى آثار سلبية في المزاج والذاكرة وإفراز الهرمونات وتنظيم حرارة الجسم وإدراك الألم.

وتشير هذه الفرضيات إلى أن عدم مقدرة الأطفال التوحديين على هضم البروتينات وخصوصاً بروتين الجلوتين الموجود في القمح والشعير ومشتقاتهما، وكذلك بروتين الكازين الموجود في الحليب، يؤدي إلى ظهور البيبتيد غير المهضوم والذي يصبح له تأثير تخديري يشبه تأثير الأفيون والمورفين.

ويفترض بعض الباحثين أن تعرض الطفل في مراحل نموه الحرجة إلى التلوث البيئي وما يحدث من تلف دماغي وتسمم في الدم (الزئبق والمادة الحافظة للمطاط والرصاص وأول أكسيد الكربون) هذه الفرضيات والنظريات تبقى كلها احتمالات ويبقى التوحد مرض غامض ومجهول السبب .

ويؤكد المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية (1998) Detroit Med- Center ical أن هذا الإضطراب يصيب الطفل قبل أن يصل عمره إلى ثلاثين شهراً، وأنه يصيب أربعة أطفال من بين كل عشرة آلاف طفل، وتتضاعف إصابة البنين به قياساً بالبنات من ثلاث إلى أربع مرات، وهو اضطراب يستمر مدى الحياة.

وتذهب الجمعية الأمريكية للتوحدية (1999) Autism society of America إلى أن معدل الإنتشار هذا قد جعل منه ثالث أكثر الإضطرابات النمائية شيوعاً، ومن ثم فإنه يعد أكثر شيوعاً من زملة أعراض داون، ويؤيد تقرير لقسم الخدمات الخاصة بذوى الإضطرابات النمائية بولاية كاليفورنيا (1999) California state of Department of De- velopmental services هذا الرأي من خلال تحليل البيانات المتعلقة بالجوانب النمائية والديموجرافية للأفراد التوحديين في المراكز الإقليمية الأحد وعشرين للتوحدية التابعة لولاية كاليفورنيا والتي تقوم بتقديم الخدمات لهؤلاء الأفراد وأسرههم وذلك خلال أحد عشر عاماً تمتد من بداية عام (1987) حتى نهاية عام (1998).

حيث اتضح أن عدد الأفراد التوحديين يتزايد بشكل سريع للغاية وذلك قياساً بأقرانهم ذوى الإضطرابات الثمانية المختلفة مما أدى بالتالي إلى زيادة أعداد الأفراد التوحديين الذين يقدم لهم المركز الإقليمي خدماته لدرجة أنه قد الحق بهذا المركز في عام (1998) فقط (1685) فرداً جديداً، وبذلك فإن عدد الأفراد الذين يقدم لهم هذا المركز خدماته يتجاوز بكثير العدد المتوقع وفقاً للمعدلات الكلاسيكية للاضطراب، وتوضح التقديرات أن صافى معدل الزيادة السنوية في عدد الأفراد التوحديين قياساً بأقرانهم ذوى الإضطرابات الأخرى يصل إلى (3)٪ تقريباً.

▪ تصنف وجهات النظر حول أسباب التوحد:

يعتبر الأوتيزم من الإعاقات النمائية التي مازال يحيطها كثير من الغموض في كافة جوانبها وخاصة الاتفاق على تحديد العوامل المسببة لها. فهل هي نفسية عضوية، وراثية جينية، بيوكيميائية أو هي نتيجة لتفاعل هذه العوامل؟ أو هي ليست هذا ولا ذلك ولكنها نتيجة لعوامل مسببه أخرى لازلنا نجهلها تماماً.

ونتيجة لتباين وجهات النظر التي اهتمت بتحديد أسباب التوحد وتباين الأنساق الفكرية والوحدات التفسيرية والأطر النظرية التي تبنتها كل وجهة نظر، يمكن أن نصنف وجهات النظر هذه في الأطر النظرية الآتية:-

أولاً: وجهات النظر النفسية والسيكوديناميه والبيئية Psychological, psychodynamic and environmental :

تعتبر النظرية السيكودينامية من أقدم النظريات في تفسير الأسباب المتوقعة للأوتيزم حيث كان يعتقد أن شذوذات معينة في شخصية الأم وطريقة تربية الطفل تهيئ لحدوث هذا الإضطراب (محمود حموده، ١٩٩٣، ١٠٧).

ونظرا لأهمية العلاقة بين الطفل وأمه في الشهور الأولى من حياة الطفل ودورها في الإصابة بالاضطراب.

تصنيف مكونات هذه العلاقة على النحو التالي:-

أ- **ميكانزمات العلاقة النفسية بين الطفل والأم:** يرى أنصار هذه النظرية «كانر، اسبيرجر، جولدفار، بتلهيم ، ريملاندر» أن الأوتيزم ينشأ عن خبرات مبكرة غير مشبعة وتهديديه، فينشأ الأساس المرضي نتيجة فشل «أنا» الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم، والتي تكون بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي، وبالتالي لم تسنح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه (Wing, 1996,31).

ب- ويشير «أوجرمان» إلى أن فشل العلاقة العاطفية بين الأم والطفل قد يكون مرتبطا ببعض أنواع الانفصال عن الأم سواء كان هذا الانفصال طبيعياً أم عاطفياً، فالانفصال الطبيعي ربما يكون بسبب طول فترة البعد عن الطفل والتي تحدث عند ميلاد طفل جديد أو حمل آخر للألم بسبب انشغالها بعض الوقت عن الطفل (O'Gorman, 1970, 66:68).

ج- أما الإنفصال العاطفي فيرجع إلى عدم قابلية الأم والطفل لصنع عالقة مرضيه معا وربما يرجع ذلك إلى أن الأم فضاامية أو تعاني من مرض عاطفي أو متعلقة طفوليا بأمها لدرجة انها ال تستطيع القيام بدور الأم (O'Gorman, 1970, 64-66).

ويضيف «أوجرمان» بعض الأسباب التي ينشأ عنها ضعف أو فشل علاقة تواصل الطفل بأمه:

١. اضطراب العلاقة بين الوالدين يؤدي إلى فقدان الهدوء اللازم لتربية الطفل تربيته سوية.

٢. عدم الإستجابة للطفل باستمرار تجعله يفضل الأشياء عن الناس ويشك في استجابات الإنسان بصفة عامه.

٣. غيرة الأب من ارتباط الأم بطفلها تجعل الأم لا تحافظ على هذا الإرتباط.

٤. وجود صعوبات في تغذية الطفل منذ الميلاد بسبب بعض العيوب الخلقية في فك الطفل أو مرض الأم أو والدته قبل الميعاد وما يترتب عليه من دخوله الحضانه لفترة من الوقت تمنع الأم من إرضاعه والإلتصاق به (O'Gorman, 1970, 66:68)

ونظرا لتأكيد أنصار هذه النظرية على دور الوالدين في الإصابة بالأوتيزم، فقد قدم كثير من العلماء وصفا لهؤلاء الآباء، فذكرت «لورانا وينج» أن الآباء الأكثر ذكاء احتمالية إصابة أبنائهم بالأوتيزم أعلى من أبناء الآباء متوسطي الذكاء (Wing, 1996, 29).

وذكر «كابلان وسادوق Kaplan, Sadoc» في وصف هؤلاء الآباء بأنهم نادراً ما تكون لديهم مشاعر دافئة تجاه أبنائهم بل أن غالبية هؤلاء الآباء يكونوا مهتمين بالعمليات العقلية التجريدية أكثر من اهتمامهم بالعلاقات الإجتماعية المتبادلة (Kaplan & Sadock, 1985, 732).

أما «بيرج Berg» فقد ذكر أن الأوتيزم أكثر احتماليه لإصابة أبناء المديرين والطبقات التخصصية (Sternberg, 1987,295).

وقدم «كانر» وصفا تفصيلياً لأباء الأطفال الأوتويستك من خلال الدراسة التي أجراها مع ايزنبرج Eisenberg, Kanner (١٩٥٦) فوصفهم بالتبلد الإنفعالي Emotion- Refrigeration al والبرود العاطفي cold، الرغبة في الإستحواذ، العزوف Detached عن الآخرين أكثر قلقاً ولديهم ضعفاً في دفع العلاقات الأبوية، ضعف عام في ملامح الشخصية ويميلون إلى الآلية في كل شيء Mechanical كما أن لديهم ذكاء ملحوظاً، وأكد أن الوالدين لا يرغبان في وجود هذا الطفل (Goldstein, et als, 1986, 644).

كما اكدت ميلر Miller أن آباء أطفال التوحد غالباً ما يكونوا شخصيات وسواسية ولديهم تبلد انفعالي وجمود في المشاعر مما يقلل تفاعلهم مع أبنائهم مع العلم بأن آباء وأمهات هؤلاء الأطفال كانوا من ذوى المستويات والمراكز التربوية العالية، وليس غريباً أن الطفل الذي ينشأ في جو من الجمود العاطفي والإنفعالي لا يحظى بالإستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة، ولا يجد ما يدفعه للإستجابة نحوها، أن ينسحب من المحيط الإجتماعي ويفضل العزلة داخل أسوار ذاتية مغلقة في وجوه الآخرين (Myles, B., Simpson, R., & Johnson, S. 1995).

▪ يتصف الطفل التوحدي في مرحلة الطفولة المبكرة بما يلي:

أ- **الإنسحاب الجزئي Partial Withdrawal**: يوصف بعض أطفال التوحد بالهدوء في مرحلة الطفولة المبكرة، وذلك لأنهم لا يبدون أي حركة تعاونيه تشير إلى الرغبة في التقرب من الأم، كما أنهم لا يستجيبوا لرؤية الأم سواء بالبكاء عند الرغبة في الرضاعة أو بالضحك عند الرغبة في اللعب والمناغاة، وغالباً الأم لا تشك في شذوذ هذه السلوكيات وإنما تعتبرها علامات مميزة لهدوء الطفل (O'Gorman, 1970, 68:70).

وفي بعض الحالات قد مرت مرحلة الطفولة المبكرة لديهم عاديته، ولكن الإنسحاب بدأ متأخراً وبالتدريج فالطفل أصبح يهتم ببعض الأشياء دون الأشخاص، فقد يهتم بالطعام، أشعة الشمس، الخيال، الأقمشة الملونة، الضوضاء الخفيفة، يكون اتصاله بالآخرين دائماً غير طبيعي وذلك بسبب عدم تدعيم الآخرين إلي سلوك تواصله يصدر من الطفل،

فببتعد الطفل عن إكمال العلاقة أو يحاول تكوين علاقات سطحية ليحمى نفسه من فشل الإتصال ولكن تظهر عليه علامات الإكتئاب كأحد عناصر الإنسحاب الجزئي وتعتمد درجه الإنسحاب لدى الطفل على تكوينه الوراثي (O'Gorman, 1970, 66:68).

ب- الإنسحاب الاختياري Selective Withdrawal: يظهر طفل التوحد تمرداً أو انسحاباً اختيارياً يتمثل في الآتي:-

يتحدث لواحد فقط أو اثنين من الناس أو ربما ليس لأحد على الإطلاق.

١. يتحدث بهدوء داخل البطانيات في الليل عندما يعتقد أن أحداً لا يسمعه أو يراه.

٢. يظهر اجتناباً بصرياً للمثيرات المحيطة به وينسحب من كل مجال تعلم.

٣. يظهر رفضاً تاماً لإستخدام ذكائه.

٤. يظهر صمماً أو طرشا اختياريا عندما يتحدث معه أحد. (O'Gorman, 1970, 70:71)

ويمكن تلخيص الأسباب السيكوديناميه للإصابة بالتوحد (الأوتيزم) كما وردت في دراسات وينج (١٩٦٦)، أوجرمان (١٩٧٠)، كابلن وسادوق (١٩٨٥)، جولدستاين وآخرون (١٩٨٦)، ميللر (١٩٩٠) على النحو التالي:

١. رفض الأم للطفل وعدم توفير الحب والرعاية له منذ الشهور الأولى.

٢. انشغال أولياء الأمر بمهام تستدعي التأمل والتفكير وإنصرافهم عن الإهتمام بالطفل.

٣. فقدان الطفل الإحساس بالحب والحنان من المحيطين (Wing L. , 1966; O'Gor- (man, 1970)

٤. اضطراب في العلاقات الأسرية اللازمة للبناء الصحي السليم.

٥. فرض الآباء نوع من العزلة الإجتماعية على أبنائهم طبقاً لطبيعة شخصياتهم.

٦. معاملة الطفل معاملة ميكانيكية آلية وليست إنسانية يترتب عليها عدم الشعور برغبات الطفل في الحب والعطف والحنان (Kaplan H. , Sodock B. , 1985)

ويعتبر أنصار نظرية العوامل الوراثية أن الأوتيزم هو أحد النتائج المحتملة للذين يحملون الجينات التي لديها استعداد لاضطرابات التواصل أو الاضطرابات التعليمية الأخرى . فقد يؤدي الشذوذ في الكروموزومات إلى الإصابة بالأوتيزم، مثل شذوذ كروموزوم فراجل (X) الذي يظهر في تحليل الجينات التي يظن أنها مصاحبة للأوتيزم، بالرغم أنه ليس كل الأطفال الذين يظهر تحليلهم نتائج غير طبيعية في هذه الجينات توحد (أوتيزم) فهو يصيب من (١٥:١٠)٪ من الذين لديهم أوتيزم (O’Gorman, 1970, 48).

ويرى بابلي وآخرون Baily, et als أن نسبة التوحدين الذين يظهر لديهم الكروموزوم (X) الهش حوالي (١٣) ٪: منهم (٦, ١) من التوائم أو الحالات الفردية التي لها ظروف أسرية مرتبطة بوجود اضطراب معرفي (Baily, et als, 1993,686) وبالرغم من هذه الدلائل التي تشير إليها علم أسباب الأمراض لتدعيم دور العوامل الجينية في نشأة الأوتيزم، إلا أنها مازالت تحتاج لكثير من الدراسات لتدعيم هذا الدور بتوافر أدله مادية (Baily, et als, 1993,686) .

كما أن البيئة هي كل ما يحيط بالإنسان من الخارج من ظروف طبيعية وعلاقات إنسانية، وهذه البيئة تؤثر وتتأثر بالتفاعل الناتج بينهما لتبني له الخبرة والتجربة، وما يكون عليه مستقبل الطفل النفسي والاجتماعي، والتعايش مع المجتمع حوله.

▪ الأسباب البيئية والنفسية للتوحد (الأوتيزم):-

- ١ . العلاقة بين الطفل والديه .
- ٢ . شخصية الوالدين: الانعزالية والتحفظ في التعامل، الأم المتبلدة والعواطف.
- ٣ . الأمراض النفسية لدى الوالدين : انفصام الشخصية.
- ٤ . المشاكل النفسية كالطلاق .

إلا أنه لا يوجد ما يؤيد ذلك، فعند القيام بنقل هؤلاء الأطفال التوحديين للعيش مع عائلات بديلة كعلاج لم يكن هناك تحسن لحالتهم، كما أننا نجد أطفال أصحاء لدى نفس العائلة، كما نرى بعض الحالات تبدأ من الولادة حيث لا يكون لتعاملهم مع الطفل أي دور.

ثانياً - العوامل البيولوجية Biological factors:

هناك العديد من المؤشرات الدالة على أن التوحد يحدث نتيجة لعوامل بيولوجية تؤدي إلى خلل في أحد أو بعض أجزاء المخ، ومن تلك المؤشرات أن الإصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية، كما أن انتشار التوحد في جميع المجتمعات ينفي تأثير العوامل النفسية الاجتماعية، ولكن قد يكون هناك عدم قبول لنظرية الأسباب البيولوجية عندما لا نجد أي سبب طبي أو إعاقة عقلية يمكن أن يعزى لها السبب، وذلك يقودنا إلى مجموعة من الأسباب وراء كل حالات التوحد لم يتم التعرف إلا على القليل منها.

يرى أنصار هذه النظرية أن العوامل البيولوجية التي ينتج عنها الإصابة بالأوتيزم تتمثل في إصابة المخ أو الخلل الوظيفي في أحد أجزاء المخ أو عدوى الفيروسات أو إصابة جهاز المناعة بالجسم، ويمكن عرض هذه العوامل على النحو التالي:-

(١)- **الأسباب الوراثية Inborn error of metabolism**: إن المفهوم الحديث للوراثة يشير إلى أن الخصائص الوراثية مرجعها الأساسي يكمن في نوع البروتينات أو الأنزيمات التي تتكون داخل نواة الخلية في الكائن الحي والتي تأخذ نمطاً الموجود في الكروموسومات وظل الإعتقاد سائداً لفترة من الزمن خاصاً حسب النمط التركيبي لـ (DNA) إن الأمراض الوراثية نادرة الحدوث، وقد دفعت الإحصائيات التي أشارت أن حوالي ٣٪ (٣) على الأقل من حالات الحمل عند النساء تعطي أطفالاً مصابين ببعض الأمراض الوراثية (صباح العلوجي، ٢٠٠٣)

والمورثات (الجينات) تنقل الكثير من الخصائص البشرية من الوالدين إلى طفلهم كاللون والطول والشكل وغيرها، بالإضافة إلى الكثير من الإضطرابات وقد

توصل العلم الحديث إلى معرفة، الحيوية البعض منها، ومعرفة مكانها على خارطة الكروموسوم، ولكن حتى الآن لم يتم معرفة أي مورث (جين) يكون سبباً لحدوث التوحد.

وهناك أمراض وراثية تزيد نسبة حصول التوحد(الأوتيزم)، ولكن هذا الترابط غير واضح بينهما، ومنها:

أ- افتقاد القدرة على التخلص من الحامض الأميني Phenyl ketonuria

ب- تخلف فكري شديد، تلف في المخ.

ت- الصرع، التخلف الفكري، تورم في المخ، بقع على الجلد Tuberos sclerosi

ث- علامات جلدية، خلل عصبي Neurofibromatosis

ج- خلل صبغي موروث Fragile X syndrome يؤدي إلى صعوبات في التعلم، إعاقة عقلية.

(٢)- **الإلتهابات وعدوى الفيروسات:** هناك العديد من الإلتهابات الفيروسية التي تصيب الأم الحامل أو الطفل في المرحلة المبكرة من حياته قد تؤدي إلى التوحد، ومنها:-

أ- الحصبة الألمانية Rubella.

ب- تضخم الخلايا الفيروسي Cytomegalovirus.

ت- التهاب الدماغ الفيروسي Herpes Encephalitis.

قد ينمو الطفل طبيعياً ثم تظهر عليه أعراض الأوتيزم كنتيجة لعدوى الطفل بالفيروس فهناك حالات نقلت فيها العدوى للطفل من خلال الأم أثناء المرحلة المبكرة من الحمل مثل الحصبة الألمانية Rubella وقد بينت إحدى الدراسات أن إصابة الطفل داخل الرحم بفيروس يحدث خللاً بسيطاً للطفل ويظل كامناً حتى يبدأ نشاطه عندما يتعرض الطفل لتجربه نفسيه مؤلمة مثل ولادة طفل جديد أو فقد

أحد آباءه أو تغيير مسكنه، وذلك ما يؤكد إباء هؤلاء الأطفال من خلال ملاحظتهم (O'Gorman , 1970 , 55).

٣- **إصابة المخ قبل أو أثناء الولادة**: كثير من حالات وأمراض أخرى تحدث قبل الولادة وبعدها ترتبط بالتوحد، ولكن العديد من تلك الإصابات لا تؤدي إلى التوحد، ليكون الترابط بينهما غامض وسبب غير مؤكد، ومنها:

أ- **الزهري الوراثي**: وقد يكون سبب إصابات قبل الحمل.

ب- **إصابات الحمل وإصابات حول الولادة**: الإصابة بأمراض معدية كالحصبة وقت الحمل قد تؤدي للتوحد ومشاكل الولادة يمكن أن تكون عوامل خطر لحصول التوحد ومنها: نقص الأكسجين، النزيف، إصابات الرأس ونزيف المخ، وغيرها.

وتمثل فترة الاستعداد للحمل مرحلة مهمة للإعداد الجسمي والنفسي والعقلي للمرأة وحيث تحدث العديد من التغيرات التي تحدث أثناء تلك الفترة، لذا يجب عليها المحافظة على الوزن المناسب وتجنب ممارسة العادات الخاطئة مثل التدخين وتعاطي الأدوية مما يؤدي مضاعفات عند الولادة وتشوهات الجنين، ويعتبر ممارسة نظام غذائي (الحمية) بقصد إنقاص الوزن أثناء الحمل وإن كان لفترة قصيرة مضرًا وخطيرًا على الأم والجنين (خالد المدني، ٢٠٠٥).

وقد يؤدي تعرض الأم الحامل للضغوط النفسية مثل فقد شخص عزيز أو لضغوط العمل خلال الأسبوع الرابع والعشرين وحتى الأسبوع الثامن والعشرين من الحمل إلى تغيرات في تكوين المخ (ياسر الفهد، ٢٠٠٦).

ويلقى تطعيم النساء قرب حدوث الحمل بفيروسات حية معارضة من مركز ومكافحة ومنع ومصنعي الأمصال لخطورته على الأجنة، ومع ذلك فهذه الممارسة الخطيرة تحدث ويصاحبها حدوث بعض المشكلات الصحية للأم أثناء الولادة، وتزيد من انتشار الإصابة بالتوحد المبكر لدى الأطفال وتظهر الأمراض (Yazbak & Yazbak, 2002).

في حين ذكر مركز الكويت للتوحد (٢٠٠٧) العديد من أسباب الإصابة بالتوحد ومنها وجود خطأ في العلاقة ما بين الأم والطفل حتى سميت بالأم الثلجة لبرودة عواطفها ولأنها عديمة الإحساس، إضافة إلى الأسباب البيولوجية كإصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية أو ارتفاع درجة الحرارة أو خللاً في تكوين الكروموسومات.

ت-الحرارة العالية: (أكثر من ٤١.٥ درجة) قد تؤثر على المخ وبالتالي تؤدي إلى تلف جزء منه.

يرى سكويلر أن الحالات التي تسبب تلفاً للدماغ قبل الولادة أو أثناءها تهيئ الفرصة لحدوث الأوتيزم مثل الحالات التي لم تعالج من الفينيل Phenyl ketonuria، التصلب الحدبي Tubrous Sclerosis أثناء الولادة وإلتهاب الدماغ، تشنجات الرضع Infantile Spasms، والإلتهاب السحائي (Schopler, 1986,51).

وأكدت دراسات «كامبل» وآخرون على وجود شذوذات خلفيه عضويه بالمخ لدى أطفال التوحد بالمقارنة بأقربائهم الأسوياء، وهذا يفسر حدوث المضاعفات الشديدة في الشهور الأولى من الحمل عند هؤلاء الأطفال، كما أن (٢٠ : ٢٥)٪ من الأوتيستك يظهرن اتساع البطينات الدماغية في الرسام الكهربائي للمخ (EEG)، وبالرغم أنه لا توجد شذوذات محددة في الرسام الكهربائي للمخ خاصة بالأوتيزم، إلا أن هناك ما يثبت خلل سيطرة أحد نصفي المخ على الآخر. بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال التوحديين لديهم احتمالية حدوث نوبات صرعية في وقت من حياتهم خاصة في سن البلوغ وهو شيء منفرد لهذه الفئة فقط ويحدث الصرع في حوالي ثلث التوحديين (Campbell, et als ,1991, 337)

ويرى «جرمان» أنه بالرغم من أن معظم الأضرار الدماغية تنشأ أساساً من اضطرابات طبيعية في المخ، إلا أن هذه الاضطرابات ليست بسبب الأضرار التشريحية في المخ فقط، بل أيضاً بسبب اضطرابات التغيرات الكيميائية في الخلايا الحية والاضطرابات العاطفية (O'Gorman, 1970, 54).

٤)-**الأسباب الكيماوية الحيوية:** تلعب اضطرابات الكيمياء الحيوية دوراً كبيراً في حدوث التوحد وإن كان العلماء غير متأكدين من كيفية حدوثه، مع أهمية ودور الأسباب الأخرى، فالكيمياء الحيوية تلعب دوراً مهماً في عمل الجسم البشري، وإن كنا لا نعرف إلا النزر اليسير منها المخ والأعصاب تتكون من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارات العصبية من الأعضاء إلى الدماغ وبالعكس من خلال ما يسمى بالموصلات العصبية Neurotransmitters وهي مواد كيماوية بتركيزات مختلفة من وقت لآخر حسب عملها في الحالة الطبيعية، ولتوضيح ذلك نذكر بعضها:

أ- بعض المواد وجدت بنسبة جيدة في المناطق التي تتحكم في العواطف والانفعالات Nor-epinephrine, Dopamine , Nor-epinephrine, Serotonin السكريتين و السيروتونين هرمون يوجد في الكبد والبنكرياس وأعلى الجهاز المعوي للإثني (-Se cretin) السيكريتين عشر ويفرز بغرض تنظيم الرقم الهيدروجيني بالأعضاء عن طريق التحكم في إفراز حمض المعدة ومعادلته مع البيكربونات (وفاء الشامي، ٢٠٠٤).
ب- وجد ارتفاع السيروتونين Serotonin في بعض أطفال التوحد بنسبة تصل إلى ١٠٠٪ ولكن العلاقة بينهما غير واضحة.

ت-الدوبامين Dopamine يزيد في المناطق التي تتحكم في الحركة الجسمية، وعند استخدام علاجاً لتخفيض نسبتها فقد تؤدي إلى تحسن الحركة لدى الأطفال الذين لديهم حركات متكررة Stereotypic movement .

ث-الإبينوفرين Epinephrine تتركز في المناطق التي تتحكم في التنفس، الذاكرة، الإنتباه، وتلعب دوراً مجهولاً في حصول التوحد (Kidd, &Kaczmarek,2010) .

كما أن استخدام عقار الريبيريديون (Risperidone) ممكن أن يؤثر في اضطراب سلوك أطفال التوحد، وأن العلاج بهذا العقار قد يؤدي إلى بعض المشاكل الغذائية كزيادة الشهية والبدانة والإصابة بالإمساك، التي أجريت بهدف تقييم آثار الريبيريديون أثناء الفحص السلوكي في تسعة أطفال مصابين بالتوحد بعد موافقة آبائهم، وبعد

إجراء الإختبارات السلوكية، لوحظ ظهور تحسن في حالة الأطفال السلوكية بإستثناء بعض الأفعال الثانوية المضادة كالسكون والإحباط ، إلا أنه شوهد زيادة في شهية الأطفال و الإصابة بالإمساك.

ففي دراسة (Nishimura, et al,2003) خلصت الدراسة بفاعلية جرعات الريفريديون في الحالات الحادة من اضطرابات السلوك عند الأطفال المصابين بالتوحد مع ضرورة ملاحظة المشاكل الغذائية لديهم.

(٥)- الإختلال الوظيفي وإصابات مراكز التحكم في المخ: يشير أنصار هذه النظرية بأن الخلل في جهاز الإدراك ينتج عن عدم القدرة على تنظيم استقبال الرسائل، ذات العلاقة بالإحساس وعدم القدرة على الإحساس العصبي لكل الحواس وهذا ما يحدث لدى الأطفال التوحدين ويترتب عليه صعوبة تقديم أفكار مترابطة أو ذات معنى للحياة المحيطة بهم (Allen, et als, 1991, 483).

كما ركز أنصار هذه النظرية على الإرتباط بين العجز اللغوي لدى التوحدين ووظيفة الجزء الأيسر من المخ وبهذا تم إرجاع الإصابة بالأوتيزم إلى الخلل الوظيفي في عمل الجزء الأيسر من المخ لده هؤلاء الأطفال (O'Gorman , 1970 , 58) .

وقد اتفق مع هذا الإتجاه نتائج دراسات روتر (١٩٨٣) التي أشارت بأن العجز اللغوي لدى الذاتوي لا يرجع إلى الإصابة بالأوتيزم بل هو المسبب الأساسي لظهور عدد كبير من الخصائص الشاذة التي تميز الذاتوي والتي يمكن إرجاعها إلى الخلل الوظيفي في النصف الأيسر من المخ.

ولما كان لدى بعض الأطفال الذاتويين قدرات فائقة في وظائف النصف الأيمن من المخ وبسبب بداية الأوتيزم المبكرة فإن الإختلال في وظائف النصف الأيسر من المخ يمكن أن تعوض بأخرى من النصف الأيمن، ولكن ما يظهر من عدم التعويض الواضح لوظائف النصف الأيسر من المخ في ما يناظرها في النصف الأيمن يوجه الأنظار إلى أنه قد يوجد اختلال ثنائي في جزئي المخ لدى الأفراد الأوتيستك (سميرة السعد ، ١٩٩٢ ، ١٩).

قامت مراكز البحوث بالعديد من الدراسات لمعرفة ما هو نوع التلف المخي لدى الأطفال التوحديين، فقد استخدموا كل الطرق التشخيصية، ولكن تلك الطرق كانت عاجزة عن التعرف على هذا التلف ومكانه، فالنتائج غير واضحة، حيث تم اكتشاف التلف في أجزاء متعددة تختلف من طفل لآخر، كما أن هذا التلف قد يوجد في أطفال غير مصابين بالتوحد، ومن تلك الفحوصات:

١. الدراسات التشريحية بعد الوفاة.

٢. الفحوص الإشعاعية للمخ مثل الرنين المغناطيسي MRI.

٣. الأشعة المقطعية SPET ، PET ، CT-scan .

٤. النشاط الكهربائي للمخ EEG.

٥. كيمياء المخ Chemistry Brain .

٦. التأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي

كل جزء من الدماغ له خاصية وعمل معين، وللتوضيح نركز على النقاط التالية:

أ-قشرة الدماغ تتكون من جزأين أيمن وأيسر.

ب-كل فعالية لها موقعها الخاص.

ت-أحد قشريتي الدماغ عادة ما يكون المسيطر وفيه مركز القدرات اللغوية.

ث-الجزء الصدغي مركزاً للوقت.

ح-الجزء الحيزي مركزاً لتحديد المكان والإدراك الحسي Perception Spatial .

لوحظ أنه مع الزيادة في العمر هناك زيادة في القدرات والتركيز في الدماغ. وفي حالة التوحد يعمل نصفي قشرة المخ بطريقة غير طبيعية، حيث يكون هناك بعض المكونات تعمل في النصف المعاكس، مما يؤدي إلى فوضى وتشويش في عمل بقية المكونات.

يرى بعض أنصار النظرية العضوية أن الأوتيزم يحدث نتيجة اضطراب أو تأخر نضج الجهاز العصبي المركزي، واتضح ذلك من خلال سؤال عدد كبير من أمهات الأطفال التوحديين عن مظاهر النمو لدى أطفالهن فكانت إجاباتهم أنهم متأخرين في النطق، رفع الرأس، التعرف على الأم، البعض لديه تأخر في نمو الحديث، البلع، عدم القدرة على الرضاعة في مرحلة الطفولة المبكرة (O'Gorman , 1970 , 59).

وقد أشارت دراسات كامبل وآخرون (1972، 1978، 1980، 1991) إلى وجود علاقة ارتباطية بين الأوتيزم واضطراب الهيبيوثلاموس وتم تفسير هذه العلاقة بناء على أن اضطراب الهيبيوثلاموس يسبب توقفا في نشاط الغدد الصماء والإنسحاب والتعلم أثناء الحوار وهذا ما يظهر على الأطفال التوحديين (Campbell, et als, 1991, 337).

إن من الأسباب التي يعتقد أنها تؤدي إلى الإصابة بالتوحد إصابات واضطرابات المخ والجهاز العصبي والتي يمكن أن تحدث نتيجة العديد من الأسباب ومنها:

- ١ . العيوب الخلقية.
- ٢ . العيوب الوراثية PKU, Tuberos sclerosis.
- ٣ . نقص الأكسجين وقت الولادة.
- ٤ . الأدوية والسموم.
- ٥ . الإصابات (وقت الولادة وبعدها).
- ٦ . التهابات المخ والسحايا.
- ٧ . الولادة المبكرة Pre maturity .
- ٨ . إصابة جهاز المناعة

وهذه الإصابات تختلف في درجتها من البسيطة إلى الشديدة مما يؤدي إلى تأثيرات متباينة على الجهاز العصبي، كما أنها قد تؤدي إلى اضطرابات في السمع والبصر، وبعض الذين يصابون بهذه الإصابات قد تظهر عليه أعراض التوحد، ولكن

بتتبع الأسباب السابقة وجد أن الكثير من الأطفال قد تم نموهم بشكل طبيعي، لذلك لا نستطيع الجزم بأن هذه الأسباب قد تؤدي إلى التوحد .

إن جهاز المناعة الذي يحمى الطفل عن طريق تكوين أجسام مضادة للقضاء على الفيروسات والتخلص منها، فإذا حدث له إصابة أو ضعف فيكون الطفل عرضة للإصابة بالعدوى الفيروسية التي ينتج عنها اضطرابات في نمو الطفل وقد يصاحبها الإصابة بالأوتيزم (Demyer , et als , 1986).

ويشير «كمال مرسى» إلى أخطر الفيروسات التي يمكن أن تصيب الجنين عن طريق المشيمة ويترتب عليها وفاته أو إعاقة نموه داخل الرحم وبالتالي يأتي وليدا مشوها، وهذه الفيروسات : الجدري - النكاف - التهاب الكبد الوبائي - الحصبة الألمانية (كمال مرسى، ١٩٩٦، ١٥٠ : ١٥١).

ثالثاً: العوامل البيوكيميائية Biochemical factors: أكدت بعض الدراسات وجود علاقة ارتباطية بين الخلل في الأجهزة العصبية البيوكيميائية والإصابة بالأوتيزم (Ritvo, et als, 1971,1983 ;Campbell, et als, 1976,1988, 1990,1991) .

وأن المستويات المرتفعة لعدد من أجهزة الإرسال العصبية في الدم عند الأطفال التوحديين ينتج عنها تأخر في النضج وقصور الفهم لديهم، وهذا الخلل الكيميائي يحتمل أن يؤدي إلى وجود اضطراب وظيفي في عمل نصف المخ الأيسر وأيضا يؤثر على كفاءة الجهاز المناعي لأمراض الحساسية المرتبطة بنوع خاص من بروتين المخ المييلين Myelin الضروري للأفكار المعرفية (Warren, et als, 1986).

وتشير دراسة «يونج وآخرون Yong, et als» أن ثلث الأفراد التوحديين يظهر لديهم ارتفاع في نسبة السيروتونين في الدم وهذا ناشئ من ارتفاع معدل السيروتونين في كل صفيحه دموية وليس بالضرورة ناتج من ازدياد عدد الصفائح الدموية، كما لوحظ أيضاً أن هذا المعدل المرتفع موجود لدى ثلث الأطفال ذوى التخلف العقلي الشديد غير المصحوب بالأوتيزم (Young, et als, 1982) .

أما «كامبل» وآخرون فقد أشاروا إلى وجود علاقة عكسية بين معدل بلازما السيروتونين في الدم والوظائف العقلية لدى التوحديين. وعند مقارنة عشره من الأطفال التوحديين بمجموعة من زملائهم العاديين وجد كوهين وآخرون Cohen, et als (١٩٨١) ارتفاع السيروتونين في الدم، ونقص في (5-Hydroxyindoleacetic) وفي سائل النخاع Cerebrospinal fluid بمعدلات ذات دلالة منتظمة أدى الأطفال التوحديين وكذلك ازدياد معدلات حمض الهوموفانيليك Homovanillic Acid لديهم بنسبة (٨٧: ٤١٤) مجم (Campbell , et als , 1991, 341).

يشير هيلي وروبرت Healy,Robetes (١٩٦٥) بان الأطفال الأوتيستك لديهم شذوذ في عمليات الايض للتريبتوفان Tryptophan وقد توصل ساكين وآخرون أثناء القيام بعلاج حالات من الأطفال التوحديين باستخدام عوامل استقبال الدوبامين Do-pamin للتخلص من السلوك النمطي أن الاوتيزم ينشأ من زيادة النشاط الوظيفي لأجهزة الدوبامين في المخ (Sahakian , et als , 1986, 285).

ويفسر كمال مرسى هذه الكيفية، عندما يصاب الطفل بمرض الفينيل كيتونوريا الناشئ من نقص الأنزيم الذي يحول حامض الفينيل الأنين Phenylalanine إلى بروتين مفيد للجسم فيتراكم الحامض وتزداد نسبته في الدم وأنسجة الجسم ويؤدي استمراره إلى إتلاف خلايا الدماغ والجهاز العصبي فيصاب الطفل بالتخلف العقلي الشديد أو المتوسط المصحوب أحيانا بالأوتيزم (كمال مرسى، ١٩٩٦، ١٣٥).

رابعاً؛ وجهات النظر التفاعلية؛ يعتقد البعض أن أسباب الأوتيزم نفسيه عاطفية، والبعض الآخر يعتقد أنها عضويه بيولوجية وراثيه، بيوكيميائيه، وتعتقد مجموعة ثالثة أن أسباب الأوتيزم ترجع إلى النتاج المشترك للإستعدادات الطبيعية الجسمية منها والوراثية بالإضافة إلى ما يحدث داخل محيط الأسرة من صدمات وضغوط وعوامل إحباط وغيرها ومن وجهات النظر التفاعلية هي:-

أ-الوالدين؛

لاحظ ليو كانر Leo Kanner عند بداية تشخيص التوحد منذ نصف قرن، في حالات التوحد الذي تابع علاجها أن الوالدين أو أحدهما يكون ذي مستوى ذكاء

عالي، وأنهم يعملون في المجالات العلمية والفنية الدقيقة (ذوي ذكاء عالي)، كما لاحظ أنهم غير اجتماعيين ومتحفظين ومنعزلين، غير متفرغين لتربية طفلهم في سن مبكر لإنشغالهم بمسؤولياتهم، ولكن مع مرور الأيام وتقدم الخدمات الصحية وشموليتها لكل الطبقات الاجتماعية، فقد لوحظ التوحد في كل الطبقات الاجتماعية، كما لوحظ كذلك أن العائلة التي لديها طفل متوحد مهما كانت طبيعة العائلة وطريقة التعامل مع الطفل لديها أطفال طبيعيين، والنتيجة النهائية أن التوحد يصيب جميع العائلات، وبلا وطن و يصيب كل الأعراق والجنسيات، الذكور منهم والإناث.

ب- الإضطراب الأيضي: Peptide

في هذه النظرية افتراض أن يكون التوحد نتيجة وجود بيبتايد خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الببتيدات الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي أن تكون العمليات داخله مضطربة. تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض بيبتايد Peptides هذه المواد الأغذية المحتوية على القلوتين كالقمح، الشعير، الشوفان، كمادة الكازين الموجود في الحليب ومنتجات الألبان. لكن في هذه النظرية نقاط ضعف، فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص، ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد، لذلك تخرج لنا نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ ومن ثم تأثيرها على الدماغ وحدوث أعراض التوحد.

ج- المواد المضافة (الحافظة) للأغذية:

هناك دراسات كثيرة في هذا المجال، وقد دلت بعض الحقائق العلمية على وما يترتب عليه من عدم القدرة وجود علاقة بين فرط النشاط Hyperactivity على التركيز لدى بعض الأطفال ونوعية المواد المضافة والخافضة للأغذية، أما التوحد فلم تظهر دلائل تشير إلى ذلك (Koegel, et als, 1992; Krantz, McClannahan, 1993) (Pierce , Schreibman , 1994 ;)

ما زالت الأبحاث والدراسات تجري حتى الآن لمعرفة الأسباب المؤدية لحالات التوحد لذا لم يتوصل العلماء ومنهم (Mark & Molly Losh) إلى مسببات التوحد الأساسية فضلاً عن عدم قدرتهم على الكشف عن تأثيرات هذه الحالة في البيئة الدماغية ووظائف او الخصائص الكيميائية للدماغ ويمكن نوضحها بعدة عوامل منها:

عوامل متعددة وقد يتفاعل عاملان أو أكثر تشمل ما يأتي :-

(عوامل جينية عوامل بيولوجية/ عوامل نيورولوجية عوامل نفسية/ إصابات في المخ الشلل الدماغي/ الإعاقة العقلية/ الأسباب البيئية/ الإلتهاب الدماغي/ تأثير المطاعيم/ التسمم بالمعادن الثقيلة منها الرصاص/ نفاذية الأمعاء للكازئين والجلوتين) وليس هناك عامل واحد ووحيد معروفاً باعتباره المسبب المؤكد، بشكل قاطع، لمرض التوحد. ومع الأخذ بالإعتبار تعقيد المرض، مدى الإضطرابات الذاتية وحقيقة انعدام التطابق بين حالتين ذاتويتين، أي بين طفلين ذاتويتين، فمن المرجح وجود عوامل عديدة لأسباب مرض التوحد وهي كما يلي:-

أولاً: اعتلالات وراثية:

اكتشف الباحثون وجود عدة جينات (Gens مورثات (يرجح ان لها دوراً في التسبب بالذاتوية. بعض هذه الجينات يجعل الطفل أكثر عرضة للإصابة بهذا الإضطراب، بينما يؤثر بعضها الآخر على نمو الدماغ وتطوره وعلى طريقة اتصال خلايا الدماغ فيما بينها، ومن الممكن أن جينات إضافية، أخرى، تحدد درجة خطورة الأمراض وحدتها وقد يكون اي خلل وراثي، في حد ذاته وبمفرده، مسؤولاً عن عدد من حالات الذاتوية، لكن يبدو، في نظرة شمولية، أن للجينات، بصفة عامة، تأثيراً مركزياً جداً، بل حاسماً، على اضطراب الذاتوية. وقد تنتقل بعض الإعتلالات الوراثية وراثياً) موروثاً (بينما قد تظهر أخرى غيرها بشكل تلقائي (Spontaneous).

ثانياً:عوامل بيئية:

جزء كبير من المشاكل الصحية هي نتيجة لعوامل وراثية وعوامل بيئية، مجتمعة معا وقد يكون هذا صحيحاً في حالة الذاتوية، أيضا ويفحص الباحثون، في الآونة

الأخيرة، احتمال أن تكون عدوى فيروسية، أو تلويثاً بيئياً (تلوث الهواء، تحديداً)، على سبيل المثال، عاملاً محفزاً لنشوء وظهور مرض التوحد.

ثالثاً: عوامل أخرى:

ثمة عوامل أخرى، أيضاً، تخضع للبحث والدراسة في الآونة الأخيرة، تشمل: مشاكل أثناء مخاض الولادة، أو خلال الولادة نفسها، ودور الجهاز المناعي في كل ما يخص الذاتوية. ويعتقد بعض الباحثين بأن ضرراً (إصابة) في اللوزة (Amygdala) وهي جزء من الدماغ يعمل ككاشف -لحالات الخطر هو أحد العوامل لتحفيز ظهور مرض التوحد. تمحور إحدى نقاط الخلاف المركزية في كل ما يتعلق بالتوحد في السؤال عما اذا كانت هنالك أية علاقة بين التوحد وبين جزء من اللقاحات (Vac-cines) المعطاة للأطفال، مع التشديد، بشكل خاص، على التطعيم (اللقاح الثلاثي (MMR Triple vaccine) الذي يعطى ضد النكاف -Mumps الحصبة (Rubeola) (/ Measles) والحمراء) الحصبة الألمانية - (Rubella/German Measles) ولقاحات أخرى تحتوي على الثيميروسال (Thimerosal)، وهو مادة حافظة تحتوي على كمية ضئيلة من الزئبق.

بالرغم من أن غالبية اللقاحات المعطاة للأطفال اليوم، لا تحتوي على الثيميروسال، وذلك ابتداء من العام (٢٠٠١)، إلا أن الخلاف والجدل مازال قائمين وقد اثبتت دراسات وأبحاث شاملة أجريت مؤخراً أنه ليست هنالك أية علاقة بين اللقاحات وبين الذاتوية.

وقد تظهر الذاتوية لدى أي طفل من أي أصل أو قومية، لكن هنالك عوامل خطر معروفة تزيد من احتمال الإصابة بالذاتوية وتشمل هذه العوامل :

١- **جنس الطفل:** اظهرت الأبحاث ان احتمال إصابة الأطفال الذكور بالذاتوية هو أكبر بثلاثة أضعاف من احتمال إصابة الإناث التاريخ العائلي: العائلات التي لديها طفل من مرضى التوحد، لديها احتمال أكبر لولادة طفل آخر مصاب بالمرض ومن الأمور المعروفة والشائعة هو أن الوالدين أو الأقارب

الذين لديهم طفل من مرضى التوحد يعانون، هم أنفسهم، من اضطرابات معينة في بعض المهارات النمائية أو التطورية، وحتى من سلوكيات ذاتوية معينة.

٢- اضطرابات أخرى: الأطفال الذين يعانون من مشاكل طبية معينة هم أكثر عرضة للإصابة بالذاتوية. هذه المشاكل الطبية تشمل: متلازمة الكروموسوم X الهش (Fragile x syndrome)، وهي متلازمة موروثية تؤدي إلى خلل ذهني، التصلب الحدبي Tuberos sclerosis، الذي يؤدي إلى تكون وتطور أورام في الدماغ، الإضطراب العصبي المعروف باسم "متلازمة توريت (Tourette syndrome) والصرع Epilepsy الذي يسبب نوبات صرعية.

٣- سن الوالد: يميل الباحثون إلى الاعتقاد بأن الأبوة في سن متأخرة قد تزيد من احتمال الإصابة بالتوحد.

قد أظهر بحث شامل جداً أن الأطفال المولودين لرجال فوق سن الأربعين عاماً هم أكثر عرضة للإصابة بالذاتوية بـ (٦) أضعاف من الأطفال المولودين لأباء تحت سن الثلاثين عاماً. ويظهر من البحث أن لسن الأم تأثيراً هامشياً على احتمال الإصابة بالذاتوية (Mark., 2005; Molly Losh, 2009).

وقد حدد آخرون أسباب اضطراب التوحد (الأوتيزم) فيما يلي:-

١. العوامل الجينية: يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي فقد اشارت أكثر البحوث إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا المرض، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم الاخوية (من بويضتين مختلفتين).

٢. العوامل المناعية: أشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي، حيث وجدوا شذوذات في منظومة المناعة لدى المتوحدين (رائد العبادي، ٢٠٠٦، ٢٨).

٣. **العوامل العصبية:** زيادة حجم الفص القفوي والفص الجداري للأطفال المصابين بالتوحد كما أظهرت الفحوص العصبية أنهم يعانون من انخفاض في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ التي تحتوي على الفص الجداري مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية والإستجابة السوية واللغة أما باقي الأعراض فتتولد اضطراب في الفص الأمامي (نرمن قطب، ٢٠٠٧، ٥٩).

٤. **عوامل كيميائية حيوية:** العديد من الدراسات بينت ارتفاعاً في مادة حمض الهوموفانيليك في السائل النخاعي وهذه المادة هي الناتج الرئيسي لأيض الدوبامين مما يشير الى احتمالات إرتفاع مستوى الدوبامين في مخ المتوحدين، كذلك ارتفاع مستوى السيروتين في دم ثلث الاطفال المصابين بمرض التوحد (أسامة مصطفى، سيد الشرييني، ٢٠١١، ٢٥)

٥. **التلوث البيئي:** ثبتت علاقة الإصابة بالتوحد كنتيجة للتلوث البيئي ببعض الكيمياويات وتركيبات مرتفعة من الهواء المملوء بالزئبق والكاديوم ارتبطت بمعدلات مرتفعة من التوحد.

٦. **العقاقير:** إن التطعيمات (اللقاحات) وخاصة التطعيم الثلاثي التي تعطى للأطفال قبل بلوغهم العامين والتي تحتوي على نسبة عالية من المعادن الثقيلة تعد من مسببات التوحد للأطفال (نرمن قطب، ٢٠٠٧، ٥٧: ٥٨).

٧. **الخمر والمخدرات:** اهتمت مقالات حديثة بوصف متلازمة الكحول الجيني والتوحد، فالإثنول معروف على أنه سبب للإصابة قبل الولادة للجهاز العصبي المركزي.

٨. **التدخين:** انتهت نتائج دراسة «هيلتمن» وآخرين الى إرتباط التدخين الأموي أثناء الحمل بإصابة الطفل بالتوحد.

٩. **إصابة الأم بالأمراض المعدية:** أوضحت بعض الدراسات بأن الأعراض التي تراها في الأطفال المصابين بإضطراب الطيف التوحدي من المحتمل أن تكون ناتجة

عن العدوى، حيث أوضح «فويداني» (Voidani) أن عينات دم الأطفال المصابين بالتوحد أظهرت وجود أجسام مضادة تتفاعل مع بروتين الحليب وهما عدوتان شائعتان والمشكلة أن هذه الاجسام المضادة التي تتفاعل مع هذه البروتينات والعدوى ربما تتلف الحاجز الدموي الدماغي بضم هذه مع السموم مثل الزئبق أو المادة الحافظة في تحصينات الأطفال يمكن أن تعبر المخ من خلال الحاجز الدموي الدماغي التالفة مسببة تلفاً لخلايا المخ (كوثر عسلي، ٢٠٠٦، ٢٧٦: ٢٧٧).

▪ النظريات والنماذج المفسرة للتوحد:

أولاً: نظرية المنشأ النفسي:

قدى ما اعتقد العلماء أن السبب في التوحد هو العلاقة الفاترة بين الأم والطفل مما أدى إلى أن تسمى أم الطفل بـ (الأم الثلجة) نظراً لبرودة عواطفها وفتورها لأنها عديمة الإحساس (فهد المغلوث، ٢٠٠٤، ٥٧).

ولا يرجع السبب في ذلك للأم فقط بل إلى الأب أيضاً فقد كان الوالدين يلمان على عجزهما عن تزويد الطفل بالدفء والحنان وقد أطلق على الوالدين أيضاً اسم (الوالدان البارادان فكريا) (السيد سليمان، ومحمد عبد الله، ٢٠٠٣، ٤٦).

وقد رفضت هذه النظرية من قبل الكثير من العلماء وقد ورد ريملاندر Rimland على هذه النظرية بعدة نقاط من أهمها:

- ١ . هناك أطفال من ذوي اضطراب التوحد ولدوا لأباء لا تنطبق عليهم أنماط الشخصية المريضة.
- ٢ . الأطفال ذوي اضطراب التوحد غير عادين منذ الولادة.
- ٣ . في الغالب يكون أخوة الأطفال ذوي اضطراب التوحد طبيعيين (قحطان الظاهر، ٢٠٠٩، ٨٣).

ثانياً: النظرية البيولوجية:

خلاصة هذه النظرية أن سبب الإصابة بالتوحد هو وجود خلل في أحد أو بعض أجزاء المخ نتيجة لعامل أو عدد من العوامل البيولوجية مثل الجينات وصعوبات في فترة الحمل والولادة أو الالتهابات الفيروسية (سايمون كوهين، وباتريك بولتون، ٢٠٠٠، ٦٣).

وأهم ما يميز النظرية البيولوجية في تفسير أسباب التوحد ما يلي:-

(أ)-الجينات: وجد أن هناك:

١. خلا في كروموسوم موروث وهو كروموسوم فرايجيل X يؤدي إلى صعوبات في التعلم أو الإعاقة العقلية.
٢. خلا كيمي وحيوي موروث يؤدي إلى تكاثر عناصر ضارة في الدم تساهم في إحداث تلف في المخ.
٣. تشوه جيني موروث يؤدي إلى ورم في المخ والجهاز العصبي ويظهر على أجزاء من الجلد.
٤. عوق جيني موروث ينتج عنه إصابة الجلد بعلامات تشبه حبات القهوة وخلل في الأعصاب.

لكن على الرغم من ذلك لا يمكن أن نعتبر أن التوحد وراثي، صحيح أن بعض الدراسات أشارت إلى أن قلة من المصابين باضطراب التوحد لديهم خلل في كروموسومات معينة إلا أن معظم هذه الدراسات يستند على حالات فردية ونظراً لقلتها لا يمكن تعميمها على جميع من يعاني من التوحد (وفاء الشامي (أ)، ٢٠٠٤، ١٢٦)

(ب)-الالتهابات الفيروسية:

تري هذه النظرية أن السبب في التوحد هو أن أحد الفيروسات بعد الولادة كالتهاب الدماغ الفيروسي الذي يتسبب بتلف في مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة، أو فيروسات قبل الولادة تصاب الأم ببعضها كتضخم الخلايا الفيروسي

وهو إلتهاب يصيب الجنين داخل الرحم، وفيروس الهيريس البسيط، وفيروس عراك الخلايا إضافة إلى الحصبة الألمانية حيث تنتقل العدوي إلى الطفل وهو لا يزال في رحم أمه ويبقى هذا الفيروس الذي أصيب به الطفل في الرحم كامناً في الطفل لذا يولد الطفل سوياً وطبيعياً ثم ينشط عن طريق ضغوط الحياة الطبيعية (سايمون كوهين، باتريك بولتون، ٢٠٠٠، ٦٧؛ السيد سليمان، محمد عبد الله، ٥٦، ٢٠٠٣).

ولكن تشير الدراسات إلى أن الفيروسات والأمراض المعدية لا يمكن اعتبارها سببا رئيسيا للتوحد بل يمكنه إرجاع أقل من (٤)٪ من حالات التوحد إلى إصابة مرضية معدية (وفاء الشامي (أ)، ٢٠٠٤، ١٥٥).

ج)-مشكلات أثناء الولادة:

المشكلات التي تحدث أثناء الولادة كعسر الولادة قد تسبب اضطراب التوحد لكن تقدر نسبة ظهور هذه المشكلات بـ (٢٥)٪ فقط من المصابين باضطراب التوحد (وفاء الشامي (أ)، ٢٠٠٤، ١٥١).

ثالثاً: نظريات المخ:

وتستند على اعتقاد أن المرضى الذين يصابون بتلف مكتسب في فص المخ الأمامي يظهرون نفس الخصائص النفسية التي يظهرها الأشخاص ذوي اضطراب التوحد (سايمون كوهين، باتريك بولتون، ٢٠٠٠، ٣٨).

وقد قارنت الدراسات الحديثة بين أدمغة الأشخاص العاديين والأشخاص ذوي اضطراب التوحد بالرنين المغناطيسي ووجدت أن حجم المخ لدى الأشخاص ذوي اضطراب التوحد أكبر من العاديين في مناطق المخ التالية: الفص القذالي، والفص الجداري، والفص الصدغي (عبد المعطي وأبو قلة، ٢٠٠٦، ٤٠١).

ووجدت دراسة أخرى أن هناك أجزاء معينة من ساق المخ أصغر أو مفقودة في مخ الأشخاص ذوي اضطراب التوحد وأن هذا ينشأ في اليوم العشرين والرابع والعشرين بعد الحمل (وليد خليفة ومراد عيسي، ٢٠٠٧، ٢٢٩).

وأشارت دراسة أخرى إلى وجود شذوذ في المناطق الرئيسية الثلاث التي تساعد على التحكم في السلوك الاجتماعي، كما ان هناك أجزاء من الفصيصات الأمامية المسؤولة عن اتخاذ القرار والتخطيط أكثر من المعدل الطبيعي، كما أن خلايا النظام الحوفي المسئول عن العواطف أصغر بمقدار الثلث عن المعدل الطبيعي وبأعداد كثيفة وغير مكتملة، إضافة إلى قلة الاتصالات والترابط وتوقف نمو الخلايا الموجودة في المخ (طارق عامر، ٢٠٠٨، ٢٠٠٠).

ويذكر (عبد الرحمن سليمان وآخرون، ٢٠٠٣، ٦٠) أنه لا توجد منطقة وحيدة في المخ يرجع إليها السبب في حدوث اضطراب التوحد وأن هناك إجماع عام على أن شكل الدماغ لدى المصابين باضطراب التوحد، إنما الخلل في الطريقة التي يعمل به الدماغ من خلال الخلايا العصبية. لذلك تظهر لنا نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ ومن ثم تأثيرها على الدماغ وحدوث أعراض التوحد.

رابعاً: نظرية الكلي (النظرية الصينية):

ترى هذه النظرية أن التوحد إذا كان بعد الولادة فسببه هو تلف في الجهاز الهضمي وعبارة عن مشكلة في الطحال أو المعدة أو كلاهما تمنع الجسم من امتصاص فيتامين (B6) وغيرها من العناصر الغذائية التي تساعد على نمو وتطور المخ ويتسبب الكليتان والطحال التالفان بتلف الجهاز المناعي، أما إذا كان اضطراب التوحد قبل الولادة فالسبب يعود إلى مشكلة في وظيفة الكلي لدى الوالدين أحدهما أو كلاهما ويشير الأطباء الصينيون أنه عندما يكون لدى الأم كلية ضعيفة فإن الجسم لا يمتص فيتامين (B6) ونقصه يؤثر على بناء ونمو المخ فيولد الطفل مصاباً باضطراب وظيفي في المخ (زكريا الشربيني، ٢٠٠٤، ١٠٨).

خامساً: السموم والتلوث البيئي:

افترض بعض الباحثين أن تعرض الآباء والأمهات لمواد كيميائية سامة قد تسبب في إنجاب أطفال مصابين باضطراب التوحد (فهد المغلوث، ٢٠٠٤، ٦٣).

وذكر شاتوك (Shattock,2008) أن المواد السامة تساهم في الإصابة بإضطراب التوحد وهذه المواد السامة تدخل الجسم عن طريق:

١. لقاح MMR ضد الحصبة الألمانية، والحصبة، والتهابات الغدة النكافية.
٢. المبيدات الحشرية.
٣. التأثيرات السامة للقوارير البلاستيكية.
٤. تأثير مستويات الإضافات الغذائية.
٥. تدهور القيمة الغذائية للطعام.
٦. الأدخنة السامة.
٧. الأمراض المعدية.
٨. أعمدة هواتف الموبايل (باول شاتوك، ٢٠٠٨، ٢).

وقد افترض أن زيادة نسبة انتشار اضطراب التوحد في بلدة تابعة لولاية Massachusetts هو وجود مصنع للنظارات الشمسية ينشر الدخان السام في تلك البلدة (إلهامي إمام وإيمان إسماعيل، ٢٠٠٦، ٢١٠).

تأثير تسرب مواد سامة إلى المخ:

وجد العلماء أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد لا يستطيعون هضم مادتي الجلوتين وGluten الموجود في الحبوب، الكازين Casein الموجود في منتجات الألبان بشكل تام يؤدي إلى تسرب مواد سامة إلى الدماغ وهي الببتيدز Peptides تلحق الضرر بوظائف المخ (محمد الفوزان، ٢٠٠٠، ٩٥؛ عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١، ٦٩؛ سوسن مجيد، ٢٠٠٧، ٥٥).

سادساً: النظرية المعرفية:

يتفق العلماء على أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد لديهم مشكلات معرفية تؤثر على قدرتهم على التقليد والفهم والمرونة والإبداع لتشكيل وتطبيق القواعد والمبادئ واستعمال المعلومات (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤، ١١٦).

ومن النظريات التي تقوم بعلاج المفاهيم العقلية نظرية العقل التي تشير إلى أن الأشخاص ذوي اضطراب التوحد ليس لديهم القدرة على معرفة أن الآخرين رؤيتهم الخاصة بهم أو أن لديهم أفكار وخطط مختلفة عنهم (إلهامي إمام وإيمان إسماعيل، ٢٠٠٦، ٢١١).

سابعاً: نظرية الإضطراب الأيضي:

في هذه النظرية افتراض أن يكون التوحد نتيجة وجود ببتايد Peptide خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على الناقلات العصبية الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى أن تكون العمليات الداخلية في حالة اضطراب وتتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الأغذية Peptides هذه المواد مثل القلوتين Glotines المحتوية على: (القمح، الشعير، الشوفان والكايزين الموجود في الحليب ومنتجات الألبان) لكن في هذه النظرية نقاط ضعف كثيرة فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد.

ونتيجة لعدم هضم مادة الكاسين والجلوتين تظاهر على المصاب الأعراض التالية:

١. عدم الشعور بالألم.
٢. حركة زائدة ثم خمول.
٣. سلوكيات شاذة غير مقبولة اجتماعياً.
٤. عدم التركيز وشروذ الذهن.
٥. اضطراب في النوم (محمد الفوزان، ٢٠٠٠، ٩٨).

لكن رفضت هذه النظرية حيث أجريت دراسة في فلوريدا عام (٢٠٠٦) هدفت إلى دراسة التغيرات السلوكية والذهنية لمجموعة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد حيث أخضعوا إلى نظام حماية غذائية خالية من الكاسين والجلوتين ولم تجد النتائج

المبدئية أي فروق واضحة بين المجموعتين، وما تراه الجمعية الأمريكية لأبحاث التوحد أن الحمية الغذائية قد تنفع بعض الأطفال في بعض النواحي السلوكية (محمد الدوسري، ٢٠٠٨، ٤).

▪ أما عن النماذج التي فسرت التوحد (الأوتيزم):

أ-النموذج الاجتماعي لتفسير الأوتيزم:

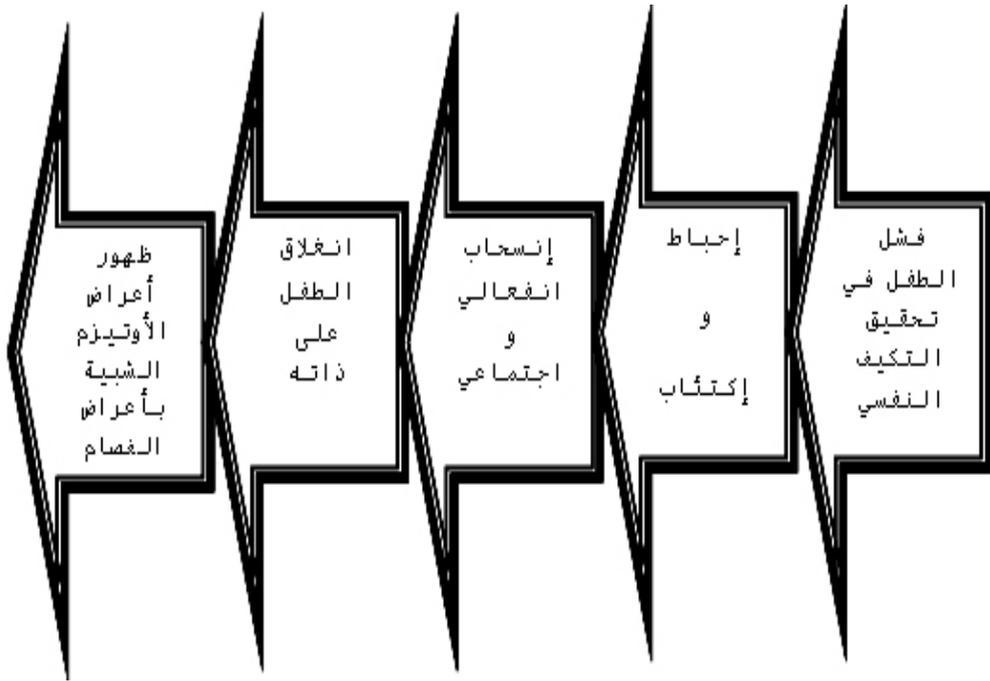
يري كندر (Kanner,1943) أنه يمكن النظر إلى الأوتيزم بإعتباره اضطراب في التواصل الاجتماعي، حيث أن المهارات اللغوية والإدراكية للأطفال ذوي الأوتيزم كانت طبيعية في البداية، ونتيجة لظروف التنشئة الاجتماعية ينتج عنها انسحاب الطفل من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به، وإنغلاقه على ذاته لإحساسه بعدم التكيف، كما بين أيضاً أن ذوي الأوتيزم لديهم إعاقات عضوية تعوق عملية التواصل مع الآخرين بصورة طبيعية، كما أوضح أن ميول وإنجاء آباء وأمهاة الأطفال ذوي الأوتيزم تلعب دوراً أساسياً في إعاقة ميكانزم التواصل مع هؤلاء الأطفال، كما بين أن ظروف التنشئة الاجتماعية التي تتسم بالعواطف الجافة، ونقص التواصل اللفظي بين الأبوين والطفل تعد أحد العناصر الأساسية المسببة للأوتيزم وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة التي تتكون فيها شخصية الطفل حيث أنها تؤدي إلى انسحاب الطفل من التفاعل مع العالم الخارجي، وإنغلاقه على ذاته، كما قدم نموذج اجتماعي لتفسير الأوتيزم كما تتم بالعواطف الجافة، ونقص التواصل اللفظي بين الأبوين والطفل تعد أحد العناصر الأساسية المسببة للأوتيزم.

ب)-النموذج النفسي لتفسير الأوتيزم:-

ينظر كل من سنجر وواينم (Singer & Wynne,1963) إلى الأوتيزم على أنه شكل من أشكال الفصام المبكر (فصام الطفولة) ، والذي يمكن أن يتطور فيما بعد في مرحلة المراهقة لتظهر أعراض الفصام كاملة في هذه المرحلة، وقد فسر ذلك بأن الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة يوجد في بيئة تتسم بالتفاعل الأسري غير السوي فلا يشعر فيها الطفل بالتكيف، والتوافق الإنفعالي، مما يؤدي إلى رغبة في

تحقيق التوافق والتكيف النفسي الإنفعالي، ولكنه يفشل، ومع تكرار محاولاته يصاب بالإحباط والإكتئاب النفسي، ثم ينسحب إنفعالياً من هذا التفاعل المنفر، وبالتالي يبدأ في توجيه انتباهه إلى ذاته لتحقيق التكيف النفسي الإنفعالي مع ذاته، وليس مع الآخرين، ثم يستغرق في توجيه انتباهه إلى أحلامه، وعالمه الداخلي الخاص به، ومع نمو الطفليظل منغلق على ذاته فتظن وتتطور لديه أعراض شبيهة بأعراض الفصام (أعراض الأوتيزم) .

شكل (٣) يوضح نموذج نفسي لتفسير نشأة وتطور أعراض الأوتيزم كما يلي:-



ج- نموذج تفسير الأوتيزم كاضطراب تطوري في الإدراك:

لقد بدأ تفسير الأوتيزم على أنه اضطراب تطوري في الإدراك عندما أشار فرث (Frith,1972) ثم أشار كل من هيرملين وفرث (Hermelin & Frith,1972) إلى أن اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder عجز ثابت في التواصل والتفاعل الإجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي:-

١ . عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح، على سبيل المثال، من الأسلوب الاجتماعي-الغريب، مع فشل الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدنٍ في المشاركة بالاهتمامات، والعواطف، أو الإنفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

٢ . العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي وضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات، إلى انعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

٣ . العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح، مثلاً من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، إلى انعدام الإهتمام بالأقران.

كما ذكر محمد الفوزان (٢٠٠٣، ٥٣) أن التوحد ليس مرضاً وإنما هو حالة لم يتوصل العلم إلى سبب الإصابة بها.

ويعد التوحد لغزاً حير العلماء وقد ظهرت تفسيرات عدة لمحاولة فهم هذا الإضطراب، كما وقد أجريت العديد من الأبحاث لمعرفة أسباب التوحد ولكنها لم تقدم حتى الآن إلا القليل من النتائج (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤، ١٠٩).

وذكر (محمد عبد الرحمن، ٢٠٠٤، ١٦٦) أنه من الصعب بل ومن المستحيل أن يكون هناك سبب واحد يعتبر هو المسئول عن اضطراب التوحد، وأن العلماء قد تمكنوا من تحديد سبب معين لإضراب التوحد لدى نسبة لا تتجاوز (١٠)٪ تقريباً من الذين يعانون من اضطراب التوحد في حين أن (٩٠)٪ منهم لم يتم تحديد سبب الإضطراب لديهم .

ويرى شاتو (Shattock & Whiteley, 2008, 2) أن لإضطراب التوحد أسباب جينية وأخرى بيئية فهو يرى أن الزيادة الكبيرة في الإصابة باضطراب التوحد يجب أن تؤخذ دليلاً على تأثير البيئة في حدوث الإضطراب.

ويرى (محمد عودة، ٢٠٠٨، ٥) أن نشوء التوحد هو تجمع لعوامل جينية إضافة إلى إصابة مبكرة للجهاز العصبي المركزي من خلال مجموعة متنوعة من العوامل الموروثة وغير الموروثة.

▪ أسباب صعوبة تحديد العوامل المؤدية للإصابة بالتوحد:

توجد مجموعة من الأسباب التي تقف وراء صعوبة تحديد العوامل المؤدية للتوحد، وهي:

١. عدم الاتفاق بين المختصين على طبيعة الإصابة بمرض التوحد واضطرابات التطور العامة.
٢. التشخيص يعتمد على الاختصاصيين وتجاربهم.
٣. بعض الحالات الخفيفة قد تشخص على أنها حالات اضطراب في التعلم.
٤. طبيعة الإصابة تشترك في الكثير من المميزات والأعراض مع العديد من الحالات والإعاقات الأخرى (O'Gorman, 1970, 47) .





الباب الثاني
الأعراض والتشخيص لإضطراب
التوحد (الأوتيزم)



الفصل الرابع

(الأعراض/الخصائص/السمات)

- تقديم:
- سمات وخصائص طفل التوحد (الأوتيزم):
- الأعراض المميزة للطفل التوحد خلال فترة الستة شهور الأولى وحتى النصف الثاني من العام الأول من عمره:
- الخصائص العامة للأطفال التوحديين (الذاتويين):
- المشكلات النفسية والسلوكية لدى أطفال الأوتيزم:



■ تقديم:

يقول تعالي: بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ [وَيَرَى الَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ الَّذِي أُنزِلَ إِلَيْكَ مِنْ رَبِّكَ هُوَ الْحَقُّ وَيَهْدِي إِلَى صِرَاطٍ الْعَزِيزِ الْحَمِيدِ] سورة:سبأ الآية(٦)

تتعدد الأعراض والخصائص التي يتصف بها الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد (الأوتيزم)؛ فمنها ما له علاقة بالجانب الجسمي والحركي، ومنها ما يتعلق بالجانب الوجداني الإنفعالي والتحصيلي، ومنها ما يرتبط بالجانب الاجتماعي.

والتعرف على تلك الأعراض بشكل دقيق للإعاقة أو الإضطراب له أهمية كبيرة في عمليات التشخيص السليم للطفل لأن بعض من الأعراض قد تتشابه مع أعراض أنواع أخرى من الإعاقات مثل أعراض الفصام الطفولي Childhood Schizophrenia أو صعوبات التعلم Disability أو التخلف العقلي Mental Retardation أو الإكتئاب-Depres sion ومن الضروري الإلمام بتفاصيل هذه الأعراض أخذين في الإعتبار ما يلي:-

(أ)- أنه ليس من الضروري أن تظهر جميع هذه الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعاني من إعاقة التوحد (الأوتيزم) بل قد يظهر بعضها في حالة معينة ويظهر البعض الآخر في حالة أخرى.

(ب)- وقد تتباين ظهور هذه الأعراض من حيث الشدة أو الإستمرارية أو السن الذي يبدأ فيه العرض في الظهور وقد تبدأ ظهور أعراض التوحد في بعض الحالات في خلال الشهور الستة الأولى بعد الميلاد، ولكن الأغلب أن يكون ظهورها فيما بين العامين الثاني والثالث، أو خلال الشهور الأولى من عمر الطفل (عثمان فراج، ١٩٩٥، ٤١).

وعادة ما تظهر الأعراض المرضية بعد إكمال الطفل السنة الثانية من العمر وبشكل تدريجي ومتسارع، ويقل بدء حدوثه بعد الخامسة من العمر ولكن بعض العائلات لاحظت وجود تغيرات سلوكية لدى أطفالهم في عمر مبكر بعد الولادة (عبد الله الصبي، ٢٠٠٣).

▪ سمات وخصائص طفل التوحد (الأوتيزم):

يتسم أطفال الأوتيزم (التوحد) بالعديد من السمات التي يمكن الإستدلال منها على هؤلاء الأطفال ومنها:-

العجز الإجتماعي، العجز اللغوي ، قصور الإدراك الحسي، السلوكيات النمطية ، إيذاء الذات، السلبية، التفكير الإجتزاعي، قصور في السلوك التوافقي، حدة المزاج ، الخوف والقلق وبعض المهارات الخاصة. وكل سمة من هذه السمات يندرج تحتها عدد من السمات الفرعية، وليس من الضروري أن تتوافر كل السمات الفرعية في كل حالة أوتيزم، لذا فقد يظهر تباين في حالات الأوتيزم حيث تظهر بعض السمات الفرعية في حالة والبعض الآخر في حالة أخرى ويبدو نمو الطفل الذاتوي مضطرباً في ثلاثة مجالات أساسية:

أولها: الضعف الشديدة في عملية التواصل اللفظي وغير اللفظي بالآخرين.
الثاني: التدهور الملحوظ في تفاعلاته الإجتماعية حتى داخل أسرته.

الثالث: السلوك النمطي واللزمات العصبية المتكررة التي يزاولها الطفل الذاتوي وصر عليها دون كلل أو ملل ويغضب ويثور بشدة لو أخرجته أحد من حالته (Yoshimour,1999).

وبالرغم من اختلاف المصطلحات التي تشير إلى أطفال الأوتيزم، إلا أن الخاصية الأساسية التي تجمع بين هؤلاء الأطفال هي القصور في المهارات الإجتماعية، سواء بالنسبة لأطفال الأوتيزم ذوي الأداء المرتفع، أو ذوي الأداء المنخفض، وإن اختلفت حدة هذا القصور وشدته (Molly Losh,et al,2009)

وتحدد الجمعية الأمريكية للتوحدية (Autism Society America (١٩٩٩) مجالات خمسة لأوجه القصور التي يعاني منها الأطفال التوحديون تتمثل في مجالات التواصل، والعلاقات الإجتماعية، واللعب، والعمليات الحسية والإدراكية، والسلوك حيث يكون سلوكهم نمطياً يسوده التكرار والترديد. ومن هذا المنطلق ينسحب الطفل التوحدي من التفاعلات بشكل ملفت حيث يظل يلعب لساعات في أصابعه أو بقصاصات ورق أو

قطعة من رباط حذاء أو شابه ذلك فيبدو منصرفاً عن هذا العالم إلى عالم خاص به من صنع خياله. كذلك فهو شخصية منغلقة يلتفت دائماً إلى داخله، وينشغل إنشغالاً كاملاً بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كلية أو إلى خيال كبير، وهو ما يجعله ينسحب بشكل شبه تام من أي تفاعلات اجتماعية مع الآخرين.

كما يذهب عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٠) إلى أن السلوك الإنسحابي يعد من أهم ما يميز الأطفال التوحديين حيث لاحظ «ليو كانر» Kanner,Leo منذ بدايات تقديمه لهذا الإضطراب والنظر إليه كاضطراب مستقل وذبح منذ ما يربو على نصف قرن مضي أنهم يتسمون بالإستغراق المستمر في الإنغلاق الكامل على الذات، والتفكير المتميز بالإجتراح الذي تحكمه الحاجات الذاتية والذي يبعدهم عن الواقع، وعن ما حولهم ومن من مظاهر وأحداث وأفراد ويجعلهم دائمي الإنطواء والعزلة، ولا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في محيطهم النفسي مما يصبح من غير الممكن معه تكوين أي علاقة مع غيرهم من الأطفال مما يترتب عليه فقدان التفاعل الإجتماعي.

ويؤكد عثمان فراج (١٩٩٥) أن التوحد مصطلح يستخدم لوصف إعاقة من إعاقات النمو تتميز إلى جانب القصور في الإدراك وتأخر أو توقف اللغة بالنزعة الإنطوائية الإنسحابية التي تعزل الطفل الذي يعاني منه عن الوسط المحيط؛ بحيث يعيش منغلقاً على نفسه لا يكاد يشعر بما حوله ومن يحيط به في البيئة المادية والإجتماعية. وإلى جانب ذلك فإن هذه الحالة تتميز بشكل خاص بعدم القدرة على الإنتماء للآخرين حسياً أو لغوياً، واضطراب الإدراك مما يؤدي إلى عدم الفهم أو القدرة على الإتصال أو التعلم أو المشاركة في الأنشطة الإجتماعية وهو ما يؤثر سلباً على العلاقات الإجتماعية مع الآخرين التي تتأثر أيضاً بعدم قدرتهم على التعلق أو الإنتماء.

▪ **الأعراض المميزة للطفل التوحدي خلال فترة الستة شهور الأولى وحتى النصف الثاني من العام الأول من عمره:**

يشير بوردين وأولنديك (1٩٩٢) Borden & Ollendick في عادل عبد الله، (٢٠٠٤-ب) إلى بعض الأعراض المبكر التي تميز هذا الإضطراب فيران أن الطفل حديث الولادة يبدو مختلفاً عن بقية الأطفال في نفس العمر الزمني كما يتضح من تلك الأعراض التي نطلق عليها أعراضاً مبكرة، والتي يمكن لنا أن نميزها في أمرين أساسيين كالتالي:-

أولاً: الأعراض المميزة للطفل التوحدي خلال الشهور الستة الأولى التالية للولادة:

هناك العديد من الأعراض التي يمكن أن تميز الطفل التوحدي خلال الشهور الستة الأولى من عمره مثل:

١. يبدو وكأنه لا يريد أمه، ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه.
٢. لا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين، ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا الشخص وثيق الصلة به.
٣. تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال التخطيط الخاص بتلك العضلات.
٤. لا يبكي إلا قليلاً، ولكنه مع ذلك يكون سريع الغضب أو الإنفعال بشكل كبير.
٥. لا يستطيع الطفل إلى جانب ذلك خلال الشهور الستة الأولى من حياته أن يلاحظ أمه، أو يتابعها ببصره.
٦. يكون خلال تلك الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ.
٧. لا يبتسم إلا نادراً.
٨. تكون تلك الكلمات التي يمكنه يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة.
٩. من الأمور الهامة التي تميز استجابة إنها دائماً ما تكون متوقعة.
١٠. لا يبدي الطفل أي اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه.

ثانياً: الأعراض المميزة للطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من عمره:

هناك العديد من الأعراض أو السمات التي أظهرها نتائج الدراسات الحديثة والتي يمكن من خلالها أن نتعرف على الطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من عمره وهو ما يساعدنا في اكتشاف الحالة قبل أن يصل الطفل إلى الثالثة من عمره، وهذه الأعراض أو السمات هي:

١. لا يبدي الطفل أي اهتمام بالألعاب الإجتماعية.
٢. لا يبدي الطفل أي انفعال نتيجة حدوث أي شيء أمامه.
٣. لا يفتقر الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي.
٤. تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً.

▪ الخصائص العامة للأطفال التوحديين (الذاتويين):

عادة لا يمكن ملاحظة التوحد بشكل واضح حتى سن (٢٤ : ٣٠) شهراً، (سنتان إلى سنتان ونصف) حينما يلاحظ الوالدان تأخراً في اللغة أو اللعب أو التفاعل الإجتماعي.

ويطلق مصطلح الذاتوية على الأطفال الذين يقعون عرضة لسلسلة من الإضطرابات النمائية النافذة، والذين يظهرون أقصى درجات المعجزة التواصلية والسلوكية، ويتضمن هذا الإضطراب ما يلي لكنه لا يقتصر عليه قصور في الإستجابة للآخرين والعلاقات الشخصية المتبادلة، وضعف خطير في مهارات التواصل، واستجابة نمطية أو شاذة لجوانب ونواحي عديدة في البيئة. وتظهر هذه الإستجابات على وجه الخصوص قبل أن يكمل الطفل ٣٦ شهراً من عمره (محمد عبد الرحمن، منى حسن، ٢٠٠٤، ٢٧).

كما تتعدد الخصائص التي تشير إلى الطفل الذي يعاني من حالة الإضطراب الذاتوي؛ فمنها ما له علاقات بالجانب الجسمي والحركي، ومنها ما يرتبط بالجانب الوجداني الإنفعالي، وآخر يرتبط بجانب التواصل الإجتماعي، وفيما يلي عرض لهذه الخصائص:-

أولاً: الخصائص اللغوية والتواصل:

(١)-إعاقة التواصل والعجز اللغوي Impairment of Communication & Language defect:

يُوصف الأطفال التوحديون بأن لديهم مشكلات في التواصل سواء أكان لفظياً أم غير لفظي، كما يوجد لديهم تأخر أو قصور كلي في تطوير اللغة المنطوقة، وتعتبر الخصائص الكلامية لديهم شاذة مثل طبقة الصوت والتنغيم والإيقاع ونبرة الصوت وتوصف اللغة القواعدية لديهم بأنها تكرارية أو نمطية مثل تكرار كلمات أو جمل مرتبطة في المعنى، ولغتهم لها خصوصية غريبة بحيث لا يفهم عليهم إلا الأشخاص الذين يألفونهم مثل الأم والأب والمعلم (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤).

كما أن بعض الأطفال التوحديين الناطقين يكون التواصل اللفظي عندهم غير عادي فقد يكرر الأطفال الكلمات التي يعرفونها بشكل غير وظيفي وهذه الحالة تسمى المصاداه الكلامية وهذا التردد المرضي للكلام لا يساعد الطفل على استخدام الكلام بسياقات أو (echolalia) مواقف اجتماعية وتفاعلية مختلفة (Kendall, 2000).

ومن الأمور التي تعتبر مشكلة لديهم أن فهم اللغة عندهم متأخراً جداً وهناك مشاكل شديدة في التواصل حيث أن (٥٠٪) من الأطفال التوحديين لا يكتسبون كلاماً مفيداً ويظهرون الصم والبكم لبعض الكلمات، وكذلك فإن (٢٥٪) منهم يستطيعون الكلام ويكون تواصلهم غير عادي حيث يكرر بعض الكلام، ويوجد لديهم أيضاً صعوبة في استعمال الضمائر فمثلاً لا يقول أنا أريد أن أشرب ويقول يريد أن يشرب ومثلاً تقول له مرحباً اسمي كذا مثلاً، ما هو اسمك؟ فيقول مردداً اسمك أنت وليس اسمه (Barlow & Durand, 1994).

أوضحت التقارير الصادرة عن دراسات Rutter (١٩٦٨-١٩٨٣) أن العجز المعرفي لدى الأطفال التوحديين يظهر في العجز اللغوي، صعوبات التعلم، عدم القدرة على التفكير المنطقي، صعوبات الكتابة. وهذا العجز لا يرجع إلى الإصابة بالأوتيزم بل هو المسبب الرئيسي في ظهور عدد من الخصائص الشاذة التي تميز الأفراد التوحديين.

كما أن «روتر» لا يعتبر أن العجز في استقبال اللغة، و الإدراك المعرفي الشاذ كافيًا لتفسير الإصابة بالتوحد بل يفضل إضافة العجز الاجتماعي كعامل ثانوي في العوامل المسببة وهذا يفسر عدم القدرة على الإستجابة لمثير وجداني أو ذو دلالة اجتماعية، والقصور في العمليات المعرفية المتعلقة بالإحساس الكلي (Sahkian, et als, 1986, 284).

ويرى رامونديو و ميليك Ramondo, Milech أن العجز اللغوي لدى الأطفال الذاتويين يتمثل في عدم فهم معاني الكلمات وعدم القدرة على استخدام قواعد اللغة، كما أشار رامونديو وزميله إلى أن الفروق بين الذاتوي والعاديين لا تختلف عن الفروق بين ذوي التخلف العقلي والعاديين في عناصر العجز اللغوي التي تم الإشارة إليها (Ramondo&Milech, 1984, 95) .

وقد وجد سزاتماري وآخرون Szatmari, et als أن ثلث أفراد عينة دراسته من الشباب الذاتويين الصغار استمروا يعانون من مشكلات التواصل أو اللغة غير العادية، بالإضافة إلى أن ثلث آخر من أفراد العينة كانت اللغة لديهم في انحدار مستمر و كان لديهم صعوبات في إجراء محادثة كاملة مع الآخرين. ونشر في التقرير الصادر عن هذه الدراسة أن الصعوبات في اكتساب اللغة لدى الذاتوي تظهر لدى كل من ذوي القدرات العقلية المحدودة أو المرتفعة، و لكنها تكون قليلة لدى ذوي القدرات العقلية المرتفعة بالمقارنة بالآخرين. (Szatmari, et als, 1989, 225).

أما سيسان و آخرون Secan, et als فيروا أنه يمكن التمييز بين حالات الأوتيزم والحالات الشبيهة بالأوتيزم Autism Like على أساس العجز اللغوي المتمثل في عدم القدرة على إنتاج اللغة أو الاستجابة لها، فكانت أشد في حالات الأوتيزم بالمقارنة بحالات «شبيهة بالأوتيزم»، ويوصي سيسان وآخرون بضرورة تطوير العديد من استراتيجيات التدريس الفعال لتنمية المهارات اللغوية لدى الذاتوي (Secan, et als, 1989, 181).

وقد قام أوزونوف وآخرون بفحص نموذج القدرات لدى الذاتوي ، فوجدوا أن العجز المعرفي يظهر في الأداء الإجرائي الذي حدده «بالقدرة على التوصل إلى حل مناسب لمشكلة ما يساهم في تحقيق الهدف المرغوب» و هذا يتطلب توافر مهارات

التخطيط - الإستمرارية - البحث المنظم - مرونة الفكر و العقل» ويرى أوزونوف أن سمات الذاتوي تتفق مع أوجه القصور في الأداء الإجرائي المتمثلة فيما يلي: عدم المرونة، العنف، الثورة على أي تغيير طفيف في البيئة، التصميم على اتباع الروتين اليومي، قلة الاهتمامات، عدم التفكير في المستقبل وعدم توقع العواقب على المدى البعيد (Ozonoff, et als, 1991, 183).

يعتبر ضعف اللغة والتواصل من الخصائص التي تميز الأطفال ذوي اضطراب التوحد وقد يمتلك العديد منهم القليل من اللغة في سن الخامسة والسادسة لكن يظهر عندهم ضعف في التواصل غير اللفظي (السيد سليمان ومحمد عبد الله، ٢٠٠٣، ٣٢).

وقد ذكر (نايف الزارع، ٢٠٠٥، ٢٢) عددا من الخصائص اللغوية يتصف بها الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

١. عدم القدرة على استخدام اللغة في التواصل مع الآخرين اجتماعياً.
٢. التحدث بمعدل أقل بكثير من الطفل العادي.
٣. الضعف في القدرة على استخدام كلمات جديدة والاستمرار في إعادة نفس الكلمات.
٤. الإستخدام غير السوي للغة حيث نجد أن معظمهم يردد أسئلة بشكل متكرر.
٥. الإستخدام غير السوي للغة حيث تكلم الطفل بنغمة واحدة بغض النظر عن موضوع الحديث وأهميته.
٦. الصعوبة في فهم وإدراك المثيرات غير اللغوية كالإشارات والحركات اليدوية وتعبيرات الوجه.
٧. صعوبة الإنتباه إلى الصوت الإنساني رغم أن الطفل لديه حاسة سمع عادية.
٨. صعوبة المحاولة لجذب اهتمام من حوله عن طريق المشاركة بأي وسيلة.
٩. صعوبة القدرة على التكلم.
١٠. صعوبة استخدام الضمائر في الكلام وفي استخدام حروف الجر.

يتصف أطفال الأوتيزم بنقص المحصول اللغوي المناسب اجتماعياً، وصعوبة استخدام اللغة في التعبير بالكلمات وكذلك عدم القدرة على استخدام الإيماءات والتواصل بالعينين وهذه الصعوبات اللغوية هي التي تؤدي إلى توقف النمو الإنفعالي والإجتماعي للإوتيزم (عثمان فراج، ٢٠٠١، ٦٥).

ويعد اضطراب أو توقف النوم اللغوي من أهم الأعراض المميزة لحالات الأوتيزم، فيرجع القصور أو التوافق في اللغة إلى قصور أو خلل وظيفي في المراكز العصبية بالمخ المسؤولة عن اللغة والكلام والتعامل مع الرموز (مصطفى القمش و خليل المعايطة، ٢٠١٠، ٢٥٧).

فتؤثر إعاقة التواصل لدى أطفال الأوتيزم على كل المهارات اللفظية وغير اللفظية فهم يوصفون بأن لديهم تأخراً أو قصور كلياً في تطوير اللغة المنطوقة (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤، ٣٧).

كما يخرجون الكلام بطرق شاذة سواء من حيث حدة الصوت أو علوه أو معدله (Tek, Saime, 2010). كما يتصفون باضطرابات ملحوظة في محتوى الكلام أو شكله بما في ذلك الكلام النمطي، مثل التكرار الميكانيكي لدعايات التلفزيون قول (أنت) بدلا من (أنا) أو التكلّم عن أشياء ليس ذات علاقة بالموضوع (جمال القاسم وآخرون، ١٣٩، ٢٠٠٠). كما بعض أطفالا الأوتيزم لا يتكلمون أبداً طوال عمرهم والبعض الآخر وتقريباً أكثر من (٥٠)٪ يتعلمون كيف يقولون بعض الكلمات وعادة ما يبدأون الكلام في وقت متأخر عن الأطفال العاديين (سميرة السعد، ١٩٩٢، ٣٣).

كما يتصف أطفال الأوتيزم بصعوبة التحدث عن المفاهيم المرتبطة بالزمن والمستقبل، وضعف التعبير عن المشاعر والأحاديث، وضعف القدرة التبادلية في الحديث، أي الفشل في الربط أو التنسيق بين الحديث الصادر عنهم وسماع آراء الأفراد الآخرين (طارق عامر، ٢٠٠٨، ٣٤).

ويعتبر التواصل غير اللفظي من قنوات التواصل التي تتضمن استخدام ملامح الوجه والأوضاع الجسمية والإيماءات. وتؤثر هذه الإشارات في تيسير التواصل والتفاعل مع الآخرين (سميرة السعد، ١٩٩٢، ٣٥).

ويوصف الأطفال التوحديون بأن لديهم مشكلات في التواصل سواء أكان لفظياً أم غير لفظي، كما يوجد لديهم تأخر أو قصور كلي في تطوير اللغة المنطوقة، وتعتبر الخصائص الكلامية لديهم شاذة مثل طبقة الصوت والتنغيم والإيقاع ونبرة الصوت وتوصف اللغة القواعدية لديهم بأنها تكرارية أو نمطية مثل تكرار كلمات أو جمل مرتبطة في المعنى، ولغتهم لها خصوصية غريبة بحيث لا يفهم عليهم إلا الأشخاص الذين يألفونهم مثل الأم والأب والمعلم (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤).

كما أن بعض الأطفال التوحديين الناطقين يكون التواصل اللفظي عندهم غير عادي فقد يكرر الأطفال الكلمات التي يعرفونها بشكل غير وظيفي وهذه الحالة تسمى المصاداه الكلامية (echolalia) وهذا التردد المرضي للكلام لا يساعد الطفل على استخدام الكلام بسياقات أو مواقف إجتماعية وتفاعلية مختلفة (Kendall, 2000).

و يمكن استخلاص أهم المشكلات المرتبطة بالعجز اللغوي لدى حالات الأوتيزم من خال الدراسات التي أجراها كل من:-

(kanner, 1973; Brizant 1979; Chock, 1979; Rutter, 1983; Ramondo, Mileck, 1984; Sahakian, et als, 1986; Secan, et als, 1989; Ozonoff, et als, 1991; Dianne, 1992)

- ١ . قصور في فهم كثير من المفاهيم أو معانى الكلمات التي يتلقونها من الآخرين.
- ٢ . قصور في تعميم المفاهيم التي يتلقونها من الآخرين.
- ٣ . قصور واضح في القدرات التعبيرية لدرجة أن ما يقولونه يبدو غريباً أو غير مرتبط بموضوع الحديث.
- ٤ . الفشل في الإستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة إليهم. (Prizant, 1979, 4592-B).
- ٥ . الميل إلى التفسير الحرفي لما يقال لهم يترتب عليه مشكلات إجتماعية كثيرة عند التفاعل مع الآخرين.

٦. الإستخدام المضطرب للكلمات غير المناسبة للحوار، فكثيراً ما نلاحظ أنهم يرددون عبارات سبق لهم أن سمعوها في الماضي البعيد، ويمكن وصف أسلوبهم في الحديث بأنه كوميدي أو ديكتاتوري أو متطاول على الآخرين.
٧. ترديد الكلام (Echolalia) هي صفة مشتركة لدى الطفل التوحدي الذين يتكلمون فعندما يوجه له سؤال تكون الإجابة بنفس السؤال، مثال ما اسمك؟ يجب ما اسمك؟ فهذا الترديد يشير إلى رغبة هؤلاء، الأطفال في التواصل مع الآخرين والرغبة في التعبير عن أنفسهم وإن كان يشير في نفس الوقت إلى إنخفاض القدرات التعبيرية لديهم (Check, 1979, 1019 –A)
٨. عدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة وعدم فهم النكات والتورية في الألفاظ.
٩. عدم القدرة على الربط بين المعنى والشكل والمضمون والإستخدام الصحيح للكلمة.
١٠. عدم القدرة على تقدير تأثير حديثهم على الآخرين سواء كان في الأسلوب أو المحتوى فلا يدركون متى يتحدثون ومتى يتوقفون للإستماع. (Szatmari, et al, 1989, 224).
١١. عدم القدرة على بدء محادثة مع الآخرين أو الإستمرار في محادثة.
١٢. قصور في استخدام الضمائر فيشير إلى نفسه بضمير أنت مثلا عند سؤاله «أنت عايز بسكويت يقول أنت عايز بسكويت» وهذا يدل على رغبته في الحصول على بسكويت.
١٣. قد يستخدم جملة كاملة ليعبر بها عن أحد الأشياء بسبب الموقف الذي سمع فيه هذه الجملة لأول مرة (Sahakian, et als, 1986, 283:284).
- ويشير داين بأن العجز اللغوي لدى طفل التوحد يترتب عليه قصور في التواصل اللفظي مع الآخرين، وقد تم إيضاحه في المشكلات السابقة يضاف إلى ذلك أن طفل

التوحد يعاني من قصور في التواصل غير اللفظي و المتمثل في عدم التواصل البصري، تعبيرات الوجه لا تعكس الحالة الإنفعالية له، غياب التلميحات أو الإيماءات أو الإشارات أو الإبتسامات و إذا ظهرت تكون غير مناسبة إجتماعياً (Dianne,1992,10).

وتذكر (وفاء الشامي (ب)، ٢٠٠٤، ٢٣٠،) أن الأشخاص ذوي اضطراب التوحد لديهم القدرة على تعلم أحكام القواعد اللغوية والكثير منهم لديهم مهارات جيدة في قواعد اللغة إلا أن تطور معرفة قواعد اللغة لديهم يرتبط بمستوى التطور العقلي، ولكن على الرغم من قدرتهم على تعلم المفردات اللغوية واستخدامها تبقى هناك سمات تميزهم عن غيرهم في هذا المجال وهي كما يلي:-

١. يغلب استخدامهم لكلمات خاصة بهم كدلالة على أشياء معينة بناء على تجاربهم الذاتية.
٢. يقل استخدامهم للكلمات المعبرة عن الحالات العقلية فهم لا يقولون كلمات تمثل حالات عقلية بمقدار استعمال الأشخاص الطبيعيين مثل (يتذكر، يعتقد، يظن، حيلة، فكرة).
٣. يصعب عليهم تعلم أكثر من اسم للشئ الواحد.
٤. يغلب خلطهم للضمائر (Simon Baron-Cohen,2001).

كما ذكر Simon Baron-Cohen (٢٠٠١) أن السمات التي تميز الطفل الذاتوي هي:

١. يكون تطور اللغة بطيئاً، وقد لا تتطور بتاتاً.
٢. يتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين، حيث ترتبط الكلمات بمعانٍ غير معتادة لهذه الكلمات.
٣. يكون التواصل عن طريق الإشارات بدلاً من الكلمات.
٤. يكون الإنتباه والتركيز لمدة قصيرة ويشمل خلل في التواصل والمهارات اللفظية وغير اللفظية.

٥. قد تغيب اللغة كلياً وقد تنمو ولكن دون نضج وبتركيب لغوي ركيك مع ترديد الكلام مثل إعادة آخر كلمة من الجملة التي سمعها .
٦. الإستعمال الخاطئ للضمائر حيث يستعمل الطفل ضمير " أنت " عندما يود أن يقول "أنا" فمثلاً لا يقول " أنا أريد أن اشرب " بل يستعمل اسمه فيقول "على يريد أن يشرب».
٧. عدم القدرة على تسمية الأشياء وعدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة، ويكون للطفل نطق خاص به يعرف معناه فقط من يخبرون ماضي الطفل.

(٢)-ضعف القدرة على الإختلاط والتواصل:

أن الأوتيزم كإضطراب يمكن أن يؤثر تأثيراً سلبياً شديداً على اللغة حيث أن لغة التخاطب لا تنمو لدى بعض ذوي الأوتيزم، والبعض الآخر يظهر لديهم الكلام في صورة صدى لفظي وتكراري أو جمل تعبيرية مكونة من كلمتين أو ثلاثة، وعادة ذوي الأوتيزم لا يمتلكون السياق الحديثي بالتكرار أو المداومة على طريقة واحدة للمحادثة كانوا قد سمعوا بها من قبل. أيضاً فإن لغة ذوي الأوتيزم تخلو من المفاهيم، أيضاً فإن الضعف أو الإضطراب في العلاقات الإجتماعية ربما يقلل بدورة أو يحد من فائدة الحديث المسترسل والمتواصل، وتتأثر أيضاً الإتصالات غير الشفهية. مثل الإتصال عن طريق العين الذي لا يكون حاضراً أو طبيعياً لحظة المناقشة، كما أن تعبيرات الوجه قد تفقد الطابع والعرف الإجتماعي: فعلى سبيل المثال الشخص ذو الأوتيزم ربما لا يبتسم تحت أي ظروف أو أن يكون الإبتسام دائماً حاضراً حتى أثناء الظروف المغايرة والمعاكسة.

ويوصف الأطفال التوحيديون بأن لديهم مشكلات في التواصل سواء أكان لفظياً أم غير لفظي، كما يوجد لديهم تأخر أو قصور كلي في تطوير اللغة المنطوقة، وتعتبر الخصائص الكلامية لديهم شاذة مثل طبقة الصوت والتتغيم والإيقاع ونبرة الصوت وتوصف اللغة القواعدية لديهم بأنها تكرارية أو نمطية مثل تكرار كلمات أو جمل

مرتبطة في المعنى، ولغتهم لها خصوصية غريبة بحيث لا يفهم عليهم إلا الأشخاص الذين يألّفونهم مثل الأم والأب والمعلم (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤).

(٣) - قصور الإدراك الحسي Perceptual Inconsistency :

تشير دراسات وبستر وآخرون Webster, et als أن الطفل التوحدي يبدو وكأن حواسه أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي فيبدو كأنه لم يري أو يسمع أو يحس أو يتذوق أي شيء (Webster, et als, 1980) .

ويرى «أوجرمان» أن هؤلاء الأطفال يظهرون أحيانا طرشا فعلاً أو صمتاً متعمداً يستخدمونها كأسلحة ذات قيمة لأنها تغيظ الأباء و تريح الطفل من المسؤولية الخاصة بالتعلم والإثارة، لذا فإن حوالي (٨٠)٪ من آباء و أمهات هؤلاء الأطفال يرفضون فكرة إصابة أبنائهم بإعاقة الأوتيزم معتقدين أنهم يعانون من اضطرابات في السمع أو تأخر في الكلام أو عجز بصري، واعتقد البعض بوجود خلل في العتبة الحسية لدى أبنائهم لعدم اظهارهم ردود أفعال تجاه المثيرات المؤلمة جسدياً أو الشاذة صوتياً (O' Gorman, 1970, 112) .

ونظراً لعدم قدرة طفل التوحد على التحدث عن الألم الجسماني الذي يمكن أن يتعرض له، فقد أشار بيرس دورف Biersdorff (١٩٩٤) إلى أن عدداً من الأفراد التوحديين أصبحوا مرضى سواء بخراج في الأسنان أو أمراض في المعدة أو حتى إلتهاب الزائدة الدودية.

ويمكن استخلاص أهم سمات طفل التوحد المرتبطة بقصور الإدراك الحسي من خلال دراسات أوجرمان (١٩٧٠)، كائر (١٩٧٣)، وبستر وآخرون (١٩٨٠)، كريستين مايلز (١٩٩٢)، وهي كالتالي:-

١ . الميل إلى الإستجابة لبعض المثيرات بشكل غير طبيعي، فيبدو كأنه مصاب بالصمم أحياناً فلا يستجيب لنداء الآخرين عليه، بينما يستجيب لبعض الأصوات الخافتة جدا مثل صوت كيس الشيببسي أو البونبوني أو الشكولاتة عند فتحه أو أصوات الموسيقى المحببة إليه.

٢. عدم التقدير للمخاطر التي يمكن أن يتعرض لها عند الإقتراب من أماكن الأدخنة الكثيفة أو الحرائق أو الإصطدام بشدة في الحوائط والسقوط على الأرض أو المسك بالأجسام والأسطح الساخنة جداً أو الباردة جداً، و عدم ظهور أي ردود فعل تجاه هذه المخاطر.

٣. يأكل أو يمص المواد المنفرة دون أن يظهر اختلافاً في ردود الفعل.

(Kanner, 1973, Webster, et als, 1980, 227)

٤. يبدو كأنه لم يسمع أو يرى إذا مر أمامه شخص وضحك أو سعل أو نادى فلا يعط انتباه لهذه الأصوات.

٥. يميل إلى تجاهل الأصوات الشديدة في حين يجذب إلى صوت تحريك لعبة أو جرس باب، كما أن بعض الأصوات تزعجه بدرجة شديدة مثل نباح كلب أو صوت موتوسيكل في حين أنه لا يبدي أي حساسية نحو صوت صراخه أو صياحه (كريستين مايلز، ١٩٩٢، ١١٩).

٦. يستطيع الإنسحاب والإنفصال عن الأصوات و المناظر و الروائح و الآلام و كذلك الإنسحاب عن الناس.

٧. التقلب الوجداني (أي الضحك والبكاء دون سبب واضح).

٨. الغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية ونقص الخوف من مخاطر حقيقية والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات غير مؤذية أو أحداث القلق العام والتوتر.

٩. ويقاوم التوحيديون التغيير في المكان أو العادات اليومية وقد يحدث عند التغيير هلع أو انفجارات مزاجية (O' Gorman, 1970, 111).

٤- السلوك النمطي المتكرر Stereo type:

إن الملاحظ للأطفال التوحيديين يجد أنهم ينغمسون لفترات طويلة في أداء سلوكيات غير هادفة تتسم بالتكرار و الرتابة و الميل إلى النمطية سواء في الحركة أو الأداء، وخاصة في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة.

ويعرف عماد الدين سلطان النمطية بأنها «حركات الجسم الرتيبة، التي تتكرر و تتكرر وتحدث هذه الحركات في الوجه غالب وتتضمن التجهم والإبتسام والأوضاع الشاذة للرأس والرقبة» (عماد الدين سلطان، بدون تاريخ، ٢٨).

ويرى «عثمان فراج» أن هذه الأفعال والأنماط السلوكية التي يمارسها الطفل الذاتي ليست استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استشارة ذاتية تبدأ وتنتهي بشكل مفاجئ تلقائي ثم يعود مرة أخرى إلى وحدته وإنغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي ورغبة قلقه متسلطة في البقاء طويلا على حالته كما هي (عثمان فراج، ١٩٩٤، ٥).

أما «وبستر» و آخرون قد استخدموا مصطلح الإنشغال بالتوافه Twiddling behavior ليشيروا به إلى نزعة الطفل الذاتي نحو بعض السلوكيات الشاذة التي تتسم بالتكرار و النمطية (Webster, et als, 1980).

ويمكن استخلاص أهم السلوكيات النمطية التي يمارسها الأفراد الذاتويين و التي أشار إليها كل من وبستر و آخرون (١٩٨٠)، ساكين و آخرون (١٩٨٦)، لوسكي (١٩٩٠)، سميرة السعد (١٩٩٢)، عثمان فراج (١٩٩٤)، ماسدوجل و آخرون (١٩٩٥) :-

١. الإنشغال باللعب بالأصابع أو أحد أعضاء الجسم أو لوى خصلات الشعر.
٢. حركات لا إرادية باليد لإثارة الذات منها رفرفة اليدين أو لف اليدين بإنظام بالقرب من العينين، الطرق بإحدى اليدين على رسغ اليد الأخرى.
٣. السير على أطراف الأصابع أو المشي بطريقة ما كان يسير إلى الأمام خطوتين و إلى الخلف خطوتين، أرجحه الأرجل أثناء المشي، الضرب بالقدمين على الأرض، الدوران حول نفسه باستمرار دون إحساس بالدوخة أو الدوار.
٤. إدارة الرأس إلى الأمام وإلى الخلف أو هز الجسم للأمام و الخلف. (سميرة السعد، ١٩٩٢؛ عثمان فراج ، ١٩٩٤)
٥. المداومة على قرص أو عض يديه أو حك وخبط رأسه في الحائط أو أي شيء صلب.

٦. الجلوس فوق المنضدة والنظر إلى الأرض لفترات طويلة من الوقت.
٧. التمسك بلعبة وحيدة من لعبه و هي غالبا ذات الإيقاع الرتيب أو التي تصدر حركة أو صوت. (Webster, et als, 1980; Sahakian, et als, 1986)
٨. إظهار تعبيرات وحركات غريبة في الوجه كالغمز بالعين أو الإبتسامة العريضة أو التكشيرة.
٩. إصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر.
١٠. النظر لفترات طويلة في اتجاه معين نحو مصدر ضوء أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بندول ساعة الحائط أو ساعة تدق.
١١. تكرار كلمة أو عبارة ما دون توقف لمدة طويلة مثل الباقي، أه، عين، الله.
١٢. تدوير الأشياء على الأرض أو رصها في صفوف مستقيمة تعوق حركة الآخرين (Losche, 1990; Medougle, et als, 1995, Sharyn Neuwirth, et als) (1999,7 .

٥-(السلوكيات القسرية - الطقوسية Compulsive ritualistic):

تشير دراسات يونج ودوجالس Young, Douglasd ، ماسدوجل وآخرون ، Mcdougle, et als أن الطفل الذاتوي يصر على تنفيذ الروتين اليومي الذي اعتاد عليه بطريقة قسرية دون أي تغيير- وإذا حدث تغيير في البيئة المحيطة به حتى لو كان طفيفاً يدخل في ثورة عارمة من الغضب والصراخ وإيذاء النفس والآخرين.

ومن أمثلة الأفعال القسرية الطقوسية التي يمارسها الأطفال الذاتويين ما يلي:-

١. الإصرار على جلوس الأفراد في أماكن معينة عند تناول الطعام، و رفض تغيير هذه الأماكن مهما كان السبب.
٢. الإصرار على أن يسلك طرقات معينة عند الخروج لشراء شيئاً ما ورفض تغييرها.

٣. غلق الأبواب والنوافذ بإحداث أصوات معينة ومزعجة والإصرار على إعادة غلقها إذا اختلف الصوت في إحدى المرات
٤. الإصرار على ارتداء نفس الزي أو نفس اللون في كل مرة يخرج فيها.
٥. الإصرار على تناول أطعمة بعينها ورفض تغييرها بأطعمة غير معروفة لديه.
٦. الإصرار على عدم تغيير مكان أي قطعة أثاث في المنزل إلى مكان آخر فإذا نقل كرسي أو فائزة من مكانها إلى مكان آخر، يدخل في ثورة غضب لا تنتهي إلا بعودة كل شيء مكانه.
٧. الإصرار على إتباع أسلوب ما في مقابلة أو تحية الآخرين لا يغيره مهما كان السبب.
٨. الإصرار على ممارسة طقوس معينة تعود عليها قبل أن ينام مثل (عدم دخول السرير قبل ان يسمع دقة الساعة أو المنبه ، غلق باب الحجرة للعب ببعض الأشياء على السرير، الإمساك بلعبة معينة في يده و هو نائم، ضرورة النوم على رجل الأب أو الأم مع الهزهزة ، شرب كوب عصير أو كوب لبن قبل النوم).
٩. التعلق إلى حد الهوس بأشياء معينة مثل التعلق بكوب أو فنجان يشرب فيه دائماً، قطعة أثاث، شريط نيجاتيف، زجاجة شامبو فارغة، أنبوبة معجون فارغة وأي أشياء من هذا القبيل فإذا فقدها أو أخذت منه يصبح تعيساً وحزيناً (Young, Douglas, 1980; Mcdougale, et als, 1936-B, 772) .

(٦) - العدوان - إيذاء الذات Agression – Self Destructive :

تشير دراسات وبستر وآخرون أن أكثر من (٦٥)٪ من الأطفال الذاتويين يظهرون سلوكاً تدميراً وعدوانياً تجاه الذات والآخرين، فيعضون أو يضربون أنفسهم، و في بعض الحالات يكون هذا السلوك تدميراً حاداً كأن يطرق الطفل رأسه بقوة لدرجة تسيل الدماء من جبهته و رأسه، ولا تجدي محاولات العقاب من الوالدين تجاه هذا السلوك. (Webster, et als, 1980, 227)

وبالرغم من أن الطفل الذاتوي قد يمضي ساعات طويلة مستغرقاً في أداء حركات نمطية أو منطويةً على نفسه لا يكاد يشعر بما يجري حوله، فإنه أحياناً ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقاء الأسرة أو المتخصصين العاملين على رعايته وتأهيله أو نحو ذلك، و يصف «عثمان فراج» هذا السلوك العدواني بالبدائية كالعض والخدش والخريشة (عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، ٦:٥).

يمكن استخلاص أهم السلوكيات العدوانية التي يمارسها الطفل الذاتوي من خلال دراسات وبستر وآخرون، داين، عثمان فراج على النحو التالي: -

١ . يعض نفسه حتى يدمى أو يطرق رأسه في الحائط أو بعض الأثاث بما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام.

٢ . يكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه.

٣ . يتلف بعض الأشياء بسكبها على الأرض مثل (الطعام - السكر - الملح - اللبن - الماء) أو بتمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس ، بإلقاء بعض الأدوات من النوافذ، تكسير لعبه أو أثاث المنزل (Webster, et als, 1980, 227).

٤ . يسبب إزعاج مستمر للمحيطين به بكثرة صراخه و عمل ضجة مستمرة، وعدم النوم ليلاً لفترات طويلة.

٥ . يقفز من فوق الأسطح المرتفعة مما يؤدي إلى إصابته بالكدمات.

٦ . يجرح أصابعه نتيجة لتعامله مع المواد الصلبة و الحادة، كما أنه ينخر باستمرار في هذه الجروح مما يسبب تقرحها و صعوبة التئامها. (Dianne, 1992)

٧ . يقترب و يمسك بالمصادر الكهربائية ذات التردد العالي.

٨ . يجلس فوق الأسطح الساخنة جداً أو الباردة جداً (عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، ٦:٥)

(٧) - السلبية - عدم الطاعة Negative- non compliance:

يشير «عثمان فراج» بأن الطفل التوحدي (الذاتوي) يتسم بالسلبية وعدم الطاعة، فلا يستجيب إلى رجاء أو أمر أو تكليف، كما يرفض الإجابة على أي سؤال حتى إذا

كانت حصيلته اللغوية تسمح له بالإجابة، يضاف إلى ذلك أنه لا يتجاوب مع أحاسيس و مشاعر الآخرين وغالباً لا تصدر منه أصوات تعبيراً عن الإستجابة لأمر ما إلا بشكل محدود في مداه و تكراره، و يتفق الكثيرون على فشل محاولات تعليم الطفل التوحيدي الإيجابية و الطاعة إذا كانت إعاقته شديدة و يصاحبها تخلف عقلي (عثمان فراج، ١٩٩٥، ٣: ٤).

ويرى «ني و ميلفيل Ney, Mulvihill» أن الطفل التوحيدي يتجاهل الأصوات و مخاطبة الآخرين (فيبيدي عدم الإهتمام بهم و كأن الأمر لا يمثل أهمية بالنسبة له، فلا تعدو مجرد كونها أصواتاً كأصوات السيارات على الطريق أو رزاز المطر على النوافذ (Ney, Mulvihill,1985, 241) .

وقد اعتبر كل من «ويكس» و آخرون Weaks, et als (١٩٨٨)، «هوبسون» Hobson (1986) أن النقص في الشعور العاطفي تجاه الآخرين من جوانب السلبية لدى التوحيدي ويظهر ذلك القصور في التعبير عن العمليات العاطفية أو الإنفعالية هو بصفة عامة يعاني التوحيدي من اضطرابات انفعالية ، و لكن تقارير هذه الدراسات بأن العجز في الشعور العاطفي الذي يمكن أن يكون السبب في حدوث الإصابة بالأوتيزم بل يمكن أن يكون انعكاساً للأداء الوظيفي للعمر العقلي اللفظي (Ozonoff, et als, 1991, 1082).

و من أهم عناصر سلبية الطفل التوحيدي ما يلي:-

- ١ . يلعب بين الأطفال و ليس معهم.
- ٢ . يقاوم تعلم أي مهارة جديدة.
- ٣ . يبدو أنه يفهم إشارات الآخرين و كلامهم و لكنه لا يرغب في الاستجابة
- ٤ . يرفض الدخول في أي علاقة مع الأم أو بديلتها (Ney , Mulvihill,1985,242).

(٨)- التفكير الذاتي أو الإجترارين Autistic thinking :

يتسم تفكير الأطفال التوحيدين بالذاتية أو اجتراربه أو الإنكباب على الذات، و كلها مترادفات لطبيعة تفكير التوحيدي.

فيرى «عبد المنعم الحفني» أنه تفكير يتسم بالاشتغال بالذات ، حيث تسيطر رغبات الفرد وحاجاته على نشاطه العقلي ، بينما تسيطر طبيعة الأشياء و الأحداث في التفكير المنطقي (عبد المنعم الحفني، ١٩٧٨ ، ٨١).

ويصفه «جابر عبد الحميد وعلاء كفاي» بأنه « تفكير اجتراري يعبر عن عمليات تفكير نرجسية متمركزة حول الذات كأحلام اليقظة والإستغراق في الخيال على نحو العالقة له بالواقع أو علاقته به ضئيلة ، وقد تكون هذه العمليات محاولة لإشباع الرغبات التي لا يسمح بها الواقع » (جابر عبد الحميد وعلاء كفاي ، ١٩٨٨ ، ٣١٧).

ويتفق «عثمان فراج» مع هذه الآراء ، في وصفه لتفكير الطفل التوحدي بالإجترار المنكب على الذات الذي تحكمه حاجات ورغبات النفس، وتبعده عن الواقعية التي تحكمها الظروف الإجتماعية المحيطة ، فهو يدرك العالم المحيط في حدود الرغبات والحاجات الشخصية (عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، ٧).

بالإضافة إلى ذاتية أو اجتراريه تفكير طفل التوحد فقد أشار «وبستر» وآخرون أن تفكير هؤلاء الأطفال يتسم بالجمود والتصلب بمعنى أنه يتعامل مع البيئة بأساليب جامدة إما أبيض أو أسود فليس لديه حلا وسطاً (Webster,et als , 1980 , Sharyn , 1999 , 3 , Neuwirth , et als , 1999 , 3).

و أهم خصائص تفكير الأفراد التوحديين من خلال دراسات أوجرمان (١٩٧٠) بريزنت (١٩٧٩)، مقالات عثمان فراج (١٩٩٤) على النحو التالي:

- ١ . الإنشغال المفرط بالأفكار والتخيلات دون أي مبالاة أو إحساس بالآخرين.
- ٢ . عدم الإنتباه لما حوله، فيعيش في عالمه الخاص في انغلاق على الذات وعجز عن الإتصال بالآخرين أو إقامة علاقة معهم.
- ٣ . لا يدرك الفرق بين الإتجاهات (شمال-يمين -أعلى-أسفل-تحت-فوق) ، والأحجام (كبير - صغير) (O'gorman, 1970) .
- ٤ . لا يدرك المفاهيم المترتبة على تتابع الليل والنهار كان يطلب الذهاب إلى الحضانة ليلاً.

٥. يخلع ملابسه إذا شعر بحرارة الجو ولو كان في الشارع (Prizant, 1970)
٦. لا يدرك الاختلاف بين الأم أو من يحل محلها.
٧. يتعامل مع أجزاء جسمه كأنها أشياء لدرجة إيقاع الأذى بها (عثمان فراج ، ١٩٩٤، ٧).

(٩)-اختلال التناسق العضوي Physical incorrdination :

يجد الملاحظ للطفل التوحدي أنه يظهر قصورا في أنماط سلوكية يستطيع أدائها الطفل العادي في نفس سنه ومستواه الإقتصادي والاجتماعي، فيرى عثمان فراج أن الطفل الذاتوي في عمر (٥ : ١٠) سنوات قد لا يستطيع أداء أعمال يقوم بها طفل طبيعي عمره الزمني سنتين أو أقل.

فالطفل التوحدي يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه ويحتاج لمن يطعمه أو يساعده في خلع وارتداء ملابسه، كما أنه يعجز عن تجنب الأخطار ويرجع هذا القصور في الأداء الاستقلالي إلى عدم التناسق أو التآزر العضوي (عثمان فراج، ١٩٩٤، ٧).

وقد أشارت «مارشيون» أن صفة عدم التآزر العضوي تميز ذوي الضعف العقلي الشديد ومن أهم خصائصها :-

١. يصعد ويتسلق الأماكن المرتفعة بأكبر قدر ممكن من الجهد المبذول.
٢. يغلب على طريقته في الجري والقفز فقدان التآزر والنمطية.
٣. يمشي و يتحرك بطريقة بدائية تعوزها الرشاقة كطفل لم يتجاوز عامه الأول
٤. (Marchionne, 1982, 35).
٥. لا يستطيع التحكم في أطرافه، كما أنه يخطئ في استخدام اليد المناسبة لمصافحة الآخرين.

٦. يواجه صعوبة كبيرة في استخدام أدوات الأكل و الشرب.
٧. يواجه صعوبة كبيرة في ارتداء و خلع ملابسه و حذائه.
٨. يواجه صعوبة كبيرة في التدريب على عملية التبول (Marchionne, 1982, 35).

(١٠)-نوبات الغضب و حدة المزاج Temper tanturms :

يشير «عثمان فراج» أن الطفل التوحدي يمضي ساعات طويلة مستغرقاً في أداء حركاته النمطية أو منطوي على ذاته لا يكاد يشعر بما حوله، وإذا حاول أحد إيقافه عن الإستمرار في هذه الحركات أو إقتحام عزلته لإرغامه على الخروج منها فإنه يثور و يغضب «كالثور الهائج» و يصدر سلوكاً عدوانياً موجه نحو الشخص الذي حاول تغيير وضعه سواء كان أحد أفراد أسرته أو أحد أصدقاء الأسرة أو الإختصاصي القائم بتدريبه، و يستمر هذا السلوك لفترة حتى يتمكن المسئول عن إيقاف هذه الثورة (عثمان فراج، ١٩٩٤، ٧).

وقد يدخل الطفل التوحدي في ثورة غضب دون سبب واضح حتى في لحظات سكونة أو أثناء وجوده بمفرده في إحدى غرف المنزل (Schopler, et als, 1980) .

ويعصف كل من كانر (١٩٧٣)، سكوبلر و آخرون (١٩٨٠) نوبات حدة المزاج لدى الطفل التوحدي بالسّمات التالية:-

١. يستمر في حالة من الهياج الشديد يدمر خلالها أغلب ما حوله من أشياء.
٢. لا تظهر قبل حالة الهياج ما يبررها من أمور (Kanner, 1973).
٣. يبكي ويصرخ دون سبب واضح.
٤. تظهر هذه النوبات غالباً عقب منع الطفل من ممارسة أنماطه السلوكية الشاذة (Schopler, et als, 1980).

(١١)-الخوف من أشياء خاصة :

يشير «سكوبلر» وآخرون (Schopler, et als, 1980) أن الطفل التوحدي يخاف من أشياء غير مؤذية و لا تسبب الخوف للآخرين، فمثال الطائفة أو مرور باص كبير أو نباح كلب أو مشاهدة أي حيوان يتحرك يسبب ذعراً وارتباك لا يمكن تجنب عواقبه إلا بالإبتعاد عن رؤية هذه الأشياء، ومما يزيد صعوبة الموقف إذا كان من المستحيل تجنب هذا الشيء الذي يخاف منه الطفل.

ومما يثير العجب، أن هذا الطفل لا يخاف من الأشياء التي توجب الخوف وتحتاج الحذر كأن يسقط من الأماكن المرتفعة، يلمس الأجسام الساخنة جداً أو الباردة جداً، يقترب من مصدر الكهرباء، يمشي في طريق السيارات دون المبالاة بأي خطر... وكل هذه النماذج تدل على أنه لا يدرك النتائج المحتملة لهذه السلوكيات (ناديه أديب، ١٩٩٣، ١٤).

(١٢)-النشاط المتصل Excessive activity :

أشارت دراسات «كامبل» وآخرون أن كثير اص من الأطفال التوحدي يظهرون نشاطاً حركياً زائداً (Hyperactivity) يمكن ملاحظته في السلوكيات التالية:-

- ١ . يدير التلفزيون والراديو و المسجل وأعباه في وقت واحد .
- ٢ . ينزل إلى الشارع لإرجاع ما سبق و اشتراه منذ قليل .
- ٣ . يفتح الصنبور لينساب الماء في كل المصادر المائية معا (Campbell, et als, 1991, 333) .
- ٤ . لا يستجيب لمحاولات منعه أو إيقافه عن هذه السلوكيات .
- ٥ . دائم الجري والقفز في المكان والتطيط على قطع الأثاث بالمنزل .
- ٦ . إذا تم إيقاف نشاطه الزائد بالقوة فيتحول إلى حالة من العزلة التامة أو النوم لفترات قليلة جداً يعود بعدها لممارسة نشاطه الزائد دون توقف . (Campbell, et als, 1991, 333:334)

والبعض الآخر من الأطفال التوحديين يميل إلى الكسل و الخمول الزائد لدرجة أنه لا يمارس أي سلوك سوى الشرود و الإستغراق في عالم الخيالات (عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، ٥).

(١٣)-قدرات خاصة Special abilities:

بالرغم من جوانب القصور المتعددة التي يظهرها الأطفال التوحديين ، إلا أن هؤلاء الأطفال لديهم بعض المهارات و القدرات الخاصة التي تدهش من حولهم. وتذكر سميرة السعد أنها رأت طفل توحدي عمره (١٢) سنة ياباني الجنسية يستطيع عزف أي مقطوعة موسيقية حتى و لو كانت عالمية في ثواني بدون نوتة موسيقية بعد سماعها لمرة واحدة، ويستغرق في العزف كأني محترف آخر وطفل آخر ماهر في المسائل الحسابية المعقدة فيستطيع التعرف على حاصل ضرب أو قسمة بدون استعمال آلة حاسبة مما يذهل من حوله، و في نفس الوقت لا يستطيع كتابة اسمه (سميرة السعد، ١٩٩٣ ، ٣٩).

ويتصف الأطفال التوحديين بمجموعة من السمات الفرعية التي تعبر جميعها عن الإصابة بالعجز الإجتماعي وتناولتها دراسات عديدة: (Joan, R, 1980; Losche, G, 1990, Prior, et, als, 1990; Ozonoff, et als, 1991, Klin, et als, 1992; Sodian, Frith, 1992; Mcdougale, et als, 1995)

ويمكن عرضها على النحو التالي:-

- ١ . قصور أو عجز في تحقيق تفاعل إجتماعي أو إتصال إجتماعي متبادل.
- ٢ . رفض التلامس الجسدي وعدم الرغبة في الإتصال العاطفي البدني.
- ٣ . قصور في فهم العالقات الإجتماعية و إلتزاماتها.
- ٤ . عدم التأثر بوجود الآخرين أو الإقتراب منهم (Joan R , 1980 ; Losche G. , 1990) .

٥. عدم الرغبة في تكوين صداقات أو علاقات مع الآخرين بما فيهم أسرهم.
٦. قصور في التواصل البصري، فيتجنب النظر في وجه شخص آخر.
٧. عدم الإستجابة لإنفعالات الآخرين أو مبادلتهم نفس المشاعر (Prior, et, als, 1991; Ozonoff, et als, 1990).
٨. لا يرد الإبتسامه للآخرين، وإذا ابتسم تكون الإبتسامه للأشياء دون الأشخاص.
٩. يفضل العزلة عن الوجود مع الآخرين ولا يطلب من أحد الإهتمام به.
١٠. يفضل اللعب بمفرده عن اللعب مع الآخرين، وغالباً ألعابه غير هادفة (Klin, et als, 1992,861; Dianne, 1992, 8:9).

▪ أضافت نصر(٢٠٠٢) سمات لدي طفل التوحد كما يلي:-

١. يكون الفهم عنده ضعيفاً أو منعدماً مع إبداء اهتمام قليل في التواصل بالآخرين.
٢. لديه محاولات بسيطة لتوجيه بعض الرسائل بإستخدام العين أو الإيماءات أو عن طريق الإشارات لتلبية حاجاته الخاصة.
٣. يستخدم طرق أو أساليب اللغة الوسييلية (كإستخدام اليد) وليس التعبيرية.
٤. نسبة كبيرة من هم لا يستطيع إستخدام اللغة المنطوقة.
٥. يفشل في إستخدام الإشارات وحركات الرأس، وتعبيرات الوجه (سهى نصر، ٢٠٠٢، ٧٥).

ثانياً : الإخصائص الإجتماعية:-

ويتسم طفل التوحد ضعف في العلاقات الإجتماعية مع أمه وأبيه وأهله والغرباء بمعنى أن الطفل لا يسلم على أحد لا يفرح عندما يرى أمه أو أبوه لا ينظر إلى الشخص الذي يكلمه ولا يستمتع بوجود الآخرين و لا يشاركونهم، ولا يحب أن يشاركوه ألعابه ويحب أن يلعب لوحده ولا يحب أن يختلط بالأطفال الآخرين.

كما لا يستطيع أن يعرف مشاعر الآخرين أو يتعامل معها بصورة صحيحة (مثل أن يرى أمه تبكي أو حزينة فهو لا يتفاعل مع الموقف بصورة طبيعية مثل بقية الأطفال) ويقضي وقتاً أقل مع الآخرين، ويبدى إهتماماً أقل بتكوين صداقات مع الآخرين، وتكون إستجابته أقل للإشارات الإجتماعية مثل الإبتسامة أو النظر للعيون ويعتبر العجز والضعف في السلوك الإجتماعي والفهم الإجتماعي من أهم خصائص الاطفال ذوي اضطراب التوحد ويظهر هذا العنف في مرحلة ما قبل المدرسة حيث يفشل الطفل في تكوين العلاقات الإجتماعية (السيد سليمان، محمد عبد الله، ٢٠٠٣، ٣٠).

(١)-العزلة الإجتماعية والقصور في مهارات التفاعل الإجتماعي:

من أهم الخصائص المميزة للأشخاص المصابين بإضطراب التوحد هو أنهم لا يطورون أنواع العلاقات الإجتماعية، فيتصرف أطفال التوحد بالعزلة، وفقدان القدرة على الإستجابة للآخرين، حيث يبدو أن أطفال التوحد يعيشون مع أنفسهم دون أن يعيروا أي انتباه لوجود الآخرين أو عدم وجودهم، فهم يعانون من العجز في الإنتباه ونقص التفاعلات الإجتماعية. ويتميز الأطفال ذوي الأوتيزم بضعف التفاعل الإجتماعي والتواصل مع الآخرين (American Psychiatric Association,2000).

كما يعاني أطفال التوحد من عجز واضح في فهم وإستخدام المهارات الإجتماعية على نحو فعال مع الآخرين، فهم يعانون من سوء فهم الإشارات الإجتماعية والإيماءات (Church&Amunullah,.2000,12).

كما أنهم يتصرفون وكأنه ليس هناك من حولهم فلا يرد على من يناديه ولا يسمع لك وأنت تحدثه (سميرة السعد، ١٩٩٢، ٣٦).

وأيضاً يتميز أطفال التوحد بعدم القدرة على إقامة علاقات إنفعالية دافئة مع الآخرين فهم لا يستجيبون إلى سلوك آبائهم العاطفي مثل الإبتسامات، وبدلاً من ذلك فهم لا يفضلون أن يحتضنوا أو أن يقبلوا، ولا يوجد فرق في سلوكياتهم تجاه الأفراد والأشياء، ويمتازون بغياب التواصل البصري (ابراهيم الزريقات، ٢٠٠٤، ٣٩).

ويصعب عليهم الإدماج في اللعب الجماعي أو الإشتراك في الأنشطة الاجتماعية مع نظيره من نفس العمر أو الجنس، والفشل في فهم أو الإستجابة للآخرين بطريقة ملائمة لمشاعرهم وأحاسيسهم، وصعوبة في معالجة المعلومات فيما يتعلق بالوجوه والتعبيرات الإنفعالية التي تصدر من الآخرين حولهم والتي لها تعبير عاطفي وإجتماعي، حيث لا يستطيع أن يدرك الإبتسابة أو إشارة الجسد أو اللمس، وهذا يدل على عدم ظهور علامات الإستقرار الإنفعالي (Osterling, et al, 2002, 239:241).

(٢)-العجز الإجتماعي Social Defect :

حاول «كلين» وآخرون Klin, et als التعرف على أسباب الإصابة بالعجز الإجتماعي في التوحد ، فظهرت فروض متعددة لتفسيره، فقد اعتبره «كانر» (١٩٤٣) ناتج من اضطراب في التواصل الفعال، بينما روتر (Rutter, 1971) اعتبره من الإصابة بالعجز اللغوي أما أورينيتس (Orinits, 1989) فقد أشار بأنه يرجع إلى شذوذ في الإدراك الحسي والبعض أشار إلى العوامل العضوية كعوامل مسببة للإصابة، فتحدث بريور (Prior, 1979) عن الخلل الوظيفي في النصف الأيسر أو الأيمن من المخ، ونتيجة لتعدد الآراء المفسرة للإصابة بالعجز الإجتماعي في حالات التوحد، فما زال السبب الرئيسي في تفسيره غير محدد (Klin, et als, 1992, 863)

(٣)-إعاقة في التفاعل الاجتماعي Impairment of Social Interaction :

من أهم الأمور المميزة للأطفال والأشخاص المصابين بالتوحد هو أنهم لا يستطيعون تطوير العلاقات الاجتماعية التي تتناسب وأعمارهم. ويرى جيلسون (Gillson, 2000) أن الخاصية الأساسية للتوحد تتمثل في إختلال الأداء الوظيفي في السلوك الإجتماعي، وكذلك يوصف الأطفال التوحديون بأن لديهم إعاقة في تطوير واستخدام السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري والمتعارف عليه، والذي يسهل الحياة اليومية للأفراد التوحديين .

كما أن الأطفال التوحديين يفضلون البقاء لوحدهم ولا يرغبون في الإحتضان أو الضم ويظهرون ألامبالاة للوالدين وكذلك يميز الطفل التوحدي بعدم فهم مشاعر الآخرين . مثلاً لا يستطيع الطفل ان يتفاعل مع أمه عندما يراها تبكي أو حزينة مثل الأطفال

العاديين، ويعود عدم التفاعل العاطفي لعدم قدرتهم على تبادل المشاعر أو العجز في فهم الطبيعة التبادلية في عملية التفاعل الاجتماعي (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١).

أما لعب الطفل التوحدي فهو أيضاً يعاني من مشاكل في اللعب التخيلي، ولا تمتاز لعبهم بالابتكار أو التجديد، مثال: يلعب الطفل التوحدي بمجموعة سيارات من خلال صفها بخط مستقيم (وفاء الشامي، ٢٠٠٤).

وتعتبر عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي من أهم الخصائص السلوكية كمؤشر على الإصابة بالتوحد، وتلك الخصائص يمكن ملاحظتها في جميع المراحل العمرية وعادة الطفل التوحدي لا يرفعون أيديهم لوالديهم من أجل حملهم كما يفعل أقرانهم، ويظهرون غير مباليين وبدون عاطفة .. وقليلاً ما يظهرون أي تعبيرات على الوجه، ونتيجة لذلك يعتقد الوالدان بأن طفلهم أصم، ومن أبرز مشاكل التفاعل الاجتماعي عدم استطاعتهم إقامة علاقات اجتماعية والمحافظة عليها، حيث يلاحظ أنه ينسحب من الكثير من أشكال التفاعل والتواصل الاجتماعي، مما يؤدي إلى صعوبة في تكوين وإقامة علاقات اجتماعية كما أن الطفل التوحدي لا يتضايق من بقاءه لوحده (محمد الفوزان، ٢٠٠٠).

٤- ضعف في القدرة على إقامة علاقات اجتماعية:

حيث يتميز الأطفال ذوي الأوتيزم بعد القدرة على المشاركة في العلاقات الاجتماعية واضطرابات في القدرة على عمل علاقات صداقة تقليدية، حيث أن ذوي الأوتيزم غالباً لا تكون لديهم المهارات الضرورية لبدء علاقات صداقة اجتماعية ولو وجدت تلك العلاقات فغالباً ما تكون صامتة أو تؤدي إلى الإرتباك أيضاً فإن ذوي الأوتيزم ينقصهم التعاطف مع وجهات النظر وأحاسيس الآخرين.

وهم غالباً لا ينشغلون في التفاعلات والأعمال التعاونية أو المتبادلة مع الآخرين والفرد ذوي الأوتيزم غالباً لا يبادر بإجراء حوار وعندما يفعل الشخص ذلك فإن المحادثة تكون محورية ذاتية بعيدة عن إهتمام مستوى المستمع وربما يهرب الفرد ذو الأوتيزم في منتصف المحادثة بينما يكون الفرد الآخر في حالة استمرارية للحوار والحديث.

كما أن الأطفال ذوي الأوتيزم لديهم قصور في التفاعل الإجتماعي المتبادل ويتبدى ذلك في عدم القدرة على تكوين صداقات أو علاقات مع الآخرين بمن فيهم الوالدان، والإنسحاب من التفاعلات والمواقف الإجتماعية، ونقص على الإستجابة لأنفعالات ومشاعر وأحاسيس الآخرين، وضعف مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، وضعف المهارات الإجتماعية المعرفية (هشام الخولي، ٢٠٠٤، ١٠).

▪ السمات السلبية الدالة على التوافق الأسري غير السوي لهذا الطفل ما يلي:

١. ضعف قدرة الطفل على التواصل مع الآخرين مباشرة معهم.
٢. تكرار العبارات أو الجمل أو بعض الكلمات التي يسمعاها داخل الأسرة بصفة مستمرة.
٣. تنتابه نوبات غضب وعدوان غير مبررة ضد الآخرين.
٤. يوصف بالبلادة الإنفعالية والعزلة الوجدانية عن أفراد أسرته الأم ، الأب، الأخوة (محمود محمد، ٢٠٠٤).

ولأن الطفل كائن إجتماعي ينمو في إطار اجتماعي منذ اللحظة الأولى لميلاده وتعتبر الأم أهم عامل في عملية التنشئة الاجتماعية (حامد زهران ، ١٩٩٠).

ويقصد بالنمو الإجتماعي هو إكتساب الطفل السلوك الذي يساعده على التفاعل والتكيف مع أعضاء جماعته داخل الأسرة وخارجها (هشام مخيمر، ٢٠٠٠).

ويتأثر نجاح الطفل في التكيف مع العلاقات الاجتماعية الخارجية بنوع الخبرات الاجتماعية التي يتلقاها داخل المنزل، فالأطفال الذين يتم تنشئتهم اجتماعياً داخل المنزل يحققون تكيفاً اجتماعياً خارجياً (بندر الزهراني ، ٢٠٠٦).

▪ مظاهر العجز الاجتماعي عند وينج Wing :-

١. العجز في إقامة علاقات إجتماعية.
٢. العجز في إقامة إتصالات مع الغير.
٣. العجز في تبني مفهومات وتصور إجتماعي (عمر فواز، 2003 ،).

وإختلف العلماء في تفسير العجز الإجتماعي فأرجع البعض السبب في العجز الإجتماعي إلى العجز اللغوي والقصور في الإدراك، وأرجع البعض السبب إلى الخلل الوظيفي في النصف الأيسر من المخ (عبير بدوي، ٢٠٠٦، ٤٥).

ويشير الباحثون إلى أنه ليس كل ذوي اضطراب التوحد إنعزالين بل منهم من يقترب من الأشخاص المألفين لديه، كما أن منهم من قد يحب الألعاب التي تتطلب إتصالاً بدنياً بل إن بعضهم قد يجلس في حجر الشخص المألوف له ويستمتع بمعاينته وإحتضانه أما الأطفال الأقل قدرة قد يعانون قلقاً حاداً إذا غاب عن حياتهم الشخص القائم على الإعتناء بهم (عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠١ ، ١١٦).

ويتفق كل من سميث Smith (٢٠٠١)، وويس Weiss (٢٠٠٧: ٢٣)، وجولدشتين وثمان Goldstien&Theiman (٢٠٠٠)، وبيليني وآخرين Bellini (٢٠٠٧) في أن احد العوائق التي تحول دون تعلم هؤلاء الأطفال هذه المهارات هو ما يوجد لديهم من عجز نمائي يعوق تعلمهم هذه المهارات، حيث ينقصهم الإهتمام الإجتماعي، ويفشلون في فهم الإشارات الإجتماعية، بالإضافة إلى أنهم عادة ما يظهرون مبادأة إجتماعية محدودة، وإستجابية إجتماعية قليلة كما يتضح القصور في المهارات الإجتماعية لديهم في الأفعال الكلامية المقيدة ونقص إدراك وجود الآخرين، وصعوبة التعليق، والعجز في المبادآت اللفظية وغير اللفظية للتحية والتوديع، وصعوبة الإرتباط بالآخرين والإنشغال بهم وصعوبة طرح الأسئلة والإستماع والإستجابة للآخرين، وصعوبة التفاعل في المواقف الإجتماعية البسيطة.

ثالثاً : الخصائص الفسيولوجية:

تعد مرحلة الطفولة المبكرة من المراحل المهمة في حياة الإنسان والتي يبدأها بالإعتماد الكامل على الغير، ثم يرتقي في النمو والإستقلال والإعتماد على الذات، وفي هذه المرحلة يقل اعتماد الطفل على الكبار ويزداد إعتماده على نفسه وذاته والتفاعل مع البيئة الخارجية والمحيطه به (مارية الزهراني، ٢٠٠٦).

وعادة ما يتضاعف وزن الرضيع الطبيعي خلال السنة الأولى من عمره ثلاث مرات ويزداد طوله بمعدل (٥٠)٪، كما يحدث تغير كبير في نسبة أجزاء الجسم وعند بلوغه سن السنتين تنمو وتتطور المهارات العضلية المرتبطة بالمخ فنلاحظ أنه يستطيع استخدام أصابع يديه في تناول الطعام ويميل إلى استخدام أدوات الأكل كالمعلقة وغيرها، ويزداد نمو العظام وتصبح أكبر حجماً وأكثر صلابة كما يولد الطفل برأس كبير جدا يمثل حوالي (٢٥)٪ من حجم الجسم كله ثم ينمو ببطء شديد مقارنةً بالأعضاء الباقية ولا يتميز نمو الجهاز العصبي بسرعة كبيرة ويتركز النمو في زيادة عدد وحجم الخلايا العصبية، وتزداد سيطرة الطفل على أجهزة جسمه وتنمو قدرتها على القيام بوظائفها كما تستمر عملية التسنين خلال مرحلة الطفولة ما بين (السنة إلى السنتين) وذلك لدى الأطفال الطبيعيين (خالد المدني، ٢٠٠٥؛ محمود عقل، ١٩٩٨).

رابع : خصائص الإضطرابات الإنفعالية:

تعتبر الإنفعالات أحد الأسس التي تعمل على بناء الشخصية السوية، فالإنفعالات جزءاً هاماً من حياة كل إنسان فهي تتدخل في شئون حياتنا اليومية وما يصاحبها من حالات الفرح والسرور والغضب والكراهة والخوف والدهشة، وجميع هذه الإنفعالات تجعل من حياتنا اليومية متنوعة وممتعة وبدونها تصير حياتنا قاحلة جافة (عماد الزغول وعلى الهنداوي، ٢٠١٠، ٤٣٢).

وهناك مجموعة من ردود الفعل الإنفعالية لدى أطفال الأوتيزم، مثل نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية، وقد يشعر بالذعر من الأشياء غير الضارة أو مواقف معينة، فهو ليس لديه قدرة على فهم مشاعر الأشخاص من حوله، فقد يضحك لوقع شخص وقد يتعرض لنوبات من البكاء والصراخ (طارق عامر، ٢٠٠٨، ٣٦).

كما لا يظهر أيه مظاهر انفعالية كالدهشة أو الحزن أو الفرح، ولا يستطيع فهم مشاعر الأشخاص من حول (Widen&James,2007).

وتختلف إنفعالات الأطفال في بعض مظاهرها عن إنفعالات البالغين والراشدين فتتميز بأنها: متحولة المظهر، أي أنها تبدأ بسرعة وتنتهي بنفس السرعة التي بدأت

بها، كما لا يستطيع الطفل أن يميز في ثورته بين الأمور التافهة والأمور المهمة، فهو بيكي في حدة حينما تمنعه من الخروج وبيكي أيضاً بنفس القوة حينما نشترى له دراجة جديدة (محمود شاكر، ١٩٩٣، ٢٦٥؛ لطفي زكريا الشرييني، ٢٠٠٠، ٢٠٣).

كما يتم تصنيف التوحد حالياً على أنه أحد الإضطرابات النمائية المنشرة (السائدة) (Pervasive Development Disorders (PDD) والتي تتميز جميعها بضعف حاد وعام في نواح متعددة من النمو والتطور أهمها : مهارات التفاعل الإجتماعي المتبادل، مهارات الإتصال، وضعف الأنشطة والإهتمامات مع سلوكيات نمطية كما أن الأوتيزم هو إضطراب إنفعالي في العلاقات الإجتماعية مع الآخرين، ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الإنفعالية، وخاصة في التعبير عنها بالوجه، أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الإجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية (Gross,2008,10:11).

هذا وقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجود إرتباط كبير بين الأوتيزم وظهور عجز كبير في تجهيز العواطف، وعدم فهم التعبيرات الإنفعالية الإنفعالية لدى الأطفال الأوتيزم، وأشارت دراسة (Philip et al,2010) إلى وجود عجز لدى أطفال الأوتيزم في التعبير عن المشاعر والأحاديث وصعوبة التعامل مع المفاهيم المعنوية، وال فشل في فهم مشاعر الآخرين وأحاسيسهم، وكذلك أشار (Tell,2009) إلى فشل أطفال الأوتيزم من المشاركة مع أقرانهم، بطريقة طبيعية وتبادلهم المشاعر والخبرات، وصعوبة في فهم العلاقات الإجتماعية وتنظيمها على نحو ملائم.

كما أشارت دراسة (Tardif et al ,2007) إلى افتقار أطفال الأوتيزم إلى بعض السلوكيات الإجتماعية الملائمة كالإبتسامة، أو التعبير بالعين أو بالوجه. وأيضاً يوصف أطفال الأوتيزم من عدم ظهور علامات الإستقرار الإنفعالي وعدم القدرة على التعبير عن المشاعر والإنفعالات والرغبات، فلديهم نقص في معالجة المعلومات فيما يتعلق بالتعبيرات العاطفية والتعرف على تعبيرات الوجه (Osterling et al.,2002).

وأطفال التوحد يواجهون صعوبة في فهم التلميحات التي تصدر من الآخرين حولهم، والتي لها تعبير عاطفي وإجتماعي، فهو لا يدرك الإبتسامة أو إشارة الجسد أو اللمس (طارق عامر، ٢٠٠٨، ٣٦). كما أن ضعف التعبير العاطفي لدى أطفال الأوتيزم، يؤثر بشكل كبير على النواحي النفسية والجسدية، وعلى التفاعلات الإجتماعية (Pennebaker,1995).

ومن الخصائص التي تلاحظ علي أطفال الأوتيزم هو عدم استجابتهم لمحاولة الحب والعناق أو إظهار مشاعر العطف، ويذهب الوالدان إلى أن طفليهما لا يعرف أحد ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين فضلاً عن القصور والإخفاق في تطوير علاقات إنفعالية وعاطفية مع الآخرين (كفاي في عبد الحميد، ١٩٩٥، ٣٣; عبد الرحمن سليمان ٢٠٠٢، ٣٥).

كما يعاني أطفال الأوتيزم من ظهور بعض المشكلات السلوكية الغير مرغوبة والتي يمكن أن تسبب مشكلات كبيرة في التفاعلات الإجتماعية مثل، إيذاء الذات، ونوبات الغضب، ولاضحك الغير معروف السبب، والسلوك التخريبي، ومقاومة التغيير، والسلوك النمطي (Douglas,2009,2).

ورفض الوقوف، وإصدار الأصوات العالية، ووضع اليدين والأشياء الشاذة في الفم، وتكرار غير مناسب لكلمة ما ، والنقر باليد، والصراخ (Graetz et al,2003,97). كما إشارة (Sansosti,et al,2004) إلى أن أطفال الأوتيزم يعانون من العجز في مهارات الإتصال وصعوبة المشاركة الإجتماعية ونقص التفاعلات الإجتماعية، وظهور السلوكيات غير التوافقية، هذا وقد أشارت العديد من الدراسات مثل دراسة (Ozdemir,2008) عن وجود سلوكيات تخريبية لدى أطفال الأوتيزم، كما أشارت دراسة كلا من (Baile-ry,2009, Dorothy et al, 2006, Sansosti & Powell, 2008, Keywoth, 2004, Wrig ht,2007,Kokina&Lee,2010) إلى وجود إرتباط كبير بين الأوتيزم وظهور العجز في التواصل البصري، وصعوبة الإنخراط في النشاطات والألعاب، وعدم إدراك المخاطر، والسلوك التدميري، وإيذاء الذات، والإحساس الغير طبيعي بالألم، ونوبات الضحك والغضب الغير معروفة السبب للآخرين.

ويعاني أطفال الأوتيزم من ظهور بعض الإضطرابات الإنفعالية الحادة والتي يمكن أن تظهر في شكل الإفتقار إلى التعاطف وعدم المعاملة بالمثل، وضعف المشاعر والعوامل ونقص التعبيرات الإنفعالية، وضعف التواصل وإساءة تفسير الإشارات الإجتماعية ونقص الأحاديث المتبادلة (Douglas,2009,2; Autism Society of America,2008) .

▪ خصائص إنفعالية أخرى:-

(أ)-**الإنفعالات:** هي مشاعر شخصية تجعلنا نشعر بطريقة معينة مثل الفرح، البهجة، الغضب، الخوف. (حسن أبو رياس، ٢٠٠٦، ٢٤)

(ب)-**العواطف:** هي حالة من الإنفعالات تتضمن أفكاراً وتغيرات فسيولوجية وتعبير خارجي وسلوك (حسن أبو رياس، ٢٠٠٦، ٢٣٣).

فالفرق بين الإنفعال والعاطفة أن الإنفعال هو مجرد إستجابة نفسية معينة لموقف خاص في حين أن العاطفة مجموعة من الإنفعالات تتصف بالثبات النسبي إلى الحب أو الكراهية أو الحزن أو الفرح أو الإحترام أو الإزدراء (عبد الحميد الهاشمي، ١٩٩٥، ٢٢٥).

ويتميز ذوو اضطراب التوحد بعاطفة مؤثرة بريئة غير معقدة فهم مسالمون بطبعهم لا يتآمرون ولا يتمردون (Tantam & prestwood). (<http://www.gulfkids>) .
أما انفعالهم فقد وصف العلماء التوحد على أنه إضطراب إنفعالي فلذوي إضطراب التوحد عجز إنفعالي يجعلهم غير قادرين على إدراك إنفعالات الآخرين، لكن لديهم مشاعر وهم متفاوتون في التعبير عن مشاعرهم، وعلى الرغم من إضطراب النمو الإنفعالي لديهم إلا أن ذوي إضطراب التوحد الأكثر قدرة يمكنهم فهم قواعد الحياة العاطفية وقد يستطيعون تحديد تعبيرات الوجه المرتبطة بالدهشة والمفاجأة (ريتا جودرن ، ستيوارت بيول، ٢٠٠٧، ٤٨٩)

خامساً: الخصائص العقلية:

(أ)- **معالجة المعلومات:** تمر معالجة المعلومات عند الأشخاص العادين بثلاث مستويات رئيسية وهي:

١. تسجيل الحواس للتجربة الحسية على شكل صورة في الدماغ: وبالنسبة لذوي اضطراب التوحد فهم لا يظهرون أي صعوبات في هذا المستوى من المعالجة الحسية.

٢. تفسير المعلومات الحسية في الدماغ: يعاني كثير من ذوي اضطراب التوحد صعوبات في هذا المستوى من معالجة المعلومات ففي بعض الأحيان يفسر الدماغ الرسالة الحسية باعتبارها قوية جداً بينما يفسرها في أحيان أخرى باعتبارها أضعف بكثير وبذلك يكون لديهم تفسير مضخم لمثيرات معينة وتفسير ضعيف لمثيرات أخرى وكلما زادت درجة التأخر الذهني زادت الصعوبات في تفسير المعلومات الحسية.

٣. تحليل ودمج المعلومات لصنع معنى متكامل: جميع ذوي اضطراب التوحد يعاني من صعوبات في هذا المستوى، فدو اضطراب التوحد أحادي المعالجة ولا يستطيعون معالجة المعلومات القادمة من أكثر من حاسة واحدة ودمجها وتحليل معناها الكامل حتى وإن كانت آتية من حاسة واحدة (وفاء الشامي، ٢٠٠٤، ٣١٧).

(ب) - الإدراك والفهم: لا يستطيع ذوي اضطراب التوحد فهم ما يرونه وما يسمعونه والإتجاه الحديث لطبيعة ضعف الإدراك في حالات التوحد يشير إلى أنهم يظهرون ضعفاً شديداً في عملية الترابط المنطقي كالقدرة على إتمام المعلومات التي تؤدي إلى معنى مفهوم عن البيئة ، كما أن قدرتهم على إدراك الأشياء المادية أفضل من قدرتهم على إدراك تعابير وملامح وجوه الآخرين (نيرمين قطب، ٢٠٠٧، ٤٥)

(ت) - الإنتباه: الإنتباه هو القدرة على النظر أو الإصغاء لفترة زمنية إلى الأشخاص والأشياء والأحداث ويغلب على الأطفال ذوي اضطراب التوحد إنتقائية الإنتباه فيما يتعلق بأحداث البيئة التي يعيشون فيها (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١، ١١٥).

(ث) - التذكر: أحد المتناقضات التي تميز ذوي اضطراب التوحد هي الذاكرة الجيدة التي تتسم بالنقص أو العجز في القدرة على إستدعاء الأحداث الشخصية (ريتا جودرن ، ستيوارت بيول ، ٢٠٠٧، ٨).

ويلاحظ أن الذاكرة بعيدة المدى لذوي اضطراب التوحد جيدة لكن الذاكرة قريبة المدى ضعيفة، فهم يستطيعون تذكر الأشياء التي حدثت في الماضي ولكنهم قد لا يستطيعون تذكر الأشياء التي حدثت لهم قبل قليل (نيرمين قطب، ٢٠٠٧، ٤٦).

كما يستطيعون إسترجاع الأحداث الموجودة في الذاكرة في تسلسل كامل ولكنهم غير قادرين على البحث عن أحداث معينة في الذاكرة، كما أنهم يستطيعون تذكر الحقائق المرتبطة بالسيرة الذاتية والأمور التي لا تتضمن العنصر الشخصي كما أنهم يتذكرون المعارف العامة والإجرائية المرتبطة بمهارات عمل شيء معين ولكنهم لا يستطيعون أن يتذكروا أنفسهم أثناء ممارسة أحداث معينة (جوردن وبيول، ٢٠٠٧، ١٤١).

ج)- التخيل والترميز: لا يصل ذوي اضطراب التوحد إلى مستوى الرمزية ولا يعرفون عنصر الخيال وإذا حدث هذا في بعض الحالات ووصل الشخص إلى مرحلة الرمزية أو استخدام الخيال فإنها تكون بعد صعوبات كبيرة، ويؤيد ذلك عجزهم عن اللعب الرمزي والتقليد إضافة إلى القصور الواضح في تخمين وجهات نظر الآخرين (نيرمين قطب، ٢٠٠٥، ٤٦).

ح)- التفكير: يعاني ذوو اضطراب التوحد من اضطرابات واضحة في التفكير وتشتت واضح في الخصائص المعرفية، وطبيعة أنماط التفكير لديهم تتسم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة سواء كان حلها يتطلب قدرة لفظية أو بصرية (نايف الزارع، ٢٠٠٥، ٢٤).

ويتميز تفكيرهم بالآتي:

- ١- يفكرون بالصور وليس بالكلمات.
- ٢- تعرض الأفكار في مخيلتهم على شكل فيديو، لذا فهم يحتاجون إلى وقت لإستعادة الأفكار.
- ٣- لديهم صعوبة في معالجة سلسلة طويلة من المعلومات الشفهية.
- ٤- لديهم صعوبة في الإحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهما أثناء محاول معالجة أخرى.

٥- لديهم صعوبة في تعميم الأشياء التي يتعلمونها.

٦- يتميزون باستخدام قناة واحدة فقط من قنوات الإحساس في الوقت الواحد.

٧- عدم إدراكهم لبعض الأحاسيس.

(محمد كامل، ٢٠٠٣، ١٠٦؛ أسامة البطاينة، ٢٠٠٧، ٥٨٠؛ سوسن مجيد، ٢٠٠٧، ٨٦؛ قحطان الظاهر، ٢٠٠٩، ٥٣).

خ- الذكاء والقدرات الخاصة لذوي اضطراب التوحد؛

تعريف الذكاء: عرف الذكاء بأنه قدرة فطرية عامة أو عامل عام يؤثر في جميع أنواع النشاط العقلي مهما اختلف موضوع هذا النشاط وشكله. كما عرف بأنه قدرة الفرد على العمل الهادف والتفكير المنطقي والتعامل مع البيئة بفاعلية (صلاح السامراي، ٢٠٠٢، ٢٢٣).

وتوفر نتائج الأطفال ذوي اضطراب التوحد في مقاييس الذكاء مؤشرات معقولة يمكن الاعتماد عليها في التنبؤ بمستقبل الطفل التعليمي (سايمون كوهين، باتريك بولتون، ٢٠٠٠، ١١٠).

وإذا أردنا تمثيل ذكاء التوحيديين بالنسب نجد أن؛

١. ٣٠٪ حاصل ذكاء هم (٧٠) وما فوق.
٢. ٣٠٪ يتراوح ذكاؤهم ما بين (٥٠:٧٠) تخلف عقلي بسيط.
٣. ٤٠٪ حاصل ذكاءهم تحت (٥٠) (تخلف عقلي شديد). (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، ٢٠٠٧، ٤٠٩).

ويتمتع العديد من ذوي اضطراب التوحد بمهارات خاصة مثل المهارات الموسيقية، والرياضية، وقد يظهرون قدرات ميكانيكية عالية، وقد يكون لديهم قدرات رسم غير عادية، كما يمكن أن يكون لديهم مهارات عالية في الحفظ والحساب، ويمكن أن يكون لديهم قدرة على تجميع أجزاء الألغاز المصورة حتي وإن كانت درجة صعوبتها تفوق عمرهم الزمني (سايمون كوهين وباتريك بولتون، ٢٠٠٠، ١٢٠؛ إيمان عمارة، ٢٠٠٥، ٣٥).

وتظهر هذه القدرات لدى ما يقارب (١٠)٪ من ذوي اضطراب التوحد بينما تظهر لدى الناس العاديين بنسبة (١)٪ فقط وهكذا فإن فرصة ظهور هذه القدرات تصل نسبتها إلى (١٠) أضعاف فرصة ظهورها في الأسوياء أو ممن لديهم تأخر عقلي من دون توحد (وفاء الشامي، ٢٠٠٤، ٣٥٨).

د-تأخر النمو العقلي وانخفاض القدرة على التعلم: على الرغم أنه توجد نسبة كبيرة من ذوي الأوتيزم لديهم بعض الدرجات من التأخر في النمو العقلي، وسواء كان التأخر العقلي موجوداً أم غير موجود، فإن التفكير لدى ذوي الأوتيزم يمكن وصفه بإعتباره عدم القدرة على التعلم، وذوي الأوتيزم لا يتعلمون بنفس المعدل، أو بإستعمال نفس الطرق والوسائل لدى العاديين.

ذ- القدرات والمهارات الخاصة: ليست كل خصائص ذوي الأوتيزم بها عيوب خاصة بالفرد، فبعض ذوي الأوتيزم لديهم مهارات محددة ومذهلة، على سبيل المثال: البعض منهم لديه بعض المهارات الفائقة في مجالات الرياضات، المحاسبات المتمثلة في التقويم، الآلي، الأرصاد الجوية، علوم البحار الجغرافية، والموسيقى، ويلاحظ أن هذه المجالات لا تحتاج إلى قدر كبير من القدرات الإجتماعية كشرط أساس لممارستها.

كما أن هذه القدرات غالباً ما تكون متزامنة مع كثير من العيوب الشديدة المرتبطة بمجموعة الأعراض المتزامنة لدى ذوي الأوتيزم والمميزة لهم (Kan-Spitzer, R., 1987), (ner, L., 1943).

ر-الإضطرابات في الإنتباه: يشير سبتزر (Spitzer, R., 1987) إلى الإنتباه على أنه تركيز القدرات العقلية على الأشياء وشدة الملاحظة والإستماع كما يشير إلى أن الإنتباه عبارة عن نشاط في الأداء المعرفي وهو السعة في التركيز على المثيرات الخارجية والداخلية وهذا يؤدي إلى استغلال تفكيرنا ومعلوماتنا، وكذلك يشير دليل التشخيص الإكلينيكي (DSMIII) إلى أن الأطفال ذوي الأوتيزم تظهر عليهم علامات الإضطرابات في الإنتباه، ولديهم معدل عال من الإندفاعية حيث يجد الطفل صعوبة في التركيز في الأعمال التي تعطي له، وغالباً ما يلاحظ على أطفال تلك الفئة أنهم لا ينصتون ولا يسمعون ما قيل لهم، كما تزداد أخطاؤهم في الإختبارات التي يتم تطبيقها عليهم (American Psychiatric Association, 1986).

ويرى برور وسانسون (Prior & Sanson, 1986) أن هؤلاء الأطفال يكون لديهم مشكلات في القدرة على إستمرار الإنتباه والإحتفاظ به، وأيضاً تركيز الإنتباه لمدة طويلة، كما يعانون من التشتت والإندفاعية وعدم القدرة على التنظيم، ويحتاجون إلى سيطرة إشراف خارجي، وكما قدم (Marshal, 1989) في دراسته عدة خصائص يصف بها ذوي الأوتيزم بأن لديهم اضطرابات في الإنتباه يظهر في صورة: الضعف في التركيز، قصر مدى الإنتباه، عدم القدرة على الإنتباه لمدة طويلة، فرط في النشاط، الإندفاعية، ضعف في التناسق، والتوتر الحركي، الإستغراق في أحلام اليقظة، السلبية. ويهتم الطفل التوحدي بأشياء محددة تؤدي إلى إيجاد صعوبة في عملية التعلم والتفاعل الاجتماعي، فمثلاً قد يهتم الطفل في لعبة ما ويحملها معه أينما ذهب، أو يهتم الطفل بعد جميع أعمدة الإنارة الموجودة بالشارع أو الإهتمام بمواضيع معينة مثل المشاهير حيث يقوم بجمع كل التفاصيل المتعلقة بحياتهم وتحركاتهم (Hallahan & Kauffman, 2003).

وذكر «كوجل» وآخرون أن أهم الأعراض التي يتم على أساسها تشخيص حالات الأوتيزم هي:

١. قصور إجتماعي يتمثل في الإنسحاب الإجتماعي والانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين.
٢. قصور لغوي يتمثل في وجود اضطرابات في القدرات المعرفية والإدراكية ضعف وتشتت الإنتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية.
٣. عدم القدرة على التحكم في الحركات الدقيقة.
٤. النشاط الحركي المفرط (Koegel, et als , 1982).

ما «سبيتزر» Spitzer فذكر أن أعراض الأوتيزم تنحصر في العناصر الثلاثة الرئيسية التالية:

١. اضطراب كفي في التفاعل الإجتماعي.

٢. اضطراب في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.

٣. الإنغلاق على النفس وعدم الإهتمام بالأحداث والمنبهات الخارجية.

(Spitzer,1987)

وحدد «فتحي عبد الرحيم» أعراض الأوتيزم فيما يلي:-

١. الانفصال الشديد عن الواقع.
٢. القصور في تطوير علاقات إنفعالية وإجتماعية مع الآخرين.
٣. التردد الآلي للكلمات والمقاطع.
٤. معارضة التغيير في الحياة الروتينية.
٥. تكرار الأفعال والأقوال بطريقة نمطية (فتحي عبد الرحيم، ١٩٩٠، ١٧٠).

ويرى «دينيس» وآخرون (Dennis,et al,1999) أن الأطفال التوحديين يتسمون بدرجة من الوعي الإجتماعي أكثر إنخفاض من أقرانهم ذوى الإضطرابات النمائية الأخرى وفى مقدمتهم المعاقين عقلياً وحتى الذين يعانون من اضطرابات في الفص الجبهي من المخ وهو الأمر الذى يجعلهم أقل قدرة على مسايرة الآخرين، ومن ثم يكونوا أكثر انسحاباً من المواقف الإجتماعية المختلفة.

ويتفق عبد الرحمن سليمان(٢٠٠٠) مع ليو كانر Kanner, Leo إلى أن أهم ما

يتميز الأطفال التوحديين التالي:-

١. السلوك الإنسحابي يعد من حيث لاحظ تقديمه لهذا الإضطراب والنظر إليه كإضطراب مستقل وذلك منذ ما يربو على نصف قرن مضى.
٢. أنهم يتسمون بالإستغراق المستمر في الإنغلاق الكامل على الذات.
٣. التفكير المتميز بالإجتراح الذى تحكمه الحاجات الذاتية والذى يبعدهم عن الواقع، وعن كل ما حولهم ومن حولهم من مظاهر وأحداث وأفراد.

٤ . دائمي الإنطواء والعزلة ولا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في محيطهم النفسي مما يصبح من غير الممكن معه تكوين أي علاقة مع غيرهم من الأطفال مما يترتب عليه فقدان التفاعل الإجتماعي.

وهناك أعراض بسيطة وهناك أعراض شديدة، وهناك تفاوت في الشدة والتأثير ونادراً ما يجد توفر كل أعراض التوحد في طفل واحد، وكذلك تشابه أعراض الطفل (س) مع أعراض الطفل (ص). ومن الممكن أن تلخص أعراض التوحد على شكل نقاط مهمة ودقيقة وهي كما يلي:-

- ١ . يميل الى العزلة والوحدة ويرفض التعامل مع الآخرين .
- ٢ . اللعب بمفرده ولا يهتم بالأطفال من عمره .
- ٣ . اللعب لديه عبارة عن متكرر ونمطي ورتيب ويقاوم ويثور بشدة عند محاولة تغيير اللعب .
- ٤ . يتجاهل من يحيطون به حتى يتصوروا بأنه أصم (لا يسمع).
- ٥ . يستعمل كلمات غير مفهومة أو صمت تام .
- ٦ . تأخر الحواس (الشم،اللمس،التذوق) .
- ٧ . لا يستعمل النظر بالعين لما حوله ولا يدقق في نظر الأشياء والجدران واللوحات
- ٨ . التناقض في الخوف (أشياء تستحق الخوف لا يخاف منها وأشياء لا تستحق الخوف يخاف منها خوف شديداً).
- ٩ . الصراخ والبكاء المستمر وبدون سبب .
- ١٠ . الضحك والإبتسامة وبدون سبب .
- ١١ . لا يستجيب لإسمه عند مناداته .
- ١٢ . كثيراً ما يتجول في المنزل بدون هدف او طالباً لحاجة .
- ١٣ . البعض يميل إلى ترديد ما يسمع (بصورة بيغائية (Rebecca, et al,2007).

وخلافاً للمتعارف عليه بين الأوساط حول التوحد قد نلاحظ بان البعض منهم أطفالاً أم كباراً لهم القدرة على الإتصال البصري ولديهم بعض التفاعل الإجتماعي البسيط كالإبتسامة أو الضحك ولكن بدرجات متفاوتة أن مستقبل المتوحد يعتمد على شدة الإصابة وتأثيرها عليه، فأحياناً تلاحظ البعض يعيش بشكل مستقل ومعتمد على نفسه في الحياة اليومية ولديه عمل يكسب منه وهذا من خلال درجة الإصابة والتدريب والتأهيل في المراكز المتخصصة، أما البعض الآخر فيبقى إعتماذي على أسرته وحبس الدار.

وقد يعاني المصابون بالتوحد من إعاقة أو إضطرابات أخرى تؤثر في عمل الدماغ مثل: (Fragile X) الهشة أو الصرع أو التخلف العقلي أو الإضطرابات الجينية مثل (متلازمة وتظهر الفحوص أن ما يقارب ثلثي من يتم تشخيصهم بالتوحد يدخلون ضمن 30%) من عرض التوحديين قد يتطور لديهم نمط مجال التخلف العقلي وأن ما يقارب من 25% منهم يصابون بالصرع في إحدى مراحل حياتهم (Brown et al,2003).

كما تتنوع الأعراض الدالة على إضطراب الأوتيزم ومع ذلك يمكن إكتشاف هذه الأعراض فيما بين الشهر (30 و 36) (الثلاثين والسادس والثلاثين) من عمر الأطفال ويمكن أن يقوم بتشخيص الأوتيزم أطباء الأطفال، الإختصاصي النفسي أو متخصص مهني في مجال الأوتيزم، والسؤال الهام في هذا الصدد كيف يمكن إكتشاف الطفل التوحدي؟ أو ما العلامات/الأعراض التي تتبدى على الطفل؟ وهي كما يلي:-

١. ضحك أو فقهة غير مناسبة.
٢. عدم الخوف من الخطر.
٣. عدم حساسية للألم.
٤. مقاومة (رفض) إحتضان أو تدليل الآخرين له.
٥. لعب تكراري روتيني غير عادي؛ مهارات بدنية أو لفظية غير عادية.
٦. تجنب التواصل البصري.

٧. تفضيل الوحدة والإنفراد بالذات.
٨. صعوبة في التعبير عن الاحتياجات ؛ وربما استخدام الإيماءات (الإشارة).
٩. تعلق (مرضِي) غير مناسب بالأشياء.
١٠. إستجابة غير مناسبة للأصوات، وربما عدم إستجابة على الإطلاق.
١١. تدور الأشياء؛ أو الدوران السريع حول الذات.
١٢. صعوبة في التفاعل مع الآخرين.
١٣. رفض التغيير والإصرار على الروتين.
١٤. ترديد الكلام أو الأصوات (المصاداه) (David, et al,2005) .

١- بناء على ما تقدم يوجد ثلاث مجالات متميزة تتوزع عليها الأعراض السلوكية للطفل التوحدي؛

١. صعوبات في التفاعل الإجتماعي.
٢. مشكلات في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
٣. سلوكيات تكرارية محدودة جداً، واهتمامات قهرية أي أفعال قهرية.
٤. قد يكون نشطاً أكثر من المعتاد، أو تكون حركته أقل من المعتاد، مع وجود نوبات من السلوك غير السوي (كأن يضرب رأسه بالحائط ، أو يعض) دون سبب واضح.
٥. قد يصر على الإحتفاظ بشيء ما، أو التفكير في فكرة بعينها، أو الإرتباط بشخص واحد بعينه.
٦. لا يحب التغيير في ملابسه أو أنواع أكله أو طريقة تنظيم غرفته، مع التعلق بالأشياء مثل مخدة معينة أو بطانية ويحملها معه دوماً.

٧. قد يكون عنده أيضا حركات متكررة لليد والأصابع.
٨. هناك نقص واضح في تقدير الأمور المعتادة.
٩. قد يظهر سلوكاً عنيفاً أو عدوانياً، أو مؤذياً للذات.
١٠. ويحب أن يكون دائماً مع نفسه وتخيلاته.
١١. إضطراب في الأكل والشرب والنوم مثل قصر الطعام على أنواع قليلة أو شرب السوائل بكثرة.
١٢. الإستيقاظ ليلاً المصاحب بهز الرأس وأرجحتها أو خبط الرأس.

كما الخاصية الأبرز في إضطراب الأوتيزم هي إعاقة التفاعل الإجتماعي والآباء هم أول من يلاحظون أعراض الأوتيزم على أطفالهم (Strong,1996; Mesibov,1991;Pow- (ers,1989; Oregon Department of Education, 1980

▪ حددت «نيرمين قطب» أبرز سلوكيات ذوي اضطراب التوحد فيما يلي:-

أولاً: الخصائص السلوكية والحركية:

- ١- إشارة الذات: يظهر بحركات لا إرادية يقوم بها الطفل كرفرفة اليدين وهز الجسم ذهابا وإيابا.
- ٢- قلة الدافعية: تظهر في عدم المبالاة للمثيرات.
- ٣- الإنتقاء الزائد للمثيرات: قد يميل اضطراب التوحد إلى مثير معين بصورة مفرطة.
- ٤- مقاومة التغير: يفضل ذوو اضطراب التوحد العيش على نمط معين وينزعجون بشدة عند إحداث أي تغير لهذا الروتين.
- ٥- السلوك التخريبي: المتمثل في العنف وذلك بتحطيم الأشياء والعدوان على النفس والآخرين (نيرمين قطب، ٢٠٠٧، ٣٨).

ويرتبط عدد من المشاكل في بعض الأحيان بالتفكير لدى ذوي الأوتيزم وهذه المشاكل تتضمن الغضب الشديد يظهر في صورة: (القذف-الضرب-العنف)، حيث أن العيوب والإضطرابات في التواصل بالنسبة للمهارات الإجتماعية المتداخلة (المتفاعلة) تؤدي إلى بعض من هذه المشاكل السلوكية الشديدة المرتبطة بالتفكير لدى ذوي الأوتيزم، فعلى سبيل المثال: الشخص الذي ليست لديه لغة للتخاطب قد يلجأ إلى ضرب الرأس كطريقة للسؤال عن المساعدة ، وأن يستخدم الغضب الشديد كطريقة للتعبير عن الإتصال غير المريح (Kanner L,1943) (Spitzer,R.1987) .

ويشير كل من (Spitzer,R.1987) ، (Kanner L,1943) ، إلى أن الأوتيزم يتحدد ببعض الأعراض الخاصة به، والتي تميز سلوك ذوي الأوتيزم وهذه الأعراض والخصائص السلوكية تظهر على النحو التالي:

أ- ضيق في الإهتمامات والأهداف: يكون لدى ذوي الأوتيزم معدل أو مقياس ضيق وغير عادي لبعض الإهتمامات فربما يهتمون وينشغلون بالتكرار والحركات الجسمانية الإعتيادية مثل رعشة الأيدي أو التصلب أو التجمد وكذلك الإهتزاز، والطفل ذو الأوتيزم قد يمضي الساعات مشغولاً بمثل هذه السلوكيات وينشغل أيضاً بالإهتمام بموضوعات معينة أو أجزاء من موضوعات أو تكون لديه اتصالات قوية لموضوعات معينة ومحددة كجزء من موضوعات، أخرى. مثلاً قد يهتم الطفل ذو الأوتيزم بالمداومة على نوع طعام واحد وتفضيله على أنواع أخرى من الطعام.

ب-الإعتماد على الأنماط الروتينية (مقاومة التغيير): ذوي الأوتيزم غالباً ما يعتمدون على النمط التقليدي الروتيني، ربما يصرون على النوم في أوقات محددة، كذلك بالنسبة للأكل والحضور والتحية التقليدية، حتى التغييرات الصغيرة المعتادة أو الموجودة في أشكال البيئة تؤدي إلى ردود فعل عاطفيه قوية. علي سبيل المثال: يؤدي تغيير مكان بعض الأثاث المنزلي إلى ردود أفعال تعبر عن الحزن أو القلق الشديد من ذوي الأوتيزم.

ج-التصرفات أو الإستجابات الشاذة (غير الطبيعية) للتأثيرات والتنبيهات الحسية؛

يرتبط التفكير لدى الطفل الأوتيزم بردود الأفعال غير التقليدية بالنسبة للتنبيهات الحسية، ثم زيادة الإفراط في الحساسية للصوت، وقد يكون لدى الطفل الأوتيزم إهتمام بأنماط معينة من التأثير تتضمن الروائح، الأحداث الرئيسية والإنجذاب لمثل هذه المؤثرات. ومن جانب آخر فإن كثيراً من السلوكيات المرتبطة بالتفكير لدى ذوي الأوتيزم مثل حالة الإهتزاز ورعشة الاصابع وكذلك الدوران تعبر عن بعض الإستجابات الشاذة والرغبة في الإستمرار في الإثارة الحسية.

ثانياً: الخصائص النفسية؛

يولد الطفل وهو مزود بالدوافع الفطرية التي تكون في معظمها مرتبطة بإشباع حاجاته الفسيولوجية، وتتطور الإنفعالات العاطفية خلال مراحل الطفولة المختلفة وتتمثل تلك الإنفعالات في الحب و يبدو واضحاً في تعلق الطفل بأمه والخوف من الأصوات العالية.

ويضيف حامد زهران (١٩٩٠) أن السلوك النفسي لغة متعلمة للتأثير في الآخرين ويتعلم الأطفال بالتدريج عن طريق التقليد والمواقف الخاصة والخبرات المختلفة وتؤثر الصحة العامة للجسم في السلوك النفسي حيث يؤكد بعض الباحثين أن التعب والمرض وسوء التغذية من أهم العوامل التي تؤثر في النمو النفسي للطفل وهناك حالات انفعالية شائعة لدى أطفال التوحد كالعذوانية والصراخ، ومما يلفت النظر أن هناك اضطرابات نفسية سببها مشاكل صحية وجسمية بالدرجة الأولى فقد يعاني أطفال التوحد من نقص الإدراك الحسي للألم أو الإسهال أو الإمساك أو مقاومة التعب مما يعكس حالة انفعالية نفسية حادة متمثلة في صراخ متواصل أو عنف (نيرمين قطب، ٢٠٠٧).

ويعاني (٧٠)٪ من مرضى التوحد من سلوك الإضرار بالنفس ويعتبر هذا السلوك أذى مؤكد للجسم لأنه يؤدي إلى إصابات بالغة ، وربما يكون أصل ذلك السلوك وظيفياً أو حيويّاً كما أن هذا السلوك يسود بنسبة عالية في الإناث ، وأن حوالي

٧٥٪ من تلك الإصابات تقع في منطقة الرأس والرقبة وأن العلاج النفسي ينجح في التخفيف من الأضرار الناتجة ، وعموماً فإن معالجة هذا السلوك لا بد أن يكون منضبطاً كما أنه يتطلب التعاون بين المريض والأهل والقائمين على الرعاية الصحية والفريق الطبي (Medina , et al.,2003).

وتظهر علامات التوحد في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل في صورة عجز يعيق تطور المهارات الإجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي ، وهذا نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ ، مسببة مشاكل في عدم قدرة الطفل على خلق علاقات مع الآخرين (ياسر الفهد (ب)، ٢٠٠٠).

وصف التوحد بأنه إعاقة نمائية تظاهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل حيث يؤثر التوحد سلباً على الطفل في مجال الحياة الاجتماعية والتواصل، إذى واجه الأطفال المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وصعوبات في الأنشطة الترفيهية والتخيل . وكذلك يظاهر المصابون بالتوحد سلوكاً متكرراً بصورة غير طبيعية مثل الرفرفة بالأيدى وهز الجسم والإرتباط ببعض الأشياء والتأخر في اكتساب اللغة (مجدي فتحي، ٢٠٠٧).

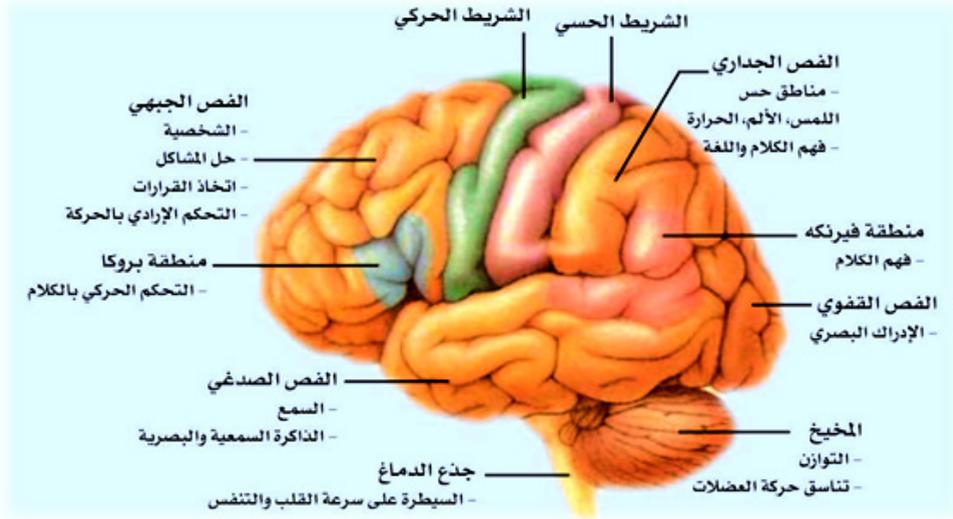
عادة ما تظهر الأعراض المرضية بعد إكمال الطفل السنة الثانية من العمر وبشكل تدريجي ومتسارع، ويقل بدء حدوثه بعد الخامسة من العمر ولكن بعض العائلات لاحظت وجود تغيرات سلوكية لدى أطفالهم في عمر مبكر بعد الولادة (عبد الله الصبي، ٢٠٠٣).

ثالثاً-تفسير الأوتيزم كأضطراب نيورولوجي (عصبي)؛

يري هوبنر (Huebner,1992) أنه يوجد احتمال لوجود سبب نيورولوجي (بنائي أو وظيفي) يؤثر على خلايا المخ التي تتعامل مع اللغة، ومع منطقة المعلومات التي تأتي عبر الحواس والموصلات العصبية، والتي من شأنها أن تظهر أعراض الأوتيزم، كما أشار إلى أنه خلال تطبيق بعض الإختبارات النفسية والعصبية للقدرات الوظيفية، ومن خلال الدراسات التي تقوم على فروض نفسية عصبية، ومن خلال العوامل

الوراثية، والتشريح العصبي وأشعة المخ المقطعية، يمكن تفسير الأوتيزم على أنه اضطراب عصبي نيورولوجي في بناء أو وظائف بعض أجزاء المخ المحددة، والتي تتمثل في ساق المخ، والمخ الأوسط، والفصوص الجبهية للقشرة المخية، وهذا الإضطراب الوظيفي ينعكس في صورة اضطراب في المهارات الإنفعالية الإجتماعية -Social Emo- tional Skills ، وعمليا الإحساس Sensory Processes ، والمهارات الحركية -Mo- tional Skills ، والقدرات المعرفية Cognitive Abilities ، والقدرات اللغوية Linguagr Abilities ، والأبحاث في هذا المجال تفترض أن ذوي الأوتيزم يحتاجون إلى علاج تلك الإضطرابات الوظيفية، وفيما يلي شكل للمخ يوضح هذه الأماكن.

رسم توضيحي رقم (٤) يوضح المناطق النيورولوجية بالقشرة المخية والتي يؤدي الإضطراب البنائي أو الوظيفي فيها إلى ظهور أعراض الأوتيزم.



رابعاً: السلوك النمطي والإهتمامات والنشاطات المقيدة والإنهماك بأشياء ضيقة المدى ومحدودة وفريدة .Restricted Behavior .Interests Activities

(أ)-السلوك النمطي :

من الأشياء الملاحظة والغريبة قيام أطفال التوحد بعمل حركات متكررة وبشكل متواصل بدون غرض او هدف معين، وقد تستمر هذه الحركات طوال فترة اليقظة،

وعادةً ما تختفي مع النوم، مما يؤثر على اكتساب المهارات، كما يقلل من فرص التواصل مع الآخرين ومن أمثلتها : اهتزاز الجسم، ورفرفة اليدين، فرك اليدين، تموج الأصابع، لف الأشياء الدائرية، طقطقة أمام أعينهم وغيرها من السلوكيات النمطية المختلفة، كما أن أغلب الأشخاص المصابين بالتوحد يقومون بشكل متكرر بسلوكيات مقيدة لا ترتبط بهدف واضح (وفاء الشامي، ٢٠٠٤).

(ب) - السلوك الروتيني :

يقوم معظم الأطفال وبشكل طقوسي لساعات عديدة بلعبة محددة، يقاومون التغيير بشكل كبير ويتجسد السلوك الروتيني مثلاً بموعد الطعام والحمام واللباس، وكذلك الروتين في ترتيب الغرفة ويوجد لديهم مقاومة شديدة للتغيير الذي يحدث في البيئة، كما يحافظون بشكل كبير على التماثل (Hallahan & Kauffman, 2003).

(ج) - الإهتمام بأشياء محددة جد :

الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد يتضايقون من تغيير البيئة المحيطة بهم حتى أدنى تغيير، ويرفضون تغيير رتبة اللعب هذا الرفض قد يؤدي الى الثورة والغضب، كما إنهم يرتبون ألعابهم وأدواتهم في وضع معين ويضطربون عند تغييره ويقاومون تعلم أي نشاط أمهارة جديدة ويظهر الطفل إهتماماً بشي معين كلعبة فارغة مثلاً موجودة في مكان معين وبوضوح معين، وقد ينظر إليها أو يلعب بها بطريقة معينة وبشكل متكرر ممل، وعند تغيير وضعها أو اختفائها فإن الطفل الهادئ قد يتحول الى شعلة من الغضب والصراخ، وقد ينتهي الوضع بإعادة اللعبة الى وضعها مرة أخرى . بعض الأهل يلاحظون أن طفلهم التوحدي يتعود على كوب وصحن معين، ويرفض تغييره ، بل أنه ينفعل عند عدم وجوده . هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري، ولا يقلد حركات الآخرين، ولا يحاول أن يبدأ في عمل ألعاب خيالية أو مبتكرة (رابية الحكيم، ٢٠٠٣).

▪ أربع خصائص رئيسية قدمها روتر Rutter (١٩٧٨) عند تعريفه للتوحد وهي:

أ-إعاقة في العلاقات الإجتماعية .

ب-نمو لغوي متأخر أو منحرف .

ج-سلوك طقوسي واستحواذي أو الإصرار على التماثل .

د - بداية الحالة قبل بلوغ ثلاثين شهراً من العمر (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١).

وأيضاً لدى منظمة الصحة العالمية تعريفاً للتوحد ففي عام (١٩٨٢) عرفته بأنه اضطراب نمائي يظهر قبل سن ثلاث سنوات ويبدو على شكل عجز في استخدام اللغة وفي اللعب وفي التفاعل والتواصل الإجتماعي). كما يعتبر تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين National Society ForAutistics Children من أكثر التعريفات قبولاً لدى المهنيين،وينص على أن التوحد عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل الى(٣٠) شهراً، ويتضمن الإضطرابات التالية :-

١ . اضطرابات في سرعة أو تتابع النمو .

٢ . اضطرابات في الإستجابات الحسية للمثيرات .

٣ . اضطرابات في التعلق او الانتماء للناس والأحداث .

٤ . اضطراب في الكلام واللغة والمعرفة (خوله يحيى،٢٠٠٠).

وقد لخص كوهين، دونالان Cohen,Donnellan هذه الخصائص على النحو التالي:

١ . عدم محاولة الطفل تحريك جسمه أو أخذ الوضع المناسب الذي يدل على

رغبته في أن يحمل من الأم أو الشخص الموجود أمامه.

٢ . تصلب الطفل عندما يحمل بين ذراعي الأم ومحاولة الإفلات منها.

٣ . يبدو كأنه أصم، فلا يستجيب لذكر اسمه أو الأصوات المحيطة به.

٤ . يفشل في التقليد كباقي الأطفال في نفس المرحلة العمرية لا يلوح باي باي.

٥. لا يحاول جذب انتباه الأم عن طريق إصدار أصوات أو أي شيء آخر.
٦. ليس لديه فضول في النظر إلى الناس أو الحيوانات.
٧. قد يورجح جسمه أو يخبط رأسه عند تركه بمفرده، وقد يظل يخربش الغطاء أو ينقر عليه لفترة طويلة من الوقت دون أن يصرخ.
٨. استجاباته للمثيرات الحسية تتراوح بين الإسراف في الهدوء إلى الإسراف في الهياج.
٩. لديه شذوذ في النشاط الحركي، فالبعض هادئ لدرجة أنه لا ينتقل من مكانه والبعض لديه نشاط حركي زائد بدرجة شديدة.
١٠. البعض لديه مشاكل في التغذية والنوم، ويعيش على نظام غذائي محدد وكثير الصراخ وقليل النوم.

ويشير كوهين ودونالان بأن هذه السمات يجب ملاحظتها في الفترة من (١٨-٢٤) شهر من العمر (Cohen,Donnellan,1985,502:504).

وقد توصلت «انجيرر» Ungerer من خلال ملاحظتها إلى سمات النمو المبكر للأطفال التوحديين وحددتها بظهور اضطراب أو قصور في (اللعب الرمزي-التواصل اللفظي وغير اللفظي-التقليد) لديهم (Ungerer,1989,85).

ويضيف «داين» موضحاً أن الطفل التوحدي في مرحلة الرضاعة لا يخاف من الغرباء ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم، تبدو عليه الطمأنينة عندما يترك وحده ولا يظهر الإبتسامة الإجتماعية التي تبدأ عادة في سن أربعة شهور، ولا يأتي الحركات الحركات التوقعية Anticipatory Movement التي يأتيها طفل الأربعة شهور العادي مثل التعرف على الأم والإقبال عليها عندما تلتقطه من الفراش والتفاعل معها عندما تناغية وتلاعبه (Dianne,1992,13).

وقد لا يلاحظ الآباء مظاهر الإضطراب لدى الطفل إلا عندما يوجد مع أطفال آخرين مثل التحاقه بدور الحضانة أو دخول الحضانة أو دخول المدرسة فيعتبرون

هذه هي بداية ظهور الأعراض إلا أن التاريخ التطوري للطفل يكشف غالباً عن بداية مبكرة للإضطراب عن هذه الوقت وقد يرجع الوالدان التغيير في سلوك الطفل إلى حدث معين مثل ولادة طفل أصغر أو إصابة الطفل بمرض شديد أو حادث أو صدمة عاطفية أو تغيير السكن، فتتحمل الأسرة أعباء ثقيلة بسبب سلوكيات طفلها الاوتستيتيك وأسوأ مرحلة تمر بها هي الفترة ما بين (٢-٥) سنوات من عمر الطفل لشدة وحدة أعراض الإعاقة لديه، ثم بعد ذلك تهدأ الأعراض ويبدأ سلوك الطفل في التحسن في مرحلة دخول المدرسة (Dianne,1992,14) .

وخاصة إذا تم توفير برنامجاً مدرسياً ملائماً لحالة الطفل، ولأن جوانب النمو الإدراكي والإجتماعي لدى الطفل تبدأ في التطور وتخف حدة المشكلات السلوكية إذا صاحبها التأييد العاطفي من الآباء لأطفالهم أما لم تتوافر هذه الخدمات المبكرة، فإن الأسرة سوف تستمر في حالة انضغاط مستحكمة، ولحسن الحظ ففي العقد الماضي قد تطورت أساليب التشخيص المبكر وترتب عليها التدخل العلاجي المبكر الذي قلل من احتمال تدهور وزيادة حدة المشكلة (Cohen,Donnellan,1985,506:507) .

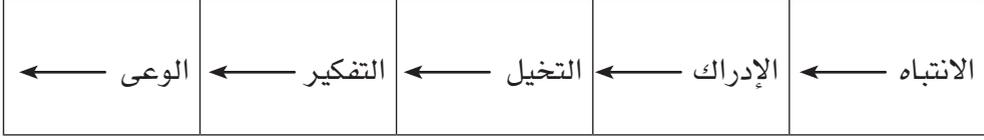
يتضح مما سبق أن اضطراب الطفل التوحدي (الذاتوي) لديه أعراض تتمثل في

التالي:-

- ١ . يسبب القلق في حياة الأسرة.
- ٢ . يعاني منه آلاف الأشخاص في مختلف أرجاء العالم.
- ٣ . يصيب الأولاد بنسبة (٤) مرات أكثر من البنات.
- ٤ . لا يقتصر على جنسية أو طبقة اجتماعية معينة.
- ٥ . يحتاج إلى رعاية ومساندة مدى الحياة.
- ٦ . يبدو الشخص الذي يعاني من إعاقة التوحد ظاهرياً طبيعياً كالأشخاص العاديين تماماً.

٧. نادراً ما يشخص التوحد قبل (٣) سنوات.
٨. يؤثر التوحد بشكل واسع على استقرار حياة الذين يعانون من إعاقة التوحد ومهاراتهم، حيث يحتاج هؤلاء الأشخاص إلى رعاية دائمة من الأشخاص الذين يعيشون معهم.
٩. التوحد هو إعاقة تواصل دائمة مدى الحياة، تعزل صاحبها عن الحياة العامة إذا لم يتم تدريبه في فترة مبكرة.
١٠. نادراً ما يظهر حب الاستطلاع والتخيل لدى الذين يعانون من إعاقة التوحد، بالإضافة لمعاناتهم من صعوبات في التواصل.
١١. غالباً ما يعاني التوحديون من مشاكل في النطق في حين ينعدم لدى البعض منهم.
١٢. العالم في نظر الذين يعانون من إعاقة التوحد محاط بالغموض.
١٣. بداية اكتشاف التوحد صدمة للوالدين و الأشقاء و حياة الأسرة قد تكون عرضة للتحطم مع ضعف العلاقات الإجتماعية والسلوكيات غير المتوقعة.
- يعاني والدي الطفل التوحدي من القلق على مستقبل طفلهم التوحدي.
- كما أن الأوتيزم يعتبر عجز إدراكي مصاحب للأضطراب اللغوي الذي يميز الأطفال ذوي الاوتيزم، كما أن هؤلاء الأطفال يكون أداءهم منخفض على الإختبارات والمقاييس الإدراكية، وقد أكد لوتر (Lotter, 1978) تلك التفسيرات حيث أشار إلى غالبية الأطفال ذوي الأوتيزم يكون معامل الذكاء لديهم في حدود (٥٠) درجة، وأحياناً أقل، وقد أرجع هذا إلى وجود اضطراب في عمليات الإنتباه، الإدراك لدى هؤلاء الأطفال إلى جانب اضطراب اللغة، وقد أكد ذلك، (Marshall, 1989) حيث بين أن الأطفال ذوي الأوتيزم لديهم اضطراب وعجز في تشغيل المعلومات والتي تبدأ بالإنتباه وتنتهي بالوعي حسب الجدول (٢) الآتي:

تشغيل المعلومات من خلال العمليات العقلية



كما بين أن هذه العمليات والتي تحدث بصورة طبيعية وتلقائية لدى الأطفال الأسوياء، يحدث فيها اضطراب لدى الأطفال ذوي الأوتيزم على النحو التالي:-

١. ضعف في تركيز الإنتباه.
٢. قصر في مدى الإنتباه.
٣. فرط في النشاط الحركي.
٤. اندفاعية.
٥. ضعف في التناسق العضلي العصبي.
٦. توتر حركي، وسرعة التعب.
٧. الإستغراق في أحلام اليقظة.
٨. السلبية (John and White,2003).

وهناك أيضاً خصائص أخرى للأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم تتضح فيما يلي:-

تتباين خصائص الأطفال التي يظهرها أطفال الأوتيزم وليس بالضرورة توفر جميع خصائص الأوتيزم في الطفل، وتدرج الأعراض في شدتها من الدرجة الخفيفة إلى الشديدة ونظراً لكثرة هذه الأعراض فقد تم تقسيمها إلى خمس مجموعات أساسية وهي كالتالي:

١- سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب:

لاشيء أصعب في التحمل لدى أبناء ومعلمين أطفال الأوتيزم من سلوك إيذاء الذات، فمظاهر هذا السلوك لا تبعث السرور في ملاحظاتها أو في التفكير فيها أو في مناقشتها ولكنها أمر قائم وموجود ولا بد من التعامل من التعامل معه (سهام الخفش، ٢٠٠٧، ١٠٥).

ومع أن الطفل قد لا يكون منشغلاً بأشياء يمكن أن تؤذيه وذلك عندما تقابله أو مرة إلا أن الأهل غالباً ما يذكرون بأن الطفل يعض نفسه في بعض الأحيان بشدة لدرجة ينزف معها دمه، وأنه قد يضرب وجهه بقبضة يده، أو قد يضرب رأسه بالحائط، أو بقطع أثاث حادة حتى تتورم رأسه ويصبح لونها أسوداً أو أزرقاً، وفي بعض الأحيان يوجه الطفل عدوانه نحو الآخرين في الأسرة أو المدرسة وذلك على شكل عض أو خربشة أو رفس، وقد يقضي بعض هؤلاء الأطفال الليل مستيقظين يصدون أصواتاً وبعضهم يمزق الأوراق ويرمي بها من النافذة، وغالباً ما يكون الأهل عاجزين عن التعامل مع هذه الأنماط السلوكية (جمال القاسم وآخرون، ٢٠٠١، ١٢٩).

وإيذاء الذات يتضمن تشويه الذات ويشمل أشياء مثل بتر الأطراف/ إزالة حدقة العين كما لا يظهر أطفال الأوتيزم الألم أثناء انشغالهم بهذه السلوكيات، وثير سلوك إيذاء الذات هنا الرعب لدى الآخرين ويؤدي إلى صعوبات إجتماعية (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤، ٤٠).

٢- الإضطرابات السلوكية الشاذة:

يتم بعض أطفال الأوتيزم بعدم تقليد الآخرين أو محاكاتهم، وفرض النشاط الحركي، وعم استعمال كلتا اليدين، والإندفاع بقوة ثم الوقوف فجأة ثم تمايل الرأس على جانب واحد وغيرها من حركات الجسم الشاذة، والنمطية الزائدة في تناول الأشياء وبشكل وسواسي قهري من حيث أنه يصر على ذلك ويحزن لتغييرها، وصعوبة القدرة على اللعب التخيلي أو الإيهامي، مقاومة للتغيير بشدة في مواقف معينة وقد يسبب له حدوث التغيير مشاعر الإحباط والحزن الشديد (طارق عامر، ٢٠٠٨، ٣٦: ٣٧).

ومن أنماط السلوك الملفتة للنظر والتي يتصف بها الطفل الإجتراري أو الأوتيزم هو التأخر في نمو السلوك أو قصور السلوك، فبالنسبة لمهارات العناية بالذات علي سبيل المثال، فهو لا يمتلك منها إلا القليل ويحتاج لمن يقوم بإطعامه وإلى من يساعده على ارتداء ملابسه وقد لا يلعب بالألعاب ولكنه يضعها في فمه تماماً مثل الطفل الرضيع كما أنه لا يعبأ بمواطن الخطر(جمال القاسم وآخرون، ٢٠٠١، ١٣٠).

▪ أعراض التوحد عند رمضان القذافي (١٩٩٤):-

١. اضطراب الكلام أو عدم الكلام مطلقاً وفي هذه الحالة يكون الأطفال عديمي الكلام وإذا ما تكلموا فإن كلامهم يبدو غريباً وغير مفهوم أحياناً ولا يعمل الأطفال التوحديون عادة على محاكاة غيرهم أو تقليدهم في الكلام مثلما يفعل نظراًؤهم من الأطفال الأسوياء.
٢. ابتعاد الأطفال عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيرهم وعدم الرغبة في صحبة الآخرين أو تلقي الحب منهم وأهم ما يلاحظ في هذا الصدد هو عدم استجابة الأطفال للإنفعالات الوالدين أو تبادلهم نفس الشعور وعدم الإستجابة لما يصل إليهم من مثيرات عن طريق غيرهم من البشر ويظل الطفل معظم وقته ساكن لا يطلب من أحد الإهتمام وإذا ما تبسم فإنما يكون للأشياء دون الناس كما أنه يرفض الملاطفة والملاعبة ويعمل على تجنبها.
٣. ظهور الطفل بمظهر الحزن دون أن يعي ذلك، وبحيث يبدو كأنه غير قادر على إظهار أي من الإنفعالات الأخرى بشكل مميز تبعاً لما يستدعيه الموقف.
٤. اضطراب النمو العقلي للطفل في بعض المجالات مع ظهور تفوق ملحوظ أحياناً في مجالات أخرى، ويبدو على بعض الأطفال أحياناً مهارات ميكانيكية عالية حيث يتوصلون تلقائياً إلى معرفة طرق الإنارة وتشغيل الأقفال، كما قد يجيدون عمليات حل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة ومهارة فائقتين، وقد يبدي بعض الأطفال تفوقاً ومهارة موسيقية في العزف واستخدام الأدوات الموسيقية.

٥. إظهار الطفل للسلوك النمطي المتصف بالتكرار وبخاصة في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة أو تحريك الجسم بشكل معين وبدون توقف دون شعور بالملل أو الأعياء ونظراً إلى اتجاه الأطفال للعب بالأشياء فقد يستغرقون في تكرار عمل الأشياء نفسها بشكل متكرر ودون ملل.
٦. كثرة الحركة أو ميل الاطفال إلى الجمود وعدم الحركة فقد نجد بعض هؤلاء الاطفال كثيري الحركة ولا يميلون إلى السكون، بينما يبقى بعضهم الآخر في حالة عزلة عن العالم حسيّاً وحركياً.
٧. عدم الإحساس الظاهر بالألم وعدم تقدير هؤلاء الأطفال للمخاطر التي يتعرضون لها والتي يعيدون التعرض لها المرة تلو المرة، على الرغم من الاضرار التي قد تلحقهم أو الإيذاء الذي يصيبهم.
٨. ظهور الأطفال بمظهر الاختلاف عن الآخرين مع سرعة الإنفعال في حالة تدخل أحد في شؤونهم وشدة غضبهم الذي يظهر فجأة، وتبدوا هذه الصورة بوضوح في حالات الاطفال الذين لم يتعدوا خمس سنوات من عمرهم على وجه الخصوص.
٩. الميل إلى الإستجابة بشكل غير طبيعي لبعض المثيرات؛ بحيث يبدوا الطفل وكأنه مصاب بالصمم أحياناً، بينما قد يعمل على الإستجابة لبعض الأصوات بشيء من المغالاة أحياناً أخرى، ويبدوا واضحاً أن هؤلاء الاطفال يكرهون سماع بعض الاصوات في نفس الوقت الذي لا يستجيبون فيه لغيرها من الأصوات.

▪ أعراض التوحد طبقاً لـ رويرز (Roeyers) (١٩٩٥) :-

١. يبدأ قبل ثلاثين شهراً من عمر الطفل.
٢. افتقاد الإستجابة للآخرين.
٣. صعوبات في النمو اللغوي.

٤ . مقاومة التغير .

٥ . الإصرار على الروتين .

٦ . الهلوسة أثناء النمو .

٧ . قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي .

٨ . ضعف في القدرة العقلية .

٩ . صعوبات في فهم الإنفعالات .

١٠ . ترديد الكلمات .

ويذكر لطفي الشربيني(٢٠٠٠) أن أعراض التوحد لا تظهر واضحة في العام الأول، أو الثاني للأطفال الذين يصابون فيما بعد بالتوحدية، فيما عدا بعض علامات العنف والمقاومة والرفض عند قيام الأم برعايته، أو العكس من ذلك الهدوء الزائد وعدم المبالاة أو الإستجابة للمحيطين به وتبدأ الأعراض المرضية في الظهور بعد العام الثاني وأهمها:

١ . يبدو الطفل التوحدي بمظهر جذاب وصحة جيدة ولكن يكون منعزلاً هادئاً ويقوم بنشاط متكرر مهتماص بشيء ما يستخدمه في اللعب مثل حجر صغير أو علبة فارغة، ويثور إذا أخذ منه هذا الشيء ويدخل في نوبة انفعال .

٢ . الإستجابة للمؤثرات والأصوات تكون غير طبيعية، وقد يتجاهل الطفل التوحدي صوت مرتفع بينما يستجيب لصوت آخر ويجد صعوبة في فهم اللغة ، ويبدو كما لو أنه لا يفهم الكلام عموماً ولا يرد على من يناديه بإسمه وبعض هؤلاء الأطفال لا يتكلم نهائياً (حوالي ٥٠٪) بينما يردد البعض الآخر كلمات قليلة في تكرار أجوف كالبيغاء كما أن لديهم بعض العيوب في نطق الكلمات والحروف .

٣ . لا يستطيع الطفل التوحدي فهم الأشياء التي يراها، وهو يركز على جزء من الصورة حين تعرض عليه ولا يمكنه فهم الإشارات أو تقليد حركات الآخرين

المعبرة وتصدر عنه حركات جسدية غير مألوفة مثل الدوران حول نفسه أو القفز أو التصفيق أو السير على أطراف الأصابع.

٤. لدى هؤلاء الاطفال بعض مظاهر العشوائية وعدم التناسق فى أداء الحركات مما يزيد من صعوبة تعليمهم مهارات خاصة بالإضافة إلى أنهم يتصرفون كما لو أنهم وحدهم وليس معهم أحد ولديهم مقاومة للتغير وخوف شديد من الغرباء ولا يستطيعون اللعب مع أقرانهم، أو تعلم السلوك الإجتماعي الملائم .

▪ بعض سمات الأطفال التوحديين كما ذكرها محمد صبري (٢٠٠٤):-

١. الإستجابة الدفاعية الغير عادية للمس Tactile Defensive : عادة ما يكون لدى هؤلاء الأطفال رد فعل غير مناسب فعادة ما تكون الإستجابة لحاسة اللمس استجابة عنيفة، أو قد ينسحب الطفل أو يحاول أن يتجنب لأن يلمسه أحد، فنجد هذا الطفل لا يتحمل اللمس في الأمور العادية مثل غسل الشعر أو تسريحه أو قص الأظافر أو ملامسة بعض الأشياء مثل ملمس بعض أنواع الطعام أو ملمس ملابس معينة وهؤلاء الأطفال يوصفون بأن لديهم حساسية مفرطة للمس وعلى العكس من ذلك فقد نجد أطفال لديهم حساسية ضعيفة لحاسة اللمس فنجد استجابتهم ضعيفة لهذه المثيرات فنجدهم قد لا يشعرون بالألم للمسات القوية أو المؤلمة، أو لا يستجيبون للألم عند تعرضهم للملابس ساخنة.

٢. استجابة دفاعية للمثيرات البصرية Visual Defensive : وهي استجابة غير طبيعية للمثيرات البصرية، فنجد الطفل يستجيب للأضواء المبهرة استجابات غير عادية، ويمكن أن يضع يده على عينيه، وقد يصاحب ذلك نشاط زائد عند التعرض للضوء.

٣. استجابة دفاعية للمثيرات السمعية Auditory Defensive : هي استجابة غير طبيعية للمثيرات السمعية ويمكن أن تحدث بصورة سلبية أو خوف من

الأصوات والضوضاء ، فنجد أن بعض الأطفال يخافون من أصوات معينة مثل صوت السيفون في الحمام أو أصوات مكبرات الصوت العالية والضوضاء، ويستجيبون استجابات غريبة، بأن يقوموا بالتصفيق بأيديهم، أو بأن يضعوا بأيديهم على آذانهم (Holle,B.1990).

▪ حددت «هناك صنادقي» أعراض ومظاهر التوحد فيما يلي:

أولاً: علامات مبكرة لمرض التوحد:

١. لا يتواصل مع أهله بالنظر أو بالإبتسام.
٢. لا ينظر لوجه أمه ويبدو وكأنه يعيش في عالم خاص.
٣. لا يميل للمداعبة أو الملامسة لجسده ويبيدي إنزعاجاً عند اقتراب جسد أمه من جسده .
٤. لا يميل إلى المناغاة والضحك بصوت عالي.
٥. لا يتفاعل مع أفراد أسرته.
٦. لا يظهر ميلاً للمشاركة في اللعب.
٧. يظهر تأخراً في النطق وإتقان مهارة الكلام.
٨. يبدو كأنه لا يسمع.

ثانياً: الأعراض السلوكية لمرض التوحد:

١. اضطراب في التواصل اللغوي: بطيء الكلام أو لا يتكلم مطلقاً أو كلامه غير مفهوم ولا يقلد الآخرين في الكلام كما يفعل الأسوياء ويستخدم الإشارات بدل الكلمات وإنتباهه قصير جداً.
٢. اضطراب في التواصل الإجتماعي: يفضل البقاء منفرد ولا يقيم علاقات إجتماعية مع الآخرين، غير قادر على تلقي العطف والحنان ممن حوله حتى أمه.

٣. اضطراب في النمو العقلي: يتسم الطفل التوحدي بنقص في النمو العقلي في بعض المجالات من ظهور تفوق ملحوظ في مجالات أخرى كمعرفة طرق الإنارة أو كيفية تشغيل الاقفال.
٤. السلوك النمطي التكراري: يتصف الطفل التوحدي بتكرار الأفعال وخاصة أثناء اللعب ببعض الأدوات كتحريك جسم ما بشكل معين بتكرار دائم ودون توقف أو شعور بالملل أو التعب.
٥. الإعاقة الحسية: يتصف طفل التوحد بالإستجابة الزائدة للمس أو ضعف الإستجابة للألم إذا أصابه.
٦. إستجابات غير الطبيعية: أحياناً تظنه مصاب بالهم لعدم استجابة للمثيرات وأحياناً أخرى يستجيب بشكل مبالغ فيه لبعض الأصوات العادية.
٧. مظهر الحزن : يبدو دائماً لكون الأمور لديه لا تعني أي شيء وهو لا يعي سبب حزنه.
٨. مقاوم للتغيير :يرفض بشكل قاطع تغير روتين حياته.
٩. سلوكيات ملفته: يتراوح سلوك الطفل التوحدي بين الإفراط في النشاط أو شدة الخمول.
١٠. اللعب: عدم القدرة على محاكاة أفعال الآخرين وعدم القدرة على المبادرة في اللعب كتقليد أو تمثيل شخصيات أخرى (هنا صندوقلي، ٢٠١٢، ٤٩: ٥٣).

▪ المشكلات النفسية والسلوكية لدى أطفال الأوتيزم:

يلاحظ على الطفل في مرحلة المهد المبكرة عدم تجاوبه مع الآخرين والتركيز على موضوع أو شخص واحد حصرياً لمدة طويلة من الوقت ويتعلق به تعلقاً مرضياً وغالباً ما يكون موضوع التعلق هذا شيئاً مادياً كعلبة معينة. وقد يمر الطفل التوحدي في بداية عمره بمرحلة نمو تبدو عادية إلا أنه سرعان ما تتبدى عليه علامات الإنسحاب مع عالم الخبرة الإجتماعية ويتشربنق على ذاته بدون إظهار أي ميل أو رغبة للتفاعل الإجتماعي مع الآخرين.

وربما يفشل الأطفال الأوتيزم في الإستجابة أو الإلتفات لأسمائهم عندما يُنادي عليهم، وغالباً ما يتجنبون التواصل البصري مع الآخرين (رفض التقاء العيون أثناء التفاعل الإجتماعي مع الآخرين). كما يواجه هؤلاء الأطفال صعوبات جمّة في إدراك ما يفكر فيه الآخرين وما يشعرون به بسبب عدم قدرهم على فهم الهاديات أو القرائن الإجتماعية، مثل نغمة الصوت أو تعبيرات الوجه، إضافة إلى أنهم لا يتطلعون في وجوه الآخرين لرفضهم إقامة تواصل بصري معهم وبالتالي لا يعرفون مشاعرهم مما يدفعهم للإتيان بسلوكيات غير مناسبة ناهيك عن عدم تعاطفهم مع الآخرين. وعادة ما يندمج ويستغرق الأطفال تماماً في حركات تكرارية متواترة بصورة شاذة مثل: ارجحة الجسم للأمام والخلف، الدوران حول الجسم، أو في سلوكيات مسيئة ومؤذية للذات مثل عض الجسم ورطم الرأس.

ويتأخر النمو اللغوي بصورة دالة لدى الأطفال الأوتيزم، وربما يفضلون التحدث باستخدام ضمير المخاطب بدلاً من ضمير المتكلم. ويجهل هؤلاء الأطفال اللعب التفاعلي مع الأطفال الآخرين. ويتكلم بعض الأطفال الأوتيزم بطريقة تشبه الغناء وينحصر كلامهم في موضوعات ضيقة محدودة جداً، بدون اهتمام يذكر برغبات من يتحدثون معهم.

فقد حاول كين (Keen,2003) أن يفسر مشكلة أنماط السلوك التي يظهرها الأطفال التوحيديون، في أن تكون شكلاً من الإحتجاج أو الإخفاق في التعبير عن الإحتياجات والرغبات، حيث يظهر الأطفال التوحيديون سلوك إيذاء الذات أو العدوان لتوصيل رسالة معينة، وقد برهنت هذه الانماط من السلوك فعاليتها في تلبية احتياجاتهم. فالعديد من المشكلات السلوكية التي يعاني منها أطفال التوحد ومن ضمنها التخريب، والإنسحاب الإجتماعي، والنشاط الحركي المفرط، والعدوانية ما هي إلا مشكلات ثانوية في السلوك نتيجة ما يعانيه هؤلاء الأطفال من اضطرابات في التواصل (Charlop&Trasowech,2000).

وبهذا يمكننا القول إن السلوك التواصلي والإجتماعي المنحرف والمترافق مع التوحد، فإنه غالباً ما يكون ناتجاً عن اضطرابات في تطور اللغة لديهم (Wilner,2001).

وتختلف السمات السلوكية للطفل الذاتي ما بين قصور في التواصل بسبب بطء النمو اللغوي وقصور في الإنتباه، وضعف في التفاعلات الإجتماعية بسبب ضعف الإستجابة للمؤثرات الإجتماعية المحيطة به، وعدم القدرة على محاكاة الآخرين وإن ذلك كله له تأثيره الواضح على جوانب السلوك لدى الطفل الذاتي حيث يعاني من فرط النشاط أو شدة الخمول والإنفعال الطارئ دون سبب واضح، ومعاناة شديدة من السلوك العنيف وإيذاء النفس (Kientz,2000,540).

ويلاحظ لدى العديد من الأطفال الذاتويين نقص حاداً في الإحساس بالألم، على الرغم من حساسيتهم الشاذة والمفرطة للأصوات، اللمس، وغير ذلك من المثيرات الحسية. وربما تسهم ردود الأفعال غير العادية هذه في الكثير من الأعراض السلوكية التي تتبدى عليهم مثل رفضهم احتضان الآخرين لهم أو تدليلهم لهم.

وعلى الرغم من أن المصابين باضطراب الفصام (Schizophrenia) ربما يظهرون سلوكاً شبيهاً بسلوكيات ذوي اضطراب الأوتيزم، إلا أن أعراض الفصام عادة ما لا تظهر على المصابين به إلا في مرحلة المراهقة المتأخرة أو مرحلة الرشد، كما تتاب المصابين بالفصام نوبات هلاوس وهذات متكررة وهذا أمر لا يوجد لدى المصابين باضطراب الأوتيزم (Andrews & Donna Gail, 1993).

عموماً تختلف أعراض التوحد من شخص لآخر، وتحدث بدرجات متفاوتة ويمكن إستخلاص أهم أعراض التوحد في النقاط التالية:

- ١ . يتصرف الطفل وكأنه لا يسمع.
- ٢ . لا يهتم بمن حوله.
- ٣ . لا يحب أن يحتضنه أحد.
- ٤ . يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.

٥. لا يخاف من الخطر.
٦. يكرر كلام الآخرين.
٧. إما نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه.
٨. لا يلعب مع الأطفال الآخرين.
٩. ضحك واستثارة في أوقات غير مناسبة.
١٠. بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة.
١١. يقاوم التغيير في الروتين.
١٢. لا ينظر في عين من يكلمه.
١٣. يستمتع بلف الأشياء.
١٤. لا يستطيع التعبير عن الألم.
١٥. تعلق غير طبيعي بالأشياء.
١٦. فقدان الخيال والإبداع في طريقة لعبه.
١٧. وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل (هز الرأس أو الجسم، والرفرفة باليدين).
١٨. قصور أو غياب في القدرة على الإتصال والتواصل (David Lohr, & Peter Tanguay, 2013).

ومن خلال العرض السابق لأعراض التوحد والتي تبدو على طفل التوحد قبل إتمامه الثلاثين شهراً (إثنان ونصف سنة) يمكن أن نتوصل إلى عدد من المؤشرات التي ينفرد بها الأطفال التوحديين وهذه المؤشرات هي:-

١. أن الأطفال التوحديين لا يحبون أن يحتضنهم أحداً.

٢. أنهم في بعض الأحيان يبدون أنهم لا يسمعون.
٣. أن الأطفال التوحديين لا يهتمون غالباً بمن حولهم.
٤. أنهم قد لا يظهرون تألمهم إذا أصيبوا.
٥. أنهم يرتبطون بالأشياء ارتباطاً غير طبيعي.
٦. أن الأطفال التوحديين لا يحبون اللعب بالكرة ؛ في حين يمكن أن نجد لديهم مهارة عالية في ترتيب المكعبات أو غيرها من المهارات.
٧. أن الأطفال التوحديين يقاومون الأساليب التقليدية في التعلم.
٨. أنهم يحبون العزلة عن الغرباء و المعارف.
٩. أنهم قد ينضمون إلى الآخرين تحت الإلحاح فقط.
١٠. أن بعض الأطفال التوحديين قد يملكون قدرات معينة مكن قبيل الرسم والسباحة والعزف على الآلات الموسيقية.
١١. أن بعضهم قد يكتسب بعض الكلمات بيد أنهم سرعان ما ينسوها.
١٢. أنهم لا يحبون التجديد، بل يحبون أن تبقى الأشياء في مكانها.
١٣. أنهم لا ينظرون في عيون الآخرين أثناء التحدث معهم.
١٤. أن الأطفال التوحديين يستخدمون الأشياء دون إدراكهم لوظائفها.
١٥. أنهم يفكرون و يتكلمون باستمرار عن شيء واحد فقط.
١٦. أن الأطفال التوحديين قد يضحكون أو يقهقهون دونما سبب.
١٧. أنهم يظهرون تفاعلاً من جانب واحد.
١٨. أنهم لا يدركون الأخطار بشكل عام.
١٩. أنهم يرددون الكلام دون فهم لمعناه فيما يسمى المصاداه. (Schultz, et al,2000)

الفصل الخامس

التشخيص

- المقدمة:
- الشروط التي يجب أن تتوافر في القائمين على تشخيص طفل التوحد:
- المؤشرات العامة لإضطراب الأوتيزم:
- تشخيص حالات واضطرابات التوحد (الأوتيزم):
- المحكات التشخيصية لإضطراب طفل التوحد (الأوتيزم):
- معايير التشخيص:
- التشخيص الفارق:
- أسباب عدم الإهتمام بفضة الأطفال التوحديين (الذاتويين):
- صعوبات تشخيص اضطراب التوحد (الأوتيزم):



▪ المقدمة:

قال تعالى: بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ [رَبِّ هَبْ لِي حُكْمًا وَأَلْحِقْنِي بِالصَّالِحِينَ (٨٣) وَاجْعَلْ لِي لِسَانَ صِدْقٍ فِي الْآخِرِينَ]. سور الشعراء: الآية (٨٣: ٨٤).

وكما أمرنا عز وجل في كتابه الكريم: بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ [فَإِذَا عَزَمْتَ فَتَوَكَّلْ عَلَى اللّٰهِ إِنَّ اللّٰهَ يُحِبُّ الْمُتَوَكِّلِينَ]. سورة آل عمران: الآية (١٥٩)

يعد تشخيص اضطرابات التوحد (الأوتيزم) وغيرها من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً، ويتطلب أولاً الملاحظة الدقيقة لوالدي الطفل أو القائمين على رعايته، وعلى ما يصدر منه من سلوكيات قد تختلف عن سلوكيات الطفل العادي في نفس المرحلة العمرية، وبالتالي التوجه إلى المختصين والذين لديهم القدرة العلمية والعملية على إكتشاف وتشخيص اضطراب التوحد ومستوياته من بسيط ومتوسط أو حتى حاد، والمختصين هم فريق متعاون من الأطباء، والإختصاصيين النفسيين، والإجتماعيين، وإختصاصيي التخاطب والأوتيزم والتحاليل الطبية ومختصوا أشعة المخ والأعصاب من الأمور المهمة والصعبة في التوحد هي عملية التشخيص بسبب ما يحمله هذا المرض من تعدد الأعراض واختلافها وتداخلها مع اضطرابات أخرى . لذا أصبحت عملية التشخيص مسألة صعبة ومعقدة ويجب أن يكون التشخيص من قِبَل فريق متخصص متكامل يتكون من (طبيب أطفال، طبيب اختصاصي نفسي، اختصاصي في علم النفس للطفل التوحيدي، اختصاصي اختبارات، اختصاصي سمع وتخاطب) وقد يحتاج إلى بعض الإختصاصات مثل طبيب أعصاب أو محلل نفسي أو طبيب أطفال تطوري.

ولعل هذا الأمر يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة..

حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل، ولمهارات التواصل لديه، ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور. ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك التوحدي يوجد في اضطرابات أخرى. ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة، حيث يمكن أن يضم هذا الفريق:

(طبيب أعصاب - طبيب نفسي - طبيب أطفال متخصص في النمو - اختصاصي نفسي - اختصاصي علاج لغة وأمراض نطق - اختصاصي علاج مهني - اختصاصي تعليمي)، كما يمكن أن يشمل الفريق مختصين آخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد.

وغالباً ما تكون الفروق بين سلوكيات الأطفال التوحديين ضئيلة للغاية، إلا أن تشخيص حالات التوحد يعتمد على متابعة الحالة من قبل المختص، أما إطلاق التسمية على الحالة فيعتمد على مدى إلمام المختص بمجال التوحد والمفردات المختلفة المستخدمة فيه، ويعتقد الكثير من المختصين أن الفروق بين التوحد وغيره من الاضطرابات المتشابهة ليست ذات دلالة ويعتقد البعض الآخر من المختصين أنهم من باب مساندة الآباء يقومون بتشخيص أبنائهم على أنهم بدلاً من (PDD-NOS) يعانون من اضطرابات أخرى كالإعاقات النمائية غير المحددة التوحد. ويختلف المختصون فيما بينهم حول ما إذا كانت متلازمة أسبيرجر (Asperger's Syndrome) على سبيل المثال اضطراباً توحدياً.

▪ الشروط التي يجب أن تتوافر في القائمين على تشخيص طفل التوحد:

يتفق كل من يعمل في مجال تشخيص وتحديد فئة ذوي اضطراب التوحد على ضرورة الالتزام بأصول علمية معينة ومحددة حتى يكون المعالج على أعلى درجة من اليقين بصحة التشخيص. ومن أهم هذه الأصول: شمولية التقييم وتكامله، وأن تتوافر فيمن يقدم على التشخيص الشروط الآتية:

١. أن يقوم بالتشخيص والتحديد مختصون «فريق عمل.. في هذا المجال»، وعلى أعلى درجة من التدريب والمران.

٢. أن تكون أدوات التشخيص معدة إعداداً دقيقاً؛ وفق الخطوات العلمية المحددة في هذا المجال مع التأكيد من ملاءمة الأداة لخصائص واحتياجات الطفل.
٣. أن يشترك في عملة التشخيص كل من له صلة وثيقة بالحالة كوالدين والمربين على جانب المتخصصين.
٤. أن يكتب التقرير النهائي بلغة علمية محددة وبسيطة، على أساس من التدقيق في عملية ربط المعلومات ببعضها ربطاً صحيحاً، وأن يراعي في هذا آراء كل فرد من أفراد فريق التشخيص.
٥. ألا يغفل فريق التشخيص أي مجال من مجالات النمو لدى الطفل ووظائفه المختلفة المتعددة.
٦. ضرورة تواصل أعضاء فريق التشخيص واستمرارية الإلتقاء لتقييم الحالة، والحكم عليها بإتفاق الجميع.

وقد وضع الخبراء المختصون هذه الأصول الثابتة في عملية التقييم لإدراكهم إشكالية الإضطراب النفسي بشكل عام وتعدد المظاهر والأعراض للإضطراب التوحدي وتداخلها مع غيرها من الإضطرابات الأخرى لدى الأطفال. وفيما يلي عرض وبيان لأشكال هذا التداخل:

١. يرى كثير من الباحثين أن أعراض التوحد تتداخل مع غيرها من حالات الإعاقة، كالإعاقة العقلية، والإنفعالية، والإجتماعية، والفصام إلى الحد الذي جعل بعض الباحثين يقعون في خطأ التشخيص ويعتبروها حالة فصام.
٢. عدم ظهور الأعراض التي تشير على حالة التوحد إلا بعد مرور العام الأول من عمره الزمني تقريباً نتيجة لتداخل بعض مظاهر نمو الطفل العادي في هذه الفترة الزمنية مع مظاهر هذه الحالة.
٣. عدم توافر الجانب الثقائي في هذا المجال لدى أفراد الأسرة؛ فكثير من الوالدين يجهلون معدلات النمو للطفل العادي، فما بالننا بمعدلات النمو بهذه النوعية من الأطفال.

٤. كما أنه في صعوبات التشخيص لحالة التوحد ندرة انتشار هذه الحالة، مما لا يمكن المشخص من حصر مختلف الأعراض على الطبيعة التي تمكنه من التشخيص الدقيق لحالة التوحد.
٥. حداثة البحوث التي هدفت إلى دراسة حالة التوحد، والتي كانت تعتمد على معايير غير دقيقة لإشترك أعراض هذه الحالة مع حالات أخرى في مجال علم النفس.
٦. التوقف الواضح في عملية الإتصال لديهم والذي يتمثل في عدم التقدم في النمو اللغوي، والتحصيل المعرفي، وبالتالي ظهور الضعف في القدرات العقلية، ومدى الفاعلية الإجتماعية، وعدم التجاوب لعملية التنشئة الإجتماعية.
٧. كما تتمثل صعوبة التشخيص لحالة التوحد في كثرة عدد أعراضها وتنوعها خلال عملية النمو في كل من الإدراك السمعي، والبصري، واللغوي، وفي كل ما يشير إلى مدى التفاعل بينه وبين غيره من الناس (نبيه ابراهيم اسماعيل، ٢٠٠٩، ٦٧: ٦٩).

▪ المؤشرات العامة لإضطراب الأوتيزم:

تتنوع الأعراض الدالة على اضطراب الأوتيزم، ومع ذلك يمكن اكتشاف هذه الأعراض فيما بين الشهر (٣٠، و٣٦) الثلاثين والسادس والثلاثين من عمر الأطفال ويمكن أن يقوم بتشخيص الأوتيزم أطباء الأطفال، إختصاصي علم النفس، أو متخصص مهني في مجال الأوتيزم والسؤال الهام في هذا الصدد كيف يمكن اكتشاف الطفل التوحدي؟ أو ما العلامات / الأعراض التي تتبدى على الطفل؟

١. ضحك أو فقهة غير مناسبة.

٢. عدم الخوف من الخطر.

٣. عدم حساسية للألم.

٤. مقاومة (رفض) احتضان أو تدليل الآخرين له.
٥. لعب تكراري روتيني غير عادي؛ مهارات بدنية أو لفظية غير عادية.
٦. تجنب التواصل البصري.
٧. تفضيل الوحدة والإنفراد بالذات.
٨. صعوبة في التعبير عن الاحتياجات؛ وربما استخدام الإيماءات (الإشارة).
٩. تعلق (مرضى) غير مناسب بالأشياء.
١٠. استجابة غير مناسبة للأصوات، وربما عدم استجابة على الإطلاق.
١١. تدور الأشياء؛ أو الدوران السريع حول الذات.
١٢. صعوبة في التفاعل مع الآخرين.
١٣. رفض التغيير والإصرار على الروتين.
١٤. ترديد الكلام أو الأصوات (المصاداه) (يحيى الرخاوي، ٢٠٠٩).

وأبرز المؤشرات غير المطمئنة التي تبدو على الطفل التوحدي قبل إتمامه الثلاثين شهراً (٣٠) من عمره، تدفع إلى التوصل إلى عدد من المؤشرات التي ينفرد بها الأطفال التوحديين وهذه المؤشرات هي:

١. أن الأطفال التوحديين لا يحبون أن يحتضنهم أحداً.
٢. أنهم في بعض الأحيان يبدون كأنهم لا يسمعون.
٣. أن الأطفال التوحديين لا يهتمون غالباً بمن حولهم.
٤. أنهم قد لا يظهرون تألمهم إذا أصيبوا.
٥. أنهم يرتبطون بالأشياء ارتباطاً غير طبيعي.
٦. أن الأطفال التوحديين لا يحبون اللعب بالكرة؛ في حين يمكن أن نجد لديهم مهارة عالية في ترتيب المكعبات أو غيرها من المهارات.

٧. أن الأطفال التوحديين يقاومون الأساليب التقليدية في التعلم.
 ٨. أنهم يحبون العزلة عن الغرباء و المعارف.
 ٩. أنهم قد ينضمون إلى الآخرين تحت الإلحاح فقط.
 ١٠. أن بعض الأطفال التوحديين قد يملكون قدرات معينة مكن قبيل الرسم، والسباحة والعزف على الآلات الموسيقية.
 ١١. أن بعضهم قد يكتسب بعض الكلمات بيد أنهم سرعان ما ينسوها.
 ١٢. أنهم لا يحبون التجديد، بل يحبون أن تبقى الأشياء في مكانها.
 ١٣. أنهم لا ينظرون في عيون الآخرين أثناء التحدث معهم.
 ١٤. أن الأطفال التوحديين يستخدمون الأشياء دون إدراهم لوظائفها.
 ١٥. أنهم يفكرون و يتكلمون باستمرار عن شيء واحد فقط.
 ١٦. أن الأطفال التوحديين قد يضحكون أو يقهقهون دونما سبب.
 ١٧. أنهم يظهرون تفاعلا من جانب واحد.
 ١٨. أنهم لا يدركون الأخطار بشكل عام.
 ١٩. أنهم يرددون الكلام دون فهم لمعناه فيما يسمى المصاداه.
- (عبد الرحمن سليمان، إيهاب الببلاوي وأشرف عبد الحميد، ٢٠٠٦).

▪ **تشخيص حالات واضطرابات التوحد (الأوتيزم):**

نظراً لأن مرض التوحد يتراوح بين درجات عديدة جداً من خطورة المرض وحدة أعراضه فقد يكون تشخيص التوحد (الذاتوية) مهمة معقدة ومركبة إذ ليس ثمة فحص طبي محدد للكشف عن حالة قائمة من التوحد، ويشمل التقسيم الرسمي لهذا المرض معاينة الطبيب المختص للطفل ومحادثة مع الأهل عن مهارات الطفل الإجتماعية، قدراته اللغوية، سلوكية وكيفية ومدى تغير هذه العوامل وتطورها مع الوقت.

وقد يطلب الطبيب بغية تشخيص أعراض التوحد إخضاع الطفل لعدة فحوصات وإختبارات ترمي الى تقييم قدراته الكلامية واللغوية وفحص بعض الجوانب النفسية، وبالرغم من أن أعراض التوحد الأولية تظهر غالباً ما قبل سن(١٨) شهراً أي سنة ونصف إلا أن التشخيص النهائي يكون في بعض الأحيان لدى بلوغ الطفل سن السنتين أو الثلاث سنوات فقط عندما يظهر خلل في التطور وتأخير في اكتساب المهارات اللغوية أو خلل في العلاقات الإجتماعية المتبادلة والتي تكون واضحة في هذه المرحلة من العمر.

وللتشخيص المبكر أهمية بالغة جداً لان التدخل المبكر قدر الإمكان وخصوصاً قبل بلوغ الطفل سن الثلاث سنوات يشكل عنصراً هاماً في تحقيق أفضل الاحتمالات والفرص لتحسن الحالة (سعد رياض، ٢٠٠٨، ٦٣).

ويشمل فريق تشخيص وعلاج الطفل التوحدي:

١. طبيب أطفال متخصص في تطور الطفل.
٢. طبيب الأمراض النفسية عند الأطفال.
٣. طبيب متخصص في الكلام واللغة.
٤. مساعد إجتماعي متخصص في تدريب الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة.
٥. محلل نفسي (هناء صندقلي، ٢٠١٢، ٣٠).

كما يقصد بالتشخيص تحديد نوع المشكلة أو الإضطراب أو المرض أو الصعوبة التي يعاني منها الفرد ودرجة حدتها (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١، ١٣).

وفي مجال التوحد لا يزال التشخيص من أكبر المشكلات التي تواجه العاملين في هذه المجال وقد يرجع السبب في ذلك إلى أن خصائص أو صفات الإضطراب غالباً ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات اخرى مما يتوجب الحصول على معلومات دقيقة حتى يتم تشخيص الأعراض بدقة (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢، ٣٦).

الطفل ذو الأوتيزم شيئاً من سلوكياتهم الصحيحة مثلما يفعل معه والديه ولكن أيضاً غالباً ما تفشل تلك المحاولات أما عن الوالدين فغالباً لا يلاحظون السلوكيات الشاذة على طفلهم في البداية ثم بعد إكتشاف تلك السلوكيات لدى ابنهم غالباً ما يرجعونها إلى أن الطفل مازال صغيراً أو ما إلى ذلك ثم بعد ذلك يبدأ قلق الوالدين في التزايد إلى أن يتم تشخيص الطفل من قبل متخصص وفي أغلب الأحوال يبدأ الوالدين أيضاً في محاولاتهم الجاهدة في تعليم الطفل شيئاً بطرق عديدة قد يكون العقاب أو التدليل إلا أن هذه المحاولات غير المنظمة عادة ما تنتهي بالفشل نظراً لصعوبة التواصل مع الطفل وغالباً ما تزداد نسبة الإكتئاب والقل لدى الطفل الذي تظهر عليه أعراض الأوتيزم إلى أن تنتهي محاولاتهم هذه بطلب المساعدة المتخصصة في هذا المجال.

ثالثاً-التفاعلات الإجتماعية الشاذة لدي الأوتيزم:

يشير شيشيل وبريسون (Churchill & Bryson,1972) إلى أنه يمكن تقسيم صورة التفاعلات الإجتماعية الشاذة لدى ذوي الأوتيزم إلى ثلاثة مجموعات كما يلي:

أ-المجموعة المنعزلة.

ب-المجموعة ذات التفاعل السلبي.

ج-المجموعة ذات التفاعل النشط.

أ- **المجموعة المنعزلة Aloof Group**: هذه المجموعة تضم الأطفال ذوي العزلة عن الإتصالات والتفاعلات الإجتماعية، وهي تمثل الصورة الكلاسيكية لذوي الأوتيزم والبالغين من أفراد هذه المجموعة ربما يصبحوا في حالة تهيج وإثارة عندما يقتربوا من الآخرين ، وعندما يبدأ الآخرون في التفاعل معهم، وعادة أفراد هذه المجموعة يرفضوا أي نوع من الإتصال والتفاعل الطبيعي الإجتماعي حتى البسيط منه. وفي نفس الوقت فإنهم ربما يستمتعون ولو لوقت قصير ببعض الألعاب غير الشائعة والعنيفة. والأطفال في هذه المجموعة قد يقرب بعضهم من الآخرين لكي يحصلوا على متطلباتهم مثل الطعام والشراب والرحلة الجسدية، ولكن بمجرد أن يشبعوا رغباتهم فإنهم غالباً ما يبتعدوا على نحو مفاجئ.

كما أن لفهم وإستخدام وسائل الإتصالات الشفوية غير الشفوية يغتريها الخلل بشدة، كما أنهم يكونوا مفتقرين إلى الإستجابة للكلام والحديث كثر (Kanner,1943) كما أن بعض أطفال هذه المجموعة قد يقوموا بمحاولات قليلة لكي يشاركوا في الإتصال بطريقتين: إما من خلال التحدث بتودد وحب، أو من خلال التحدث بطريقة الطفل المعتوه، أي أن الكلام ينقصه الوضوح والمعنى، أيضاً لديهم عجز في التواصل البصري وفهم التعبيرات الوجهية والإيماءات الإجتماعية كالإشارة باليد وحركة الرأس للإشارة بالموافقة. كما أن بعض هؤلاء الأطفال ربما يلجؤون إلى إستعمال بعض مخارج الأصوات التي تسبق عملية الكلام لكي تخص فرد معنى بالإنتباه ريكس (Ricks,1979).

وأيضاً الأطفال الصغار الذين يندرجون تحت المجموعة المنعزلة غالباً ما تظهر عليهم علامات النشاط المفرط (Hyperactivity) وربما يظهروا خوفاً من أشياء غير ضارة وأحياناً يتحول هذا الخوف إلى إعجاب بالشيء نفسه بعد فترة والعكس صحيح جوديل (Gould,1982) .

ب- المجموعة السلبية: الأطفال والبالغين في هذه المجموعة غالباً لا يقومون بمحاولات إتصال إجتماعية تلقائية للتقرب من الآخرين، فيما عدا فقط رغبتهم في الحصول على احتياجاتهم، ولكنهم يقبلوا محاولات الآخرين للإتصال بهم والتفاعل معهم ويستجيبوا لتلك المحاولات بدون إحتجاج كالذي يظهر لدى المجموعة المنعزلة، حتى أنهم يبدو عليهم مظهر المستمتعين، كما أن أفراد تلك المجموعة قادرين على تمثيل وتقليد أداء الآخرين ولكن بدون فهم كامل للدور الذين يقومون بتأديته. وبالنسبة للكلام فإنه يكون أحسن تطوراً من هؤلاء الأطفال في المجموعة المنعزلة، ولكن تظهر بعض مظاهر الشذوذ والإفتقار إلى التفاعل الشخصي في وسائل الإتصالات والتفاعلات الإجتماعية (Attwood,1984).

ومن حيث محتوى الحديث لدى هؤلاء أفراد هذه المجموعة السلبية فهو تكراري وذو نطاق صغير من الموضوعات، أما بالنسبة للألعاب التي تعتمد على التخيل، فهي

غير موجودة لدى أطفال هذه المجموعة كما يوجد لديهم تقليد للأطفال الآخرين في طريقة لعبهم، ولكن ينقصهم لعب هؤلاء الأطفال الإبتكارية والتلقائية. وتغلب عليهم صورة التكرارية كما أن أطفال هذه المجموعة يميلون إلى الروتين والتكرارية ولكنهم يستجيبوا إلى تدخلات الآخرين بأطفال المجموعة المنعزلة.

ج- المجموعات الإيجابية النشطة: تتضمن هذه المجموعة الأشخاص الذين يقوموا بمحاولات تلقائية للوصول والإقتراب من الآخرين كمحاولة للتفاعل والتواصل الإجتماعي ولكن يتم ذلك بمنطقية ساذجة وعلى وتيرة واحدة وغالباً ميل أفراد هذه المجموعة إلى التواصل مع الآخرين من أجل إشباع رغباتهم الخاصة من خلال التحدث إلة الآخرين ولكنهم لا يميلون إلى بدء التواصل مع أشخاص جدد بالنسبة لهم أو التعرف عليهم.

ويكون أسلوبهم في التواصل مع الآخرين فيه شيء من المثابرة وربما يصاحب بنوعية من التشبث الجسدي، لذا فهم لا يتلقوا الترحيب لدرجة أنهم يصبحوا مصدر قلق لمستقبلهم والمتعاملية معهم. أما بالنسبة لمظاهر الإتصال اللفظي فهي تكون أفضل لدى أفراد هذه المجموعة مقارنة بأفراد المجموعتين السابقتين، إلا أنه مازالت تعثرها بعض مظاهر البطء والتأخر في الكلام، كما أن أفراد هذه المجموعة يمكنهم أن يستخدموا قواعد اللغة بطريقة صحيحة ويوظفون الكلمات بطريقة جيدة في شكل جمل، ومن السمات المميزة لأفراد هذه المجموعة التكرارية، المثابرة، التمهّل في أداء الشيء الإفتقار إلى سهولة اللغة العامية، حيث يمكن أن يحدث قلب لبعض العبارات ويحدث ذلك حتى مع أفضل المتكلمين في هذه المجموعة (Wing,1981).

كما أشار (Attwood,1984) إلى أنه عند فحص المحادثات والتواصل اللفظي وغير اللفظي لأطفال هذه المجموعة مع الأشخاص البالغين تلاحظ أن الإتصالات غير اللفظية يعثرها الخلل والشذوذ، كما أن الكلمات المنطوقة تكون رتيبة ومملة كما أنها تفتقر إلى التكم في عملية التنفس، وخروج الصوت وقوته، وربما يكون هناك غياب في الإشارات وبالأخص تلك التي تعطي دلالة على الشعور والتعبير الإنفعالي،

ولكن البعض من أطفال هذه المجموعة يبالغوا في الحركات الشاذة للوجه والأطراف عندما يتكلمون، كذلك الإتصال البصري، يتأرجح من وت لآخر، وخصوصاً في المواقف التي تضم أشخاص غرباء، كما أن كثيرين من أطفال هذه المجموعة لديهم سلوك نمطي قالب وتكراري كما تظهر لديهم بعض مشكلات التناسق الحركي وإنخفاض ونقص النضج في طريقة المشي إلا أنهم حذرين أثناء القفز والحركات التي تتطلب توازن دقيق وبالرغم من ذلك يعترها بعض مظاهر الشذوذ والإضطراب.

خامساً-التغيرات التي تطرأ على الأطفال ذوي الأوتيزم نتيجة للنضج:

يشير لورد (Lord,1984) إلى أنه يمكن ملاحظة سلوك ذوي الأوتيزم في صورته النموذجية بين سن (٢:٥) سنوات، إلا أن بعض مظاهر هذا السلوك قد يتم إكتشافه في سن المدرسة، وبمرور الزمن وكنتيجة لعملية النضج وكمحصلة لعمليات محاولات التعلم والنمذجة الإجتماعية لهؤلاء الأطفال ، فإنه يمكن للأطفال أن ينتقلوا من مجموعة إلى أخرى من المجموعات الثلاثة التي سبق الإشارة إليه، وهذه التغيرات عادة تكون بانتقال الطفل من السلوك المميز للمجموعة المنعزلة إلى سلوك المجموعة السلبية، أو من المجموعة المنعزلة إلى المجموعة النشطة كمحصلة للنضج والتعليم ولكن نادراً ما يحدث نكوص كأن يسلك الطفل يشبه سلوكه المجموعة السلبية أو النشطة سلوك المجموعة المنعزلة إلا أن هذا أيضاً قابل للحدوث كنتيجة لوضع الطفل في ضغوط نفسية تحول دون تطور سلوكه عبر النمو أو كنتيجة لإهمال الطفل وعدم محاولة تعلمه وتعديل سلوكه (Lord,1984).

ودراسة (Barthelemy, et al ,1992) هدفت هذه الدراسة إلى اختبار إمكانية استخدام الإختبارات النفسية في تشخيص حالات الأوتيزم والتعرف عليها وتمييزها بدقة عن حالات التخلف العقلي، حيث تم استخدام مقياس التقييم المختصر للسلوك والذي يحتوي على ثمان (٨) أبعاد تتناول أعراض الأوتيزم من حيث:

١ . الإنسحاب الإجتماعي المميز لذوي الأوتيزم.

٢ . القدرة على المحاكاة والتواصل.

٣. الحركة الزائدة.
٤. ضعف الإنتباه.
٥. التعبير اللفظي.
٦. علامات الخوف والتوتر.
٧. التعبير غير اللفظي.
٨. الإستجابات الذهنية.

كما أشار «بارثلمي وآخرون (Barthelemy, et al, 1992) إلى إمكانية إستخدام الإختبارات النفسية القائمة على الملاحظة في تشخيص حالات الأوتيزم وتميزها عن حالات التخلف العقلي. وذلك من خلال فحص الإستجابات الآتية والتي تمثل بعض أعراض الأوتيزم:

- أ- الإنسحاب الإجتماعي.
- ب- اضطراب القدرة على المحاكاة والتواصل.
- ج- الحركات الزائدة.
- د- ضعف الإنتباه.
- هـ- اضطراب التعبير اللفظي.
- و- اضطراب التعبير غير اللفظي.
- ز- علامات الخوف والتوتر.
- ح- الإستجابات الذهنية (الإدراك والإنتباه).

كما يشير بورتير وآخرون (Porter&et al ,1992) إلى أنه يمكن ملاحظة تلك الأعراض الآتية لدى الأطفال والتي يمكن من خلالها تحديد وجود أو عدم وجود الأوتيزم، كتشخيص مبدئي والتي يتم ملاحظتها من خلال فحص ما يلي:

أ-صورة التفاعل الإجتماعي للطفل، وما إذا كان هذا التفاعل الإجتماعي مضطرب وما هي شكل تلك الإضطرابات فيه.

ب-النشاط الحركي الزائد لدى الطفل أثناء أدائه لبعض الأنشطة.

ج-الإضطرابات في الإنتباه.

كما يشير فيلسبيرج (Flusberg,H,T.1992) إلى أنه من خلال فحص لعمليات الآتية والمظاهر السلوكية الدالة عليها يمكن التعرف على ذوي الأوتيزم:

أ-التعبير اللفظي واستخدام بعض الكلمات الشائعة.

ب-العمليات الإدراكية والتعبير عنها.

ج-الإنفعالية والتعبير عنها.

▪ المحكات التشخيصية لإضطراب طفل التوحد (الأوتيزم):

يعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للأمراض النفسية (DSM111) الصادر عام (١٩٨٠) أول دليل تشخيصي يدخل مصطلح التوحد إلى قائمة الامراض العقلية تحت اسم التوحد الطفولي باعتباره أحد اضطرابات مرحلة الطفولة ويحدد الدليل ستة معايير لتعريف الطفل التوحدي وتشخيصه وهي:

١-يبدأ الاضطراب قبل الشهر الثلاثين (٥, ٢) سنة من العمر.

٢-تنقصه الإستجابة للناس فهو انطوائي على ذاته بشدة.

٣-عجز واضح في نمو اللغة.

٤-أنماط متميزة وغريبة في الكلام - إن وجدت - كالترديد الببغاوي للكلمات.

٥-استجابات شاذة وغريبة نحو بيئته مثل مقاومة التغيير والإهتمام الشديد بالأشياء والموضوعات الحسية أو الجامدة.

٦- لا توجد هلوسات أو هذيانات كما في الفصام (السيد سليمان، ومحمد عبد الله، ٢٠٠٣، ١٣).

وجاء الدليل الإحصائي الرابع المنقح: (DSM-IV-RT)

يتضمن الدليل الإحصائي الرابع المنقح ثلاث مجموعات رئيسية تدرج منها عدة عناصر:

أولاً: أن تتطابق على الأقل ستة أعراض من المجموعات الثلاثة التالية على أن توزع كالتالي: اثنين على الأقل في المجموعة الأولى، واحد من المجموعة الثانية، واحد من المجموعة الثالثة.

المجموعة الأولى: عجز واضح في التفاعل الاجتماعي يظهر في:

١. قصور واضح في استخدام وسائل التواصل غير اللفظي مثل التواصل البصري وتعبيرات الوجه ووضع الجسد والإيماءات.
٢. عدم القدرة على تكوين علاقات صداقة مع الآخرين.
٣. عدم القدرة على مشاركة الآخرين في اهتمامتهما وإنجازاتهم.
٤. عدم القدرة على التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

المجموعة الثانية: قصور نوعي في التواصل ويظهر في أحد هذه العناصر:

١. تأخر في تطور الكلام أو فقدانه كلياً.
٢. بالنسبة للقادرين على الكلام يظهر لديهم عجز واضح في القدرة على المبادرة إلى الحديث أو الإستمرار في الحديث مع الآخرين.
٣. استخدام متكرر وثابت للغة.
٤. عدم القدرة على ممارسة اللعب التمثيلي التلقائي والمتنوع واللعب من خلال التقليد الاجتماعي مما يتناسب مع مستوى النمو.

المجموعة الثالثة: محدودية الأنشطة والإهتمامات ويظهر في أحد هذه العناصر:

١. انشغال متواصل باهتمام نمطي غير طبيعي من حيث شدته ومدى التركيز عليه.
٢. تعلق غير طبيعي ببعض العادات أو الأمور الروتينية التي لا معنى لها.
٣. حركات جسدية نمطية ومتكررة مثل رفرفة الأيدي.
٤. الإنشغال المفرط بأجزاء الأشياء.

ثانياً: قبل سن الثالثة يظهر على الطفل تأخر أو سلوك غير طبيعي في أحد الجوانب التالية:

١. التفاعل الإجتماعي.
٢. استخدام اللغة للتواصل الإجتماعي.
٣. اللعب الرمزي أو التخيلي.

ثالثاً: لا ينطبق على هذا الإضطراب بشكل أفضل بمتلازمة ريت أو اضطراب الإنتكاس الطفولي؛ (وفاء الشامي (أ)، ٢٠٠٤، ٧٦)

وبالرغم من الصعوبات التي واجهت عملية تشخيص حالات الأوتيزم، إلا أن العلماء والباحثين حاولوا التغلب بوضع مجموعة من المعايير والمحكات الأساسية التي تشخص على أساسها حالات الأوتيزم ومن أقدم وأول هذه المعايير تلك وضعها «كانر» وكررها في كتاباته المتعددة من (١٩٤٣-١٩٧٠) ثم لخصها في كتابه الشهير ذهان الطفولة (١٩٧٣)، وهي التالي:-

١. سلوك انسحابي انطوائي شديد، وعزوف عن الإتصال بالآخرين.
٢. التمسك الشديد بمقاومة أي تغيير في البيئة الفيزيائية المحيطة به من حيث المأكل، والملبس، ترتيب الأثاث، روتين الحياة اليومية.

٣. يفضل التعلق والإرتباط بالأشياء والتعاطف معها خلال الفترة من (١٤-١٨) شهراً من العمر أكثر من الإرتباط بالناس جميعاً بما فيهم أبوية وأخوية.
٤. عدم القدرة على الكلام ويظهر كأنه أصم وأبكم أو يتكلم بلغة مجازية أو همهمة غير مفهومة لا جدوى منها في تحقيق الإتصال بالآخرين.
٥. عدم ظهور الهلاوس والهذات في سلوكه، كما أنه يتمتع بصحة جيدة.

٦. رغم كل جوانب القصور التي تميز الطفل التوحدي (الذاتوي)، إلا أنه أحياناً يأتي ببعض الأعمال التي تتم عن قدرات غير عادية كأن يقوم بعملية حسابية معقدة أو يبدى مهارة في الرسم والموسيقي أو الغناء بشكل طفرات فجائية، أو يتذكر خبرة قديمة حتى ولو كانت بلغة أجنبية لا يتقنها (Kanner,1973).

بعد عرض «كانر» لهذه المحكات ظهرت محاولات علمية أخرى للتوصل إلى تشخيص أكثر دقة للأوتيزم على يد كل من سيلان، ياننيت Selsin,Yannet وتم نشرها في دورية بحوث الطفولة عام (١٩٦٠) وهي كالتالي:-

١. اضطراب واضح في الشخصية يتسم بالإنغلاق على الذات وعدم الإنتماء الإجتماعي للآخرين.
٢. غياب العجز أو القصور الحركي الذي يميز معظم حالات الأمراض الذهانية الشديدة.
٣. بدء ظهور أعراض الأوتيزم في خلال العامين الأول والثاني من العمر.

(عثمان فراج، ١٩٩٦، ٣)

ويمكن عرض محكات تشخيص الأوتيزم كما جاءت في (DSM-III) على النحو التالي:-

١. قصور في الإستجابة للمثيرات الإجتماعية، تجنب المبادأة أو التفاعل مع الآخرين وتقليد سلوكهم والشعور بوجودهم والتعرف عليهم والتمييز بينهم

وتجنب النظر في عيوم الآخرين وعدم القدرة على فهم ما تعبر عنه عيون الآخرين من الإنفعالات.

٢. قصور لغوي تام أو اضطراب غير طبيعي في الكلام مثل التردد الآلي -Echo lalia، اللغة المجازية وعكس الضمائر « أنت » بدلاً من « أنا ».

٣. قلة الإهتمامات والأنشطة التي يمارسها ومقاومة التغيير، التعلق بأشياء تافهة.

٤. عدم وجود هذات أو هلاوس أو فقدان الترابط وعدم التفكك في التفكير كما في حالات الفصام.

٥. ظهور هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل ثلاثين شهراً. (American Psychiatric Association, 1980, 28)

وذكر كوجل وآخرون أن أهم الأعراض التي يتم على أساسها تشخيص حالات الاوتيزم هي:

١. قصور اجتماعي يتمثل في الإنسحاب الإجتماعي، الإنطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.

٢. قصور لغوي يتمثل في وجود اضطرابات في القدرات المعرفية والإدراكية، ضعف وتشتت الإنتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية.

٣. عدم القدرة على التحكم في الحركات الدقيقة.

٤. النشاط الحركي المفرط. (Koegel, et al, 1982)

أما «سبيتزر» Spitzer فذكر أن أعراض الأوتيزم تنحصر في العناصر الثلاثة الرئيسية التالية:

١. اضطراب كفي في التفاعل الإجتماعي.

٢. اضطراب في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.

٣. الإنغلاق على النفس وعدم الإهتمام بالأحداث والمنبهات الخارجية (Spitzer,1987).

وأوضح التقرير الذي وضعه قسم الصحة النفسية والإضطرابات النمائية في ولاية ألينويز (١٩٨٧) وصفاً لخصائص الأوتيزم وهي ضعف أو قصور في جوانب النمو (اللغوي، الإجتماعي، الإنفعالي).

وفيما يلي عرضاً تفصيلياً لهذه المجموعات التي تمثل محكات تشخيص الأوتيزم كما جاءت في (DSM-III-R) :-
(أ)-عدم القدرة على التفاعل الإجتماعي المتبادل المتمثل في:

١. قصور واضح في فهم المشاعر وأحاسيس الآخرين والتعامل معهم كقطع أثاث.
٢. عدم البحث عن الراحة وقت التعب، عدم طلب المساعدة من الآخرين وقت الخطر.
٣. غياب القدرة على التقليد.
٤. عدم الرغبة في اللعب مع الآخرين وتفضيل اللعب منفرداً.
٥. عدم القدرة على تكوين صداقات مع الرفاق، وعدم الإهتمام بالعلاقات الإجتماعية.

(ب)-قصور نوعي في القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي وتتمثل في:

١. عدم القدرة على التواصل لغوياً غير اللفظي تظهر في نظرات العين، فقدان الإبتسامة، تعبيرات الوجه، الإيماءات والحملقة الثابتة في المواقف الإجتماعية.
٢. قصور واضح في النشاط التخيلي يظهر في اللعب التمثيلي لأدوار الكبار والشخصيات الخيالية وعد الإهتمام بالروايات الخيالية.

٣. واضح واضح في الحصيلة اللغوية يتضح في الكم والإيقاع والأداء.
٤. شذوذ واضح في تركيب الجمل ومضمون التخاطب وترديد الكلمات المسموعة.
٥. شذوذ واضح في القدرة على بدء الحديث مع الآخرين أو استمراره، ٥٠٪ من الذاتويين لا يتكلمون.

ج-محدودية الأنشطة والميول والإهتمامات تتمثل في:

١. حركات الجسم نمطية قسرية زفرقة اليدين، الدوران في حركات دائرية، ضرب الرأس.
٢. الإدماج في التعامل مع أجزاء الأشياء أو الأدوات مثل سلسلة مفاتيح، شم الأشياء بدلاً من النظر إليه، حمل ورقة أو قطعة خيط أو شريط نيجاتيف أو زجاجة شامبو فارغة.
٣. استجابات سلوكية شديدة العنف تجاه أي تغيير في البيئة المحيطة مثل وضع فازه من مكان إلى آخر ، فتحدث ثورة غضب يترتب عليها إيذاء للنفس أو الغير.
٤. إصرار والتزام شديد بالتفاصيل الدقيقة في الروتين اليومي من حيث، المأكل، الملابس، اللعب، الحركة، الإصرار على الأساليب المعتادة عند الخروج في جولة للشراء.
٥. نقص ملحوظ في الإهتمامات والأنشطة التي يندمج فيها مع أقرانه مثل الإهتمام بترتيب الأشياء في صفوف وعاميد مما يمنع استخدامها في نشاطات هادفة.

د-بدء ظهور هذه المحكات مع ما جاء في الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD-10) من محكات تشخيصية للأوتيزم تتمثل في الآتي:

١. قصور نوعي في التفاعل الإجتماعي المتبادل.
٢. نماذج محدودة ومكررة ونمطية من السلوكيات والإهتمامات والأنشطة.

٣. شذوذ واضح في النمويضح وجوده في الثلاث سنوات الأولى من العمر
(Campbell,et al ,1991,327;Schwartz,1992,19).

وقد حدد المنهج القومي البريطاني - Britains National Curriculum أعراض الأوتيزم في الجوانب التالية:

١. قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
٢. افتقاد الإحساس الإجتماعي.
٣. مقاومة التغيير (Jardon Powell,1990).

كما توصل بارون-كوهين Baron-Cohen من خلال تسع دراسات قام بها حول موضوع الأوتيزم إلى وضع نحكات تشخيصية للأوتيزم هي:

١. قصور في التفاعل الإجتماعي.
٢. قصور في فهم الإنفعالات.
٣. قصور في النمو اللغوي.
٤. تكرار الأفعال بطريقة نمطية (Baron-Cohen,1991).

أما فليسبرج Flusberg فذكر أنه يمكن تشخيص الأوتيزم من خلال الأعراض التالية:

١. التعبير اللفظي واستخدام بعض الكلمات الشائعة.
٢. العمليات الإدراكية والتعبير عنها.
٣. الإنفعالات والتعبير عنها.
٤. العمليات المعرفية (Flusberg,1992).

وأوضح «بورتس» وآخرون أنه يمكن تشخيص الطفل بأنه ذاتوي إذا توافرت لديه الأعراض التالية:

١. اضطراب في التفاعل الإجتماعي والتواصل مع الآخرين.
 ٢. نشاط حركي مفرط.
 ٣. اضطراب في كل من الإنتباه واللغة والإدراك (Porter,et als,1992).
- لهذا الدليل (DSM-IV) عام (١٩٩٤)، وقد لخص رويارز (١٩٩٥) محكات تشخيص الأوتيزم الواردة في هذا الدليل كما يلي:**

١. افتقاد الإستجابة للآخرين.
٢. قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
٣. قصور واضح في النمو اللغوي.
٤. مقاومة التغيير والإصرار على الروتين.
٥. ضعف في القدرة العقلية.
٦. قصور في فهم الإنفعالات.
٧. قصور شديد وملحوظ في الأنشطة والإهتمامات.
٨. عدم ظهور أعراض الرت Rett أو الإسبيرجر Asperger's.
٩. عدم ظهور الهلاوس والهذاءات وتكك التفكير وهي الأعراض المميزة للفصام.
١٠. بدء ظهور أعراض الأوتيزم قبل اكتمال العام الثالث من العمر (Roey- 1995:161-162).

وأخيرا فقد حدد شارون نيورث وآخرون محكات تشخيص الأوتيزم فيما يلي:

١. قصور محدد في العلاقات الإجتماعية.

- ٢ . نمو أولي (عدم الوصول لمستوي النمو الطبيعي) لمهارات التواصل.
- ٣ . سلوكيات نمطية تكرارية، اهتمامات وأنشطة محدودة.
- ٤ . ضرورة ظهور هذه الأعراض قبل اكتمال العام الثالث من العمر (Sharyn Neuwirth, et als,1999,10)

ورغم أن «كانر» يعتبر أول من حدد زملة أعراض الأوتيزم، إلا أن هذه الزملة قد استخدمت من قبل تحت مسميات عديدة، فقد استخدمها بلوير (Bleuler 1911) في اشارته لزملة أوسع بكثير للميكانزمات التي يستخدمها المرضى الفصاميين أو الأشخاص العاديين، بإعتبارها إحدى السمات الأولية للفصام.

وقد وضع الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية الذي صدر عن الرابطة الامريكية للطب النفسي تصنيفين، أطلق على التصنيف: الأول اسم: إعاقة التوحد الطفلية ذات الأعراض الكاملة وأطلق على التصنيف الثاني اسم: إعاقة التوحد الطفلية ذات الأعراض المتبقية، ويمكن الإشارة إلى المحكات التشخيصية للإجتراية الطفلية ذات الأعراض الكاملة على النحو التالي:

- ١ . بدء الإضطرابات قبل سن(٣٠) شهراً أي (٢,٥) سنة.
- ٢ . العجز عن الإستجابة للآخرين.
- ٣ . اضطراب شديد في النمو اللغوي.
- ٤ . أنماط كلامية شاذة وغريبة مثل (تقليد الكلام المباشر، أو قلب الضمائر).
- ٥ . استجابات بيئية غير سوية مثل (مقاومة التغيير، أو التعلق والإهتمام بموضوعات شاذة).
- ٦ . غياب الأوهام والهلاوس وفقدان الترابط، والكلام المفكك (غير المترابط) كما يحدث عند الإصابة بالفصام.

ويمكن الإشارة إلى المحكات التشخيصية للاجترارية الطفلية ذات الأعراض المتبقية على النحو التالي:

١. الإصابة بالاضطراب سابقاً ثم الشفاء منه وعودة بعض الأعراض.
٢. الصورة الإكلينيكية الحالية لا تشير إلى وجود أعراض التصنيف الأول كاملة (A.P.A,1987).

ويرى عادل عبد الله (٢٠٠٢-ب) أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة (DSM-IV) الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) A.P.A والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض والاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن، وأنه لا يوجد أي تعارض بينهما في تشخيص الاضطرابات المختلفة بوجه عام وفي تشخيص اضطراب التوحد على وجه الخصوص وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز الأساسي لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هي:

١. **البداية:** تكون بداية الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره، ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلاً في واحد على الأقل من عدد من الجوانب هي التفاعل الاجتماعي، واستخدام اللغة للتواصل الاجتماعي، واللعب الرمزي أو الخيالي.

٢. **السلوك الاجتماعي Social Behavior:** يوجد لدى الطفل قصور كفي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين على الأقل من أربعة محكات هي التواصل غير اللفظي، إقامة علاقات مع الأقران والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات وتبادلية العلاقات الاجتماعية معهم.

٣. **اللغة والتواصل Communication and Language:** يوجد قصور كفي في التواصل في واحد على الأقل من أربعة محكات هي تأخر أو نقص كلي في اللغة

المنطوقة، وعدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة، والإستخدام النمطي أو المتكرر للغة، إلى جانب قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي.

٤. الأنشطة والإهتمامات Activities and Interests : توجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية في واحد على الأقل من أربعة محكات هي الإنشغال بإهتمام نمطي واحد غير عادي ، الرتابة والروتين، أساليب نمطية الأداء، والإنشغال بأجزاء من الأشياء.

ويرى عبد الرحمن سليمان(٢٠٠٢) مستنداً إلى ما جاء في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية(DSM-IV) إنه لكي يتم تشخيص التوحد فإننا نحتاج إلى أدلة على وجود مشكلات في ثلاث مجالات كبيرة تشمل التفاعل الإجتماعي، التواصل، والسلوكيات النمطية وهنا يتعين أن يعاني الفرد من ستة أعراض تنتشر في المجالات الثلاثة بحيث ينطوي اثنان منها على الأقل على اضطرابات في التفاعل الإجتماعي وعرض واحد في كل مجال من مجالات التواصل، والسلوك النمطي.

وتشمل الأعراض التي تندرج ضمن مجال التفاعل الإجتماعي ما يلي:

١. خلل واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة أو الأكثر المعقدة Multiple وعدم القدرة على تكوين علاقات مناسبة مع الأقران.
٢. الإفتقار إلى التلقائية في مشاركة الآخرين اهتماماتهم وإنجازاتهم.
٣. عدم القدرة على تبادل المشاعر والعلاقات الإجتماعية مع الآخرين.

وتضم الأعراض المندرجة ضمن التواصل ما يلي:

(أ) - تأخر نمو اللغة الشفهية (المنطوقة) أو ضحالته (مع عدم تعويض ذلك النقص بأي أساليب تواصل أخرى).

ب)-بالنسبة لمن يستطيعون الكلام فأننا نجدهم يعانون من اضطرابات واضحة في مهارات المحادثة (التخاطب).

ت)-استخدام اللغة بصورة نمطية وتكرارية، والإفتقار إلى التلقائية في محاكاة المعتقدات (تعليم القيم Value والمعتقدات Beliefs) أو اللعب الإجتماعي.

ث)- وتشتمل الأعراض التي تتدرج ضمن مجال السلوكيات النمطية الإستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة وبصورة غير عادية (التكرار) والتقليد الجامد بالعبادات Habits أو الطقوس غير النمطية وغير المهمة، واللزمات الحركية النمطية والمتكررة، والإنشغال بأجزاء من الأشياء وليس بالشيء كله وبالإضافة إلى تلك الأعراض الستة يجب أن يعاني الطفل المصاب أيضا من تأخر في التفاعل الإجتماعي، التواصل الإجتماعي أو التفاعل بالرموز أو اللعب التخيلي، فضلا عن ضرورة حدوث هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل الثالثة من العمر.

ويري محمد محمود (١٩٩١) أن هذا الإضطراب يمكن تشخيصه إذا توافرت ثمان من المواصفات الست عشرة التالية علي أن تشمل على الأقل اثنان من المجموعة (أ) وواحدة من المجموعة (ب) وواحدة من المجموعة (ج).

أ-وجود إعاقة كيفية في التفاعل الإجتماعي المتبادل كما يظهر في واحدة مما يلي:-

١ . نقص ملحوظ في الوعي بوجود أو مشاعر الآخرين (يعامل الناس كأشياء ولا يلاحظ كربهم أو همومهم).

٢ . لا يبحث عن الراحة وقت التعب، أو يطلبها بطريقة شاذة (مثل عدم سعيه للراحة عندما يكون مريضاً أو مجهداً، يطلب الراحة بطريقة آلية مثل قوله: جنبه، جنبه، جنبه، عندما يكون مصاباً).

٣ . لا يحاكي الآخرين (لا يقلدهم) أو يحاكيهم بصورة مضطربة(مثل: لا يلوح مودعاً-Bye, Bye أو التقليد الآلي للآخرين دون علاقة بالموقف).

- ٤ . لا يشارك في اللعب الإجتماعي أو يكون شاذاً، ويفضل اللعب الفردي، وإذا شارك الأطفال الآخريين فإنه يعاملهم كآلات.
- ٥ . خلل بارز في قدرته على عمل صداقات مع الرفاق.

(ب)-خلل كفي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي كما يظهر فيما يلي:-

- ١ . لا توجد وسيلة تواصل مثل محاولات التواصل اللفظي أو التعبير الوجهي أو الإيماء، أو التواصل الحركي.
- ٢ . التواصل الاللفظي غير الطبيعي الملحوظ، كما في استخدام الحملقة بالعينين والتعبير الوجهي والوضع الجسدي أو الإيماءات لبدء تفاعل اجتماعي (مثل:عدم الإبتسام أو النظر للآخرين عندما يقترب منهم اجتماعياً، لا يجلب أو يحترم والديه أو الزوار وله حملقة ثابتة في المواقف الإجتماعية).
- ٣ . غياب النشاط التخيلي مثل لعب أدوار Role Playing الكبار والشخصيات الخيالية أو الحيوانات ونقص الإهتمام بالروايات الخيالية.
- ٤ . شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والمعدل والإيقاع مثل: الكلام بنبرة أو وتيرة واحدة أو بطريقة تشبه السؤال، أو بصوت مرتفع.
- ٥ . شذوذ ذات ملحوظ في شكل ومحتوى الكلام، وتشمل الكلام بصورة آلية متكررة (مثل التردد المباشر للكلام أو التكرار الآلي لإعلانات التلفزيون)، سوء استعمال الضمائر(مثل:قوله أنت عندما يود أن يقول أنا) بالإضافة لإستخدام كلمات أو جمل في غير موضعها.
- ٦ . خلل ملحوظ في قدرته على بدء محادثة مع آخر أو استمرارها برغم وجود ظروف مناسبة للحديث.

ج)-النقص الملحوظ في ذخيرة الأنشطة والإهتمامات كما يلاحظ بواسطة ما يلي:-

- ١ . الحركات الآلية للجسم (مثل:النقر باليد أو لف اليد في حركة دائرية أو الدوران حول النفس أو أرجحة الرأس).
- ٢ . الإنشغال الدائم بأجزاء الأشياء (مثل شم الأشياء) أو الإرتباط بموضوع غير معتاد (مثل الإصرار على حمل قطعة من الخيط طول الوقت).
- ٣ . الكرب الشديد عند حدوث تغير في البيئة مهما كان طفيفاً، (مثل تحريك فازه) من مكانها المعتاد .
- ٤ . الإصرار غير المناسب على إتباع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار على أن يسلك نفس الطريق عند شراء شيء ما .
- ٥ . ضيق ملحوظ في الإهتمامات والإنشغال بإهتمام واحد فقط .

د)-بداية الإضطراب خلل في الرضاعة أو الطفولة (وتحدد البداية إذا كانت بعد ثلاث سنوات أو قبلها).

أما محمد قاسم(٢٠٠١) فيري أنه يمكن تشخيص إعاقة التوحد من خلال:

- ١- التقييم والتشخيص الطبي **Medical Assessment**: ويضم هذا الفحص والتقييم كشف الخلل البيوكيماوي والعصبي والعضوي والإضطرابات المرافقة للتوحد الطفولي، وقد افترضت أكثر البحوث الطبية أن التوحد هو اضطراب ناتج عن سبب واحد إلا أن الدراسات الحديثة بينت أن هناك عدد محدد من العوامل المسببة للإضطراب منها الحصبة الألمانية الخلقية أو الفطرية، وارتفاع في النبض أو الضغط Hypertension وفيروس تضخم النسيج الخلوية ، وبشكل مشابه أيضاً فقد لوحظ أن هناك عدداً من ضروب الشذوذ البيوكيماوي عند هؤلاء الأطفال مثل السيروتونين ومع أن الإتفاق العام الذي تم التواصل إليه عن طريق هذه الفحوص الطبية، هو أن هناك اختلاف ذا دلالة بين الأطفال التوحديين في هذه المظاهر والتغيرات العضوية والكيمائية ولذلك لا يوجد مؤشراً واحداً يمكن الركون إليه في تمييز هؤلاء الأطفال عن أقرانهم الأسوياء ، إلا أن الفحص الطبي كان موضوع عدد كبير من البحوث.

٢- القياس والتقييم النفسي التقليدي Traditional Psychological Assessment

Assessment : إن التقييم والقياس النفسي للأطفال التوحديين باستخدام الإختبارات النفسية التقليدية لم يطبق منذ مدة طويلة، فقبل عقدين من الزمن كانت الفكرة السائدة بين المختصين أن الأطفال المصابين بالتوحد غير قابلين للقياس والتقدير النفسي ولا يمكن تطبيق الإختبارات عليهم ولكن مع التطور الذي حدث في تعديل الإختبارات النفسية التقليدية، ومع اتباع طرائق التقدير السلوكي، أصبح الأطفال التوحديين أكثر قابلية للقياس ومطواعون بحيث يمكن الحصول على نتائج هامة عنهم (Firth,1999).

٣- التقييم السلوكي Behavioral Assessment: يتضمن التقدير السلوكي

تحديد السلوكيات المستهدفة والمتغيرات الضابطة لها، ويتم إجراء ذلك باستخدام التقنيات السلوكية مثل الملاحظة، قوائم الفحص، وتحليل المهام **Analysis Tasks** ويضيف محمد قاسم إن إمكانية تطبيق التقدير السلوكي لإتخاذ قرارات هامة أمر مشجع ويعد بنتائج هامة فيما يتعلق بالتربية الخاصة كما أن الكثير من النتائج الإكلينيكية حول الأطفال التوحديين تستند إلى مثل هذه التقديرات (وخاصة الملاحظة السلوكية) ثم أن طرائق التقييم السلوكي ضرورية من أجل المراقبة المستمرة للبرامج التربوية التي تتطلبها خطة المعالجة حتى تحقق هذه البرامج غايتها المطلوبة.

يرى وولف (١٩٨٨) **Wolf** أنه يمكن تشخيص اضطراب التوحد من خلال ملاحظة الاطفال المصابين به حيث أنهم يعانون من:

١. عطب واضح في الإتصال التفاعلي بالآخرين.
٢. عطب واضح في الإرتقاء اللغوي: وغالباً ما يردد الطفل الإجتراي الكلمات، ويعاني غالباً من عدم القدرة على استخدام الضمائر كأن يلقب الأفراد أنا ويلقب نفسه أنت بالإضافة إلى عدم القدرة علي التخيل وتقليد الآخرين.

٣. ممارسة أنماط سلوكية نمطية: ويقرر أباء الأطفال التوحديين والعاملين معهم أنهم يرفضون كل ما يؤدي إلى التكامل بينهم وبين العالم المحيط بهم، وقيمون باستمرار الحواجز لهم، وقد لاحظ «كانر» أنه ليس لدى الطفل التوحدي بين الشهر الرابع والثامن من عمره أي حركة تدل علي أنه يستعد كي يحمله أحد بل على العكس فكل حركاته هدفها أن يعزل نفسه، ولديه خلاا في التواصل، والإندماج والتاقلم مع الآخرين ومع البيئة، واضطرابات في اللغة والأساليب المختلفة غير اللغوية (محمد الدفراوي، ١٩٩٣).

وقد لخص Roeyers (١٩٩٥) محكات التشخيص الواردة في (DSM-IV) كما

يلي:-

١. افتقاد الإستجابة للآخرين.
٢. قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
٣. قصور واضح في النمو اللغوي.
٤. مقاومة التغيير والإصرار على الروتين.
٥. ضعف في القدرة العقلية.
٦. قصور في فهم الإنفعالات.
٧. قصور شديد وملحوظ في الأنشطة والإهتمامات.
٨. عدم ظهور أعراض الريت Rett أو الإسبرجر Asperger .
٩. بدء ظهور أعراض التوحد قبل اكتمال العام الثالث من العمر .

ضرورة الإكتشاف المبكر Early Identification :

يبدأ اضطراب الأوتيزم عادة قبل اكتمال العام الثالث من العمر، وقليلاً ما يبدأ بعد ذلك (Rutter,1978;A.P.A,1980) وفي الغلب يصعب تحديد السن الذي بدأ

فيه الإضطراب إذا لم يكن هؤلاء الذين يقومون برعاية الطفل قادرين على العطاء معلومات دقيقة عن مظاهر النمو اللغوي والاجتماعي لدى الطفل في شهوره وسنواته المبكرة. حيث يصعب رصد مظاهر الإضطراب في مرحلة الرضاعة فقد تفسرها الأم بأنها هدوء مبالغ فيه، ولا تنتبه إلى خطورتها وأنها تنذر بوجود حالة اضطراب لا بد من متابعتها، لذا فقد حاول كثير من العلماء التعرف على خصائص النمو المبكر للأطفال التوحيديين في الشهور الأولى من الحياة.

وتظهر سمات الطفل التوحيدي قبل إتمامه العام الثالث وإذا لوحظ أي منها يجب الإهتمام بمتابعة الطفل وعرضه على إختصاصي، ومن هذه السمات:

١. عدم محاولة الطفل تحريك جسمه أو أخذ الوضع الذي يدل على رغبته في أن يحمل.
٢. تصلُّب الطفل عندما يحمل ومحاولة الإفلات.
٣. يبدو كما لو أنه أصم لا يسمع، فهو لا يستجيب لذكر اسمه أو لأي من الأصوات حوله.
٤. فشل الطفل في التقليد كباقي الأطفال في المرحلة العمرية نفسها.
٥. قصور أو توقف في نمو القدرة على الإتصال اللغوي وغير اللغوي.

مقياس التشخيص لإضطراب التوحد: كل البنود التالية:

١. حمل وولادة طبيعيين .
٢. تطور ونمو حركي نفسي طبيعي خلال الخمسة أشهر الأولى من الحياة .
٣. محيط الرأس طبيعي عند الولادة .

حصول البنود التالية بعد مدة من التطور الطبيعي:

- أ)-تباطؤ نمو محيط الرأس في العمر بين (٥ و ٢٤) شهراً.

ب)-فقد القدرات المكتسبة لحركة اليدين في العمر بين (٥ و ٣٠) شهراً مع حدوث حركات نمطية متكررة مثل ررفة اليدين .

ت)-فقد الترابط الإجتماعي المكتسب في مدة سابقة (عادة التفاعل الإجتماعي تتكون بعد هذا العمر) .

ث)-ظهور مشية غير متزنة ، أو ظهور حركات جسمية غير طبيعية .

ج)-النقص الشديد في تطور اللغة الاستقلالية والتعبيرية ، مع وجود التخلف النفسي والحركي (عبد الله الصبي،٢٠٠٣) .

اضطراب أسبيرجر Asperger`s disorder :

هو أحد اضطرابات التطور، عادة ما يظهر في وقت متأخر عن التوحديين أو على الأقل يتم اكتشافه متأخراً، ويتميز بالتالي:

١ . نقص المهارات الإجتماعية .

٢ . صعوبة في التعامل الإجتماعي .

٣ . ضعف التركيز والتحكم .

٤ . محدودية الإهتمامات .

٥ . وجود ذكاء طبيعي.

كما أن الكثير من أطفال التوحد لديهم نقص في القدرات الفكرية ، ولكن مستوى الذكاء في هذا النوع من الأطفال يكون عادياً أو فوق العادي ، لذلك فإن البعض يطلقون على هذا النوع مسمى التوحد عالي القدرات High Functioning Autism .

لغة جيدة في التخاطب والقواعد : في هذا النوع لا يكون هناك تأخر في

المهارات اللغوية ولكن قد يكون هناك صعوبة في فهم الأمور الدقيقة في المحادثة والتي تحتاج إلى تركيز وفهم دقيق ، كالدعابة والسخرية.

مقياس التشخيص لاضطراب اسبيرجر:

(أ) - ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الإجتماعي (بندين على الأقل):

١. ضعف شديد في استخدام السلوكيات غير اللفظية (التواصل النظري، تعبيرات الوجه، حركة الجسم ، الإيماء والإشارة).
٢. عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه في نفس المستوى العمري.
٣. قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب لعبة ما أو إحضارها أو الإشارة عليها).
٤. نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والإنفعالات مع المجتمع حوله .

(ب) - سلوكيات نمطية متكررة في نطاق ضيق من الإهتمامات والنشاطات (بند واحد على الأقل):

١. القيام بالإنهماك الكامل في واحدة أو أكثر من الإهتمامات النمطية غير الطبيعية في حدها أو تركيزها.
٢. الحرص على الرتابة ورفض تغيير الطقوس.
٣. تكرار الحركات الجسمية بطريقة مميزة (رفرفة الأصابع أو اليدين، التواء الذراعين أو الجسم، حركة معقدة للجسم) .
٤. الإنهماك الكامل والمستمر مع جزء من لعبة .
٥. الإضطرابات تؤدي إلى ضعف محسوس طبيياً في مهام وظيفية مهمة كالعلاقات الإجتماعية أو العمل.
٦. عدم وجود نقص عام ملاحظ طبيياً في القدرات اللغوية (كلمة واحدة في عمر السنتين، التواصل اللغوي في عمر الثلاث سنوات) .
٧. عدم وجود نقص عام ملاحظ طبيياً في القدرات الإدراكية والمعرفية، قدرات

مساعدة النفس، السلوك التكيفي (ما عدا التفاعل الإجتماعي)، الفضول حول البيئة المحيطة به مقارنة بمن هم في عمره.

٨. مجموعة الاضطرابات غير مشخصة كإنقسام الشخصية أو أحد أسباب اضطرابات (التطور العامة الأخرى) (عبد الله الصبي، ٢٠٠٣).

اضطراب التحطم الطفولي Childhood Disintegrative Disorder:

١. حالة نادرة .
٢. يمكن تشخيصها إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأولين من العمر.
٣. تبدأ الأعراض قبل سن العاشرة من العمر حيث يلاحظ تراجع الكثير من الوظائف (كالقدرة على الحركة، التحكم في التبول والتبرز، المهارات اللغوية والإجتماعية) .

قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بإصدار كتيب تشخيصي Diagnostic and Statistical بعد مراجعته وتقييمه في طبعته الرابعة عام (١٩٩٤) ليكون دليلاً يستخدمه الأطباء والمختصين بالإعاقات، (Manual (DSM – IV) الفكرية والسلوكية، لتقييم الحالات المرضية التي يتعاملون معها، وقد قسمت اضطرابات التطور العامة إلى خمس مجموعات، لكل مجموعة مقاييسها الخاصة وشروطها، هذه الشروط يجب تقييمها وملاحظتها عن طريق مجموعة من المتخصصين في هذا المجال، للخروج بالتشخيص المناسب.

كما وضعت الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA عام (٢٠٠٠) معايير محددة لتشخيص اضطراب التوحد، و اشترطت وجود ستة أعراض على الأقل من المجاميع الثلاث الواردة أدناه :

أ- اضطراب العلاقات الإجتماعية : ويشمل :

١. عدم الاحساس أو الإدراك بوجود الآخرين .
٢. عدم القدرة على بناء صلات قوية مع الأقران.
٣. انعدام أو نقص القدرة على المحاكاة .
٤. عدم طلب المساعدة من الآخرين في وقت الشدة ، أو طلبها بصورة غير طبيعية.

ب- اضطراب التواصل و التخيل : ويشمل :

١. ضعف التواصل مع الآخرين .
٢. اضطراب شديد في القدرة اللغوية .
٣. عدم القدرة على بدء أو انتهاء حوار مع الآخرين .
٤. انعدم القدرات الابداعية .
٥. اضطراب في نوع و محتوى الكلام مثل ترديد ما تم قوله (ظاهرة الصدى) أو تعليقات غير ذات صلة بالموضوع .

ج- محدودية النشاط و المشاركة مع الآخرين : ويشمل :

١. نمطية حركة الجسم .
٢. مقاومة تغيير البيئة المحيطة به .
٣. الحرص على الرتابة بدون سبب .
٤. الإنهماك الكامل مع اللعبة .

(عادل شبيب ، ٢٠٠٨، ٢١)

نظراً لكثرة الأعراض المرضية في التوحد، ولتشابه بعض هذه الأعراض ووجودها في حالات مرضية أخرى، فقد قامت جمعية طب النفس الأمريكية بوضع قاعدة عامة للتشخيص (DSM-IV-TR,2000) Diagnostic and Statistical Manual IV .

وتعتبر محكات الجمعية من أفضل محكات التشخيص قبولاً في الأوساط العيادية والتربوية (ابن صديق، ٥، ٢٠٠٥) وتحتوي هذه القاعدة على (١٦) عرضاً مرضياً على ثلاث مجموعات ويشترط في التشخيص وجود ما لا يقل عن ستة أعراض على الأقل من المجاميع الثلاثة. وفي دراسات ومدارس أخرى هناك قواعد مختلفة للتشخيص، كما أن بعض الأعراض قد يكون عدم وجودها طبيعي وفيها:-

أولاً: اضطراب العلاقات الإجتماعية :

١. عدم الإحساس أو الإدراك بوجود الآخرين .
٢. عدم طلب المساعدة من الآخرين في وقت الشدة ، أو طلبها بطريقة غير طبيعية .
٣. انعدام أو نقص القدرة على المحاكاة .
٤. انعدام التواصل واللعب مع الآخرين، أو القيام بذلك بطريقة غير طبيعية .
٥. عدم القدرة على بناء صداقات مع أقرانه .

ثانياً: اضطراب التواصل والتخيل :

١. عدم وجود وسيلة للتواصل مع الآخرين
٢. اضطراب في التواصل غير اللغوي.
٣. عدم وجود القدرات الإبداعية .
٤. اضطرابات شديدة في القدرة الكلامي.
٥. اضطراب في نوع ومحتوى الكلام مثل ترديد ما سبق قوله، أو تعليقات غير ذات صلة بالموضوع .

٦. عدم القدرة على البدء أو إكمال الحوار مع الآخرين .

محدودية النشاط والمشاركة مع الآخرين :

١. نمطية حركة الجسم .
٢. الإنهماك الكامل مع اللعبة.
٣. مقاومة تغيير البيئة المحيطة به .
٤. الحرص على الرتبة بدون سبب .
٥. محدودية النشاط والانهماك الكامل في نشاط ضيق محدود .

كما ذكر «فولكمار» أهم أدوات قياس تشخيص التوحد وهي كما يلي:

١. مقياس تقدير التوحد الطفولي: (The childhood Autism Rating Scale CARS)
٢. جدول الملاحظات التشخيصية للتوحد: Autism Diagnostic Observation Schedule.(ADOS) by Lord. Rutter, Goo-do, Heemsbergen, Jordan, Mawhood and Schopler, 1989
٣. قائمة أوصاف التوحد: -Frid Autism Descriptors Checklist (ADC) by man. Wolf and Cohen, 1983
٤. مقابلة تشخيص التوحد -المراجع: Re- The Autism Diagnostic Interview , Rutter, lord, Rios and McLennan, 1989
٥. جدول المراقبة التشخيصية للتوحد ما قبل تطور اللغة: (-Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule (PL-ADOS
٦. قائمة التوحد للأطفال دون السنتين: -Checklist for Autism in Toddlers(CHAT
٧. مقياس جيليام للتوحد: Gilliam Autism Rating Scales (GARS)

٨. أداة مسح التوحد للأطفال في عمر السنتين: Screening Test for Autism
(in Two- Years olds (STAT

٩. الأداة المسحية لحالات التوحد للتخطيط التربوي: Autism Screening In-
strument for Educational planing

١٠. قائمة تقدير لأعراض توحد الطفولة المبكرة: Checklist of Symptoms of
Early Infantile Autism. (نايف الزارع، ٢٠٠٥، ٣٩).

كما تعددت وكثرت الأدوات المستخدمة في تشخيص الطفل التوحدي، ورغم ذلك مازال التشخيص معقداً و صعباً للغاية، ويكرر «عثمان فراج» في مقالاته (١٩٩٤-١٩٩٦) أن ذلك يرجع إلى الغموض الذي يحيط هذه الإعاقة في جوانبها المتعددة سواء في تشابه أعراضها مع كثير من الإعاقات الأخرى - كما سبق وتم عرضه أو أسبابها التي مازال العلم عاجزاً عن تحديدها تحديداً دقيقاً.

لذا فإن عملية التشخيص للطفل التوحدي رغم تحديد محكات و معايير للتشخيص الدقيق، إلا أنها تحتاج إلى المتخصص المدرب الواعي ذو الخبرة العملية العالية في ملاحظة و تسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة، بالإضافة إلى إجراء الفحوص الطبية اللازمة على أجهزة السمع لإستبعاد حالة الصمم العضوي و على أجهزة الكلام لإستبعاد حالات البكم العضوي، و عدم إهمال الفحص الطبي العصبي و التقدير البيوكيميائي العصبي، وكذلك التقييم المعرفي باستخدام اختبارات الذكاء المناسبة.

▪ أدوات كثر استخدامها في الدراسات التشخيصية ما يلي:-

١- قائمة سلوك الذاتوي: (A.B.C) Autistic Behavior Checklist: قام

ثلاثة من علماء النفس المهتمين بإعاقة الأوتيزم و هم «كرج، أريك، الموند» Krug، Arick، Almond (١٩٨٠) بإعداد هذه القائمة للتعرف على الأطفال التوحديين و اتسمت هذه القائمة بالبساطة و الدقة في التشخيص و إمكانية استخدامها في تصنيف الأطفال ذوي الإعاقات الخاصة، كما أنها تتمتع بدرجة عالية من الصدق

والثبات. وقد استخدمها مورجان Morgan (١٩٨٨) في مجال التعليم تحت اسم «استمارة فرز حالات الأوتيزم في مجال التخطيط التعليمي» (ASIEP Austin Instrument for educational planning Screening A. بروفيل المجموعات العمرية المختلفة (Campbell, et als, ١٩٩١, ٣٣١) وتكونت (B. C من (٥٧) سلوكاً موزعة على خمسة أبعاد سلوكية تتمثل في:-

١. تقييم التفاعل الإجتماعي مع الآخرين ورعاية الذات.
٢. تقييم الإستجابات على المثيرات الحسية والصوتية والمرئية.
٣. تقييم الإحتياجات التعليمية في المجال اللغوي.
٤. تقييم القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.
٥. تقدير القدرات العقلية والقابلية للتعلم وسرعة اكتساب الخبرات.

وتهدف هذه الأبعاد السلوكية إلى تزويد المدرسين والقائمين بتخطيط البرامج التعليمية بالمعلومات اللازمة لوضع البرامج المناسبة لاحتياجات الأطفال الذاتويين. وتعتمد هذه القائمة التشخيصية على ملاحظة وتقدير المعلم لسلوك الأطفال ويمكنه تمييز الأطفال ذوي المستوى العالي من الأوتيزم - أي ذوي الإعاقة البسيطة والذي قد يكون السبب المباشر في الإصابة بالأوتيزم هو البيئة المدرسية (Campbell, et als, 1991, 331).

٢- نظام الملاحظة السلوكي: (Behavior Observation System) أعد

هذه الأداة فريمان ، ريتفو ، سكروز (Freeman, Ritvo, Schroth) (١٩٨٤) لتشخيص حالات الاوتيزم على أسس موضوعية، فيقوم الأخصائي بملاحظة (٢٤) سلوكا هادفا من أعراض الأوتيزم من خلال مشاهدة شريط فيديو السلوك اليومي للحالة ثم يقوم الإختصاصي بتسجيل معدل تكرار كل سلوك من هذه السلوكيات لفترة من الوقت تتيح التعرف على مدى ثبات السلوكيات التي تسم الحالة، وقد استطاع واضعي الأداة من خلال موضوعية لتشخيص الاوتيزم كما أنهم

أشاروا بأن الأداة لا يمكنها غالب التمييز بين الذاتوي ذوي المستوى الوظيفي المنخفض وذوي التخلف العقلي، وكذلك التمييز بين الذاتوي ذوي المستوى الوظيفي المرتفع والعاديين، ويرى المؤلفون أن التقدير الكمي لتفاعل الأطفال مع الملاحظ أو الإختصاصي هو أفضل السلوكيات المعبرة عن التفاعل الإجتماعي لديهم (Campbell, et als, 1991, 332) .

٢- مقياس ريتفو - فريمان لتقدير مواقف الحياة الواقعية:(RLRS)

قام ريتفو - فريمان بتعديل نظام الملاحظة (BOS) وإضافة بعض السلوكيات القابلة للملاحظة من خلال مواقف الحياة الواقعية بدلا من المواقف العملية المصطنعة، فأصبح هذا المقياس يتضمن (٤٧) سلوكاً مرتبطاً بأعراض الأوتيزم، و استخدمه ريتفو - فريمان في (١٩٨٦) في دراسات تقييميه للتعرف على أثر الفينفليرامين Finfluramine في تخفيف أعراض الأوتيزم(Campbell, et als, 1991,332) .

٤- مقياس ملاحظة الأوتيزم (AOS) Autism Observation Scale:

أعد هذا المقياس سيجل و آخرون Siegel, et als (١٩٨٦) لتشخيص حالات الأوتيزم ويعتبر من المقاييس موضوعية التقدير، يتكون من (٣٢) سلوكا رباعية التقدير، ويقوم بالتقدير ملاحظ مدرب جيداً على كيفية تفرغ جلسات اللعب شبه النظامية للأطفال والمسجلة على شرائط فيديو. وأن تطور المقياس ساعد في التعرف على المجموعات الفرعية المشتقة من الأوتيزم والتي يمكن ان تكون أكثر تجانسا من مجتمع الاوتيزم بصفة عامة، وهذه المجموعات الفرعية قد تكون ناشئة من الظروف الأسرية البيئية أو لها عالقة بمراحل النمو أو مصاحبة لأعراض سلوكية أخرى (Campbell, et als, 1991, 333) .

٥- مقياس الطب النفسي لتقييم الأطفال - Children's Psychiatric Rating Scale (C.P.R.S)

استخدم هذا المقياس لتقدير السلوك غير الفردي، وقد استخدمه الملاحظون لدراسات عديدة لتشخيص حالات الاوتيزم لأنه لا يتطلب

تفاعلا لفظي، كما استخدم في تجارب كينيكيه عديدة منذ عام (١٩٧٣). ويتكون هذا المقياس من (٦٣) عبارة تم بناؤها و خاصة (٢٨) عبارة الأولى على أساس ملاحظة سلوك الطفل، (١٤) عبارة الأولى منه مصممة لتلائم أطفال ما قبل المدرسة الذاتية وتشتمل هذه العبارات على السمات التالية:-

- ١ . قلة المحصول اللغوي.
- ٢ . التملل أو العصبية
- ٣ . فرط النشاط.
- ٤ . ضعف أو قلة النشاط.
- ٥ . علاقات شاذة بالأشياء والموضوعات.
- ٦ . الإنسحاب.
- ٧ . السلبية و عدم التعاون.
- ٨ . الغضب وحدة المزاج
- ٩ . علاقة غير طبيعية بالآخرين.
- ١٠ . عدم الثبات الإنفعالي
- ١١ . انخفاض الصوت بدرجة غير مناسبة.
- ١٢ . ارتفاع الصوت في صورة صياح أو ضحك بدون سبب.
- ١٣ . شذوذ واضح في النطق إن وجد (لأن معظم الأطفال الذاتويين لا يتكلمون).
- ١٤ . ممارسة سلوكيات نمطية شاذة كالاhtزاز أو الدوران أو ضرب الرأس بالحائط
(Campbell, et als, 1991, 333) .

و قد حسب «أوفيرال و كامبل» Overall, Campbell (١٩٨٨) صدق التكوين والحساسية والخصوصية لهذا المقياس عن طريق تحليل بيانات (١٨٠) حالة من الأطفال الذاتويين على أربعة عشر من عبارات المقياس، و باستخدام التحليل العملي متعدد المتغيرات ظهرت العوامل التالية: الأوتيزم - الغضب /عدم التعاون - فرط النشاط - الحديث غير الملائم.

وأوضحت العبارات الخاصة بعامل الأوتيزم كل خصائص الأطفال الذاتويين واستخدم هذا دراسات عديدة Campbell, et als, 1989, Campbell, et als, 1990 للتعرف على آثار العقاقير المستخدمة في تخفيف أعراض الأوتيزم ومنها هالوبيريدول Haloperidol المستخدم في التحكم في فرط النشاط و الغضب، نالتريكسون -Naltrexone في تقليل الإنسحابية و زيادة الحصيلة اللغوية (Campbell, et als, 1991, 334).

١- قائمة «ريميلاند» التشخيصية للأطفال ذوى السلوك المضطرب - الطبعة الثانية (١٩٧١)
(Rimland's Diagnostic checklist for behavior disturbed children- E2. 1971):

٢- مقياس تقدير أوتيزم الطفولة (Children Autism Rating scale) (C.A.R.S ، ١٩٨٠):

٣- بالإضافة إلى الأدوات التي تم عرضها توجد أدوات أخرى تفيد في تشخيص المظاهر السلوكية لحالات الأوتيزم ولكنها أقل استخداماً في الدراسات ومنها على سبيل المثال:-

(أ) - **المقابلة التشخيصية للأوتيزم: (A.D.I) Autism Diagnostic Interview:**

صممها «ليوكوتر» وآخرون Leo cutter, et als (١٩٨٩) لتحديد السلوكيات التي تميز أصحاب اضطرابات النمو الشاملة، وتم التطابق بين العبارات المميزة لسلوكيات حالات الأوتيزم من خلال المقابلة الشخصية و الواردة في الدليل العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD-10) و كان التقدير لهذه العبارات ثلاثي البعد أي يأخذ الطفل درجة (صفر) إذا كانت العبارة غير مطابقة لحالته، يأخذ درجة (١) إذا كانت الصفة التي تمثلها العبارة موجودة لديه ولكن لا تظهر باستمرار، يأخذ الدرجة (٢) إذا كانت الصفة التي تمثلها العبارة موجودة لديه بشدة، و حققت هذه الأداة

ثباتاً و صدقاً في التمييز بين حالات الأوتيزم و ذوي التخلف العقلي في عمر المدرسة ولكنها لا زالت تحتاج إلى الإضافة و التعديل لكي تستخدم مع حالات في عمر ما قبل المدرسة. (Campbell, et als, 1991, 330)

(ب)-أداة تقدير السلوك الذاتوي والنمطي لدى الأطفال (BRIAAC) :-
:havior Rating Instrument for Autistic and Atypical children

أعد هذه الأداة روتنبرج و آخرون (Ruttenberg, Dratman, Franki Wenar (1966) واستخدمت في دراسات عديدة (Wenar, et als (1989) ولكنها لا تصلح إلا للأطفال في عمر (4-5) سنوات ، تكونت الأداة من (8) مقاييس فرعية تصف سلوك حالات الأوتيزم من الدرجة الشديدة الإعاقة إلى المستوى العادي واستخدمت في تقييم فعالية العلاج العقاري المستخدم مع حالات الأوتيزم ومقارنة مظاهر النمو لدى الأطفال العاديين و الذاتويين. (Campbell, et als, 1991, 331)

(ت)-جدول الملاحظة لتشخيص الأوتيزم Autism diagnostic observation
:(schedule (ADOS

أعد هذه الأداة «لورد» و آخرون (Lord, et als,1989) لملاحظة سلوك التواصل الإجتماعي لدى الذاتوي المرتبط بأنواع أخرى من الإضطرابات، وهذه الأداة لا يمكن استخدامها منفردة في التشخيص، بل يجب استخدامها مع أدوات أخرى مثل المقابلة التشخيصية للأوتيزم (ADI) وتستخدم هذه الأداة مع الأفراد الذين يتراوح عمرهم العقلي بين 3 سنوات فأكثر (Campbell, et als, 1991, 333)

(ث)-مقياس تقدير السلوك الموقوت (Timed Behavior Rating Scale TBRS) :

أعد هذا المقياس «كوهين» و آخرون (Cohen , Anderson , Campbell (1978) لقياس مدى تكرار حدوث السلوكيات المصنفة في عشر مجموعات كل (30) ثانية لمدة عشرة دقائق ويهتم هذا المقياس برصد التغيرات الحسية والوجدانية الناشئة عن تناول عقار Haloperidol (Campbell , et als , 1991, 333) .

ج)-مقياس تقدير النمطية(TSRs) Timed stereotyped Rating Scale :

أعدّه كامبل (١٩٨٥) واستخدمه في دراسات أخرى منها (Campbell, et als, 1990, Campbell, et als, 1985) لفحص التغيرات الحادثة في السلوك النمطي لحالات الذاتوي التي تتناول عقار هالوبيردول (Campbell, et als, 1991, 333) .

لقد تم عرض أهم الأدوات التي استخدمت في تشخيص حالات الأوتيزم من الناحية السلوكية، وحيث أن مظاهر أو أعراض الأوتيزم ليست سلوكية فقط و لكن يكون التشخيص متكامل: لا بد من التشخيص للجانب المعرفي و العضوي للحالة فيتم تشخيص القدرات المعرفية لدى الذاتوي باستخدام اختبارات الذكاء، و كان أكثرها استخداماً هو اختبار وكسلر المعدل (WISC-R) .

وعادة يقتصر على الجزء العملي منه لضعف القدرات العقلية اللفظية لدى الذاتوي لأنه لا يستجيب على الجزء اللفظي من الإختبار، اختبار رسم الرجل، متاهة بورتيسوس، لوحة جودارد، اختبار ستانفورد بينيه اختبار الذكاء المصور لأحمد زكي صالح ويجب الإعتماد على أكثر من اختبار لمعرفة العمر العقلي للحالة، كما تعامل النتيجة بحذر و في ضوء نتائج الملاحظة واختبارات سلوكية أخرى كما يجب ألا نهمل الجانب العضوي في التشخيص، فإن أهمية الفحص الطبي للطفل لا تقل بل تزيد عن أهمية الجوانب السلوكية للظاهرة، حيث أن الجانب العضوي له دور كبير في هذه الإعاقاة، و منها الفحص الكروموزومي، فحص الجنين أثناء الثلث أشهر الأولى من الحمل، الرسام الكهربائي للمخ (Electro encephalogram EEG)، فحص الرنين المغناطيسي للمخ (Magnetic Resonance Imaging (MRI) (Campbell, et als, 1991, 337) .

ولما كانت الإضطرابات البيوكيميائية من العوامل المسببة للإصابة بالأوتيزم فكان من الضروري عند التشخيص الكامل للحالة فحص هذه الجوانب البيوكيميائية و منها جهاز الدوبامين Dopaminergic System، وكذلك جهاز السيروتونين En- (Campbell, et als, 1991, 339) dogenous Opiods ; Serotonergic System .

▪ معايير التشخيص:

معايير كانر Kanner (١٩٤٣) : عندما عرف «كانر» التوحد حدد النقاط التالية وجعل الصفتين الاولى والثانية معيارا لتشخيص حالات التوحد:

١. النقص الشديد في التواصل العاطفي في الآخرين
٢. حب الروتين (الكره الشديد لأي تغير في برامج حياته اليومية)
٣. التمسك الشديد غير المناسب بالأشياء.
٤. الظهور على هيئة طفل أصم أبكم.
٥. الإظهار أو الاحتفاظ ببعض القدرات المعرفية الجيدة (نايف الزارع، ٢٠٠٤، ١٦).

أولاً: معايير كريك Creak (١٩٦١):

١. عدم القدرة على إقامة علاقات انفعالية مع الآخرين.
٢. عدم الوعي بالهوية التشخيصية بشكل لاي تناسب مع العمر.
٣. انشغال مرضي بأشياء محددة في بعض الخصائص بدون الإهتمام بالوظائف.
٤. المقاومة الشديدة للتغير في البيئة والمحافظة على التماثل (الروتين).
٥. خبرات إدراكها شاذة (غير سوية)
٦. قلق غير منطقي وحاد ومتكرر.
٧. فقدان الكلام وعدم اكتسابه أو الفشل في تطويره.
٨. تشويها في نمط الحركة.
٩. يظهر تخلفاً شديداً وقدرات وظيفية ذهنية محدودة سواء كانت طبيعية أو غير طبيعية (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٥، ٣٢).

ثانياً: معايير روتر Rutter (١٩٧٨):

١. قصور في النمو العاطفي.
٢. قصور في التواصل مع الآخرين.
٣. سلوكيات متكررة وثابتة ومعارضة للتغير.
٤. بداية الحالة قبل بلوغ الـ ٣٠ شهراً من العمر (وفاء الشامي(أ)،،٢٠٠٤،٣).

ثالثاً: الجمعية البريطانية الوطنية للأطفال ذوي اضطراب التوحد:

(National Society for Autistic Children NSA,1978)

ترى أن اضطراب التوحد يشمل على المظاهر التالية:

١. اضطراب في معدل النمو وسرعته .
٢. اضطراب حسي عند الإستجابة للمثىرات.
٣. اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.
٤. اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة (نايف الزارع ، ٢٠٠٤، ١٧).

ويري كل من رتيفو وفريمان Ritvo&Freeman (١٩٨٧) أن مستوى ذكاء الطفل التوحدي يقل عن (٥٠) درجة إذا ما طبق عليه اختبارات الذكاء. وهما يوجهان نقداً لما توصل إليه «كانر» حيث يعترفان بالجهود التي بذلها في الوصول إلى وصف إكلينيكي للتوحيدين ، إلا أنه لم يحدد أسساً موضوعية للتشخيص.

وهما يضيفان لكثير مما تقدم من محددات تساعد على تشخيص دقيق لذوي الإضطراب التوحدي مستوى ذكاء الطفل التوحدي الذي يقل ذكائه عن (٥٠) درجة، ويتفقان مع غيرهما على عدم الإعتراف بمحددات «كانر» واعتبروها قاصرة للتشخيص الجيد لهذه الحالة من الأطفال.

ويفق كل من زيدان السرطاوي وكمال سالم (١٩٨٧) مع «ريتفو وفريمان» على اعتبار مستوى الذكاء محددًا لهذه الحالة عندما وضعا عدداً من الخصائص التي يمكن الإعتماد عليها لتشخيص الأطفال التوحديين هي : مستوى الذكاء ، والتحصيل الدراسي، والسلوك العدواني، والنشاط الزائد، وتشتت الإنتباه والإندفاع، والقلق، والإسحاب، وسوء التكيف الإجتماعي إلا أنهما يضيفان على ما سبق ذكر عدد من المحددات للتشخيص، كالنشاط الزائد، وتشتت الإنتباه والإندفاع.

وقد انتهى «وارد» Ward (١٩٩٠) إلى الإعتماد على أربعة محكات لتشخيص حالة التوحد عندهم، وفي مقدمة هذه المحكات: الإرتباط الشديد بالأشياء ، وضعف المستوى اللغوي واستخدامه، وضعف التواصل مع الآخرين، والإعتماد على استخدام الرقابة والروتين، وضعف في الوظائف العصبية بالإضافة إلى وجود كثير من المحددات التي تعين على عملية التشخيص التي سبق الإشارة إليها .

كما اعتمد عدد من الباحثين في تشخيص حالة التوحد على ما استطاعوا أن يحصوه من مظاهر اضطراب التوحيدي. ومن بين هؤلاء «جابر عبد الحميد وعلاء كفاية» (١٩٩١) اللذان اعتمدا على عدد من الأعراض تجمعت في ثلاث محددات هي:

١. نقص في الإستجابة للآخرين، ويتمثل في عدم الإهتمام، وال فشل لإستجابة لمحاولات التدليل، ونقص الإنتباه للآخرين، وعدم الإستجابة للمثيرات البصرية (استجابة العيون)، واللامبالاة، والنفور من العاطفة والمودة.
٢. قصور في عملية نمو التواصل، والذي يتدرج من غياب اللغة الكامل كأداة اتصال إلى القواعد اللغوية كالفشل في استخدام الضمائر، وترديد الأصوات الإيكولاليا (Ecolalia)، ويمكن أن نطلق عليها باللغة العربية الإضطراب الصدوي، أو المحاكاة الآلية، أو حديث المصاداة.. حيث أن الفرد بمقتضي هذا الإضطراب يميل إلى تكرار ألفاظ معينة أو جملاً محددة صادرة من شخص آخر أو فيلم أو أغنية في المواقف المختلفة دونما علاقة، وإما أنه بذلك يفسر

الموقف أو يتفاعل مع الآخر كذلك عدم القدرة على تسمية الأشياء لغوياً ،
وإستخدام لغة إستعارية خاصة بهم (إبراهيم عبد الجليل، ٢٠٠٦، ٩٨) .

٣ . أنماط سلوكية شاذة ، كالمقاومة لأي قدر من التغيير وإن كان قليلاً، والتعلق الشديد بأشياء معينة، كالدوبارة، وسير الجلد، والتصفيق، والحملقة في الأشياء الأسطوانية.على هذه المحددات أنها قد أدمجت في ثلاثة أبعاد كل بعد منها يضم عدداً من المظاهر والأعراض والتي اعتبرت محددات فرعية لحصر الأمر، ومحاولة تسهيل عملية كشف وتحديد الطفل ذوي الإضطراب التوحدي.

ويوسع رمضان القذاي في (١٩٩٤) في عدد من المحددات التي يعتمد عليها لتشخيص الإضطراب التوحدي عندما وضع تسعة محددات للحكم بأن الأطفال يعانون من الإضطراب التوحدي:

- ١ . اضطراب الكلام أو عدمه: وإذا تكلموا فإن كلامهم غريب، وغير مفهوم أحياناً، مع عدم محاكاة الآخرين في الكلام كغيرهم من الأطفال العاديين.
- ٢ . عدم القدرة على إقامة علاقات مع غيرهم؛ فهم يرفضون تلقي الحب والعطف، وصحبة الآخرين والإستجابة لتبادل المشاعر مع الوالدين، وغيرهم من الناس ، والإهتمام بهم، والملاطفة والملاعبة، بل والعمل على تجنبها .
- ٣ . إشاعة الحزن عليه دون وعي؛ حيث لا يظهر أي نوع من الإنفعالات مهما اختلفت المواقف.
- ٤ . اضطراب النمو العقلي، وإن ظهر تفوق ملحوظ في بعض المجالات، وظهور بعض المهارات الميكانيكية كتشغيل الإنارة، والأقفال ، وحل وتركيب بعض الادوات والأجهزة، وقد يبدو لدى بعضهم مهارة في العزف الموسيقى .
- ٥ . إظهار أنماط سلوكية متكررة؛ ويبدو هذا في اللعب بطريقة محددة بالأدوات، وتحريك الجسم بطريقة معينة دون ملل أو إعياء .

٦. كثرة الحركة أو انتقائها، والجمود التام، فهم إما في حالة سكون تام أو حركة كثيرة، والعزلة عن الناس حسياً وحركياً.
٧. عدم الإحساس الظاهر بالألم؛ ولهذا فهم لا يقدرّون المخاطر التي يتعرضون لها. وبالتالي يتعرضون لها مرة بعد الأخرى مع الاضرار التي قد تلحقهم أو الإيذاء الذي يصيبهم.

بينما يقصرها عثمان فرج (١٩٩٤) إلى ثمانية محددات يعتمد عليها لتشخيص حالة الإضطراب التوحدي لدى الطفل؛ وهي:

١. القصور الحسي: والتي يشير فيها إلى عجز الطفل عن الإستجابة للمثيرات الخارجية سواء كانت هذه المثيرات سمعية أو بصرية، وقصور في الإدراك الحسي وغيرها من العمليات العقلية، كالتخيل، والتذكر، ومعالجة المشكلات والإستيعاب.
٢. العزلة العاطفية أو البرود الإنفعالي: حيث عدم الإستجابة لأية محاولة حب أو عطف عليه من الوالدين، وعدم الإكتراث بتدليله أو ضمه وتقبيله، ومداعبته، وأن حضور الوالدين أو غيابهما لا يعني شيء وكأنه لا يعرفهما، ولا يهتم بتواجده مع الآخرين أو إبداء العاطفة نحوهم.
٣. الإندماج الطويل والسلوك النمطي المتكرر: حيث كثرة الحركات المحددة وتكرارها بشكل متصل ولفترة طويلة. ويبدو هذا في حركة رأسه أو جسمه أو قدميه، أو ضرب اليدين ببعض، أو إصدار أصوات معينة أو همهمة بشكل متكرر، والحملقة في اتجاه مصدر الضوء أو الصوت والبقاء طويلاً على هذه الحالة.
٤. نوبات الغضب وإزاء الذات: فالطفل التوحدي أحياناً ما يكون مصدراً سلوكياً عدوانياً نحو أفراد الأسرة أو من يتولون رعايته، ويبدو هذا في عضهم ومحاولة خدشهم أو الركل. أو إتلاف كل ما يكون أمامه من أشياء، وإحداث ضجة وصراخ مستمر لفترة طويلة، وقد يصل الحد إلى الإصابة البالغة.

٥. القصور اللغوي والعجز عن التواصل: إن الطفل التوحدي لا تثيره الأصوات العالية إلا أنه أرق الأصوات، وأقلها شدة، كحفيف الأوراق الرقيقة. وهذا لا يعني أنه مصاب بالصمم والبكم، واستجابة للأصوات ناتج عن عدم قدرته على الفهم، وإدراك المعاني. وعندئذ لا يستطيع أن يتقن الكلام للتعبير عن نفسه. كما أنه يصدر اصواتاً غير ذات معنة أو دلالة. ومن يعتني به في عملية تعليمه، فإنه لا يفهم ما يقال له، وإذا قال لا يعدو أن يكون ترديد للصوت بدرجته ونغمته، وفي الوقت نفسه قد يتأخر في الإجابة عن الأسئلة التي يسمعها. ويحصر تحصيله اللغوي في عدد من الكلمات، لا يستطيع استخدامها استخداماً صحيحاً. كما أنه يعمم استخدام ما عرفه من الألفاظ على أي شكل يقاربه.

٦. تفكير الطفل التوحدي منصباً على الذات: وإن جاز إطلاق كلمة التفكير للطفل التوحدي فإننا نلاحظ انه ينبعث عن حاجاته ورغباته، وأهوائه. وهذا من شأنه أن يبعده عن واقعه الاجتماعي الذي يعيش فيه لأن كل ما تقدم من دوافع مرتبط بذاته فقط دون أي اعتبار للآخرين. أي انه يعيش في عالمه الخاص به، وهو يفعل هذا مستغرقاً مع ذاته.

٧. قصور في السلوك التوافقي: ويبدو هذا الجانب في أن ما نلاحظه من سلوك نمطي تكراري يصدر عنه عاجز عن مثيله بالنسبة للأطفال العاديين ممن هم في مثل عمره الزمني، ومستواه الإقتصادي الاجتماعي. ولهذا فهو لا يستطيع إطعام نفسه، ورعايتها، وحمايتها، بل يحتاج لمن يرعاه في كل هذا، لأنه يعجز عن تقدير ما يتعرض له من أخطار.

٨. الأفعال القسرية، والطقوس النمطية: ويبدو هذا في ثورته عن حدوث أي تغيير في سلوكه اليومي أو الواقع الذي يعيش فيه. كأن يغير الكوب التي اعتاد ان يشرب منه، أو تغيير ترتيب نظام الأثاث في المنزل فهو في هذه الحالة يغضب، ويندفع في البكاء. لهذا فإن ما يأتي به من سلوكيات يعد طقوساً لا تتغير كما هي الحل في كل ما يأتي به من حركات جسمية اعتاد على الإتيان بها.

كما جاء في دليل تشخيص الإصدار الرابع المعدل عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV-TR) إنَّ تشخيص اضطراب التوحُّد يتطلب (ستة) من المحكَّات الأساسية من الفئة (١ و ٢ و ٣) حسب ما سيرد لاحقاً، ولكن من الضروري توفر ما لا يقل عن (اثنين) من الفئة (١) و واحد من كل من الفئة (٢) و (٣) وذلك كما يأتي:-

(١)- إعاقات واضحة في التفاعلات الاجتماعية، وذلك كما يُعبَّر عنها على الأقل في) اثنين (مما يأتي):

أ- إعاقة واضحة في استخدام اللغة والسلوك الغير لفظي .

ب- ندرة في العلاقات البين شخصية والتي تُنمى بطريقة ملائمة لعمر الفرد .

ت- ندرة في الإشتراك في الإهتمامات مع الآخرين

ث- ندرة في التبادل والمشاركة الإجتماعية والعاطفية .

(٢)- إعاقة واضحة في التواصل كما يُعبَّر عنها على الأقل في واحدة مما يأتي :

أ- تأخر أو ندرة في اللغة المنطوقة .

ب- إعاقات واضحة في القدرة على تقليد أو متابعة التواصل مع الآخرين .

ت- تقليد أو إعادة نمطية في استخدام اللغة .

ث- ندرة أو قلة في صنع اللعب التخيلي الملائم للمرحلة العمرية .

(٣)- تكرار بصورة تقليدية لنماذج مشابهة ومكررة من السلوك بطريقة نمطية وذلك كما يُعبَّر عنها على الأقل في واحدة مما يأتي :

أ- الإنشغال بوحدة على الأقل من السلوكيات النمطية من الاهتمامات .

ب- التمسك الصلب بالأشياء الروتينية الغير وظيفية أو بطقوس معينة .

ت- سلوكيات نمطية وتكرارية بحركات معينة .

ث- الإنشغال بطريقة صعبة بأجزاء من الأجسام .

كما جاء في الدليل التشخيصي طبقاً للجمعية الأمريكية للطب النفسي الإصدار الخامس (DSM5) في مايس عام ٢٠١٣ م أصدرت الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (APA) الإصدار الخامس الجديد للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية بمختصر لمصطلحه (DSM5) ظهر فيه معايير التشخيص لإضطراب طيف التوحد (ASD) واضطراب التواصل الإجتماعي ذات الصلة بالتوحد (SCD) مما أدى إلى حدوث تغييرات جديدة في تشخيص بعض الأمراض النفسية ، هذه التغييرات الموجودة في الدليل (DSM5) تختلف عنها في الإصدار الرابع المعدل السابق من الدليل (DSM-IV –TR).

نص دليل (DSM5) على إن الطفل ذو اضطراب التوحد يتصف بما يأتي:

(١)- صعوبة مستمرة في استخدام التواصل والتفاعل الإجتماعي سواء التواصل اللفظي أو غير اللفظي مع المواقف المختلفة في المراحل الحالية أو ما قبلها ويتضح لنا في الظواهر التالية :

أ- صعوبة في التبادل الإجتماعي العاطفي : ويتراوح ما بين التعامل الإجتماعي غير الطبيعي وال فشل في تبادل حوار اعتيادي ، مثلاً : إلى الفشل في المشاركة في الإهتمامات والعواطف والمزاج إلى الفشل في بدء تفاعل إجتماعي أو استجابة له .

ب- صعوبة في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الإجتماعي : ويتراوح ما بين ضعف في تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي ، مثلاً : إلى خلل في التواصل البصري ولغة الجسد ، أو صعوبة في فهم واستخدام التعبيرات الجسدية (الإيماءات) إلى الغياب الكامل لتعابير الوجه والتواصل غير اللفظي .

ج- صعوبة في إنشاء العلاقات أو الحفاظ عليها أو فهمها: ويتراوح من صعوبات في ضبط السلوك ليتلائم مع مختلف المواقف الاجتماعية ، مثلاً : إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي ، أو إنشاء الصداقات ، إلى فقدان الاهتمام بالأقران .

(٢)- سلوك أو اهتمامات أو أنشطة تتصف بالتحديد أو التكرار كما هو ظاهر في (اثنين) على الأقل مما يلي سواء في المراحل الحالية أو ما قبلها ومنها ما يأتي :-

أ- نمطية وتكرار في حركات الجسم أو في استخدام الأشياء أو في الكلام، مثلاً: نمطيات حركية بسيطة ، أو ترتيب الألعاب في طابور ، أو قلب الأشياء، أو إعادة ترديد الكلام المسموع (كصدى) أو ترديد عبارات خاصة غير ذي معنى.

ب- الإصرار على المثلية (تماثل الأفعال) وارتباط دائم بالأفعال الروتينية أو الطقوسية أو طبيعة التفكير أو السلوك اللفظي وغير اللفظي، مثلاً: اضطراب كبير عند حصول تغيير بسيط، أو صعوبات في التغيير، أو طبيعة تفكير جامدة أو طقوس ترحيب خاصة، أو الحاجة إلى أخذ نفس الطريق، أو تناول نفس الطعام يومياً .

ج- اهتمامات محددة وثابتة بشكل كبير وبصورة غير طبيعية من ناحية الشدة والتركيز، مثلاً: ألتعلق أو الإنشغال الشديدين بأشياء غير اعتيادية ، أو التقيد بصورة مبالغ فيها، أو المواظبة على الإهتمام بشيء محدد .

د- فرط أو انخفاض حركي نتيجة للمدخلات الحسية أو اهتمامات غير طبيعية بالجوانب الحسية للمحيط (عدم إحساس للألم والحرارة) ، مثلاً : استجابة سلبية للأصوات ، أو أحاسيس لمس معينة ، فرط في شم أو لمس الأغراض ، انبهار بصري بالأضواء والحركات .

٣)- يجب أن تظهر الأعراض في الفترة المبكرة من نمو الطفل ، لكن قد لا تظهر الأعراض بشكل واضح حتى تظهر الحاجات الاجتماعية لدى القدرات المحدودة للطفل التوحيدي ، أو قد لا تظهر أبداً لحلول استراتيجيات مكتسبة لتحل محلها خلال الفترات الأخيرة من النمو .

٤)- يجب أن تسبب الأعراض ضرراً واضحاً في الفعاليات الاجتماعية والوظيفية والفعاليات الحياتية الأخرى المهمة .

٥)- هذه الاضطرابات يجب أن لا تكون بسبب نقص في الذكاء (اضطرابات الذكاء التطورية) أو بسبب تأخر النمو العام ، إن نقص الذكاء واضطراب طيف التوحد يظهران متزامنان معاً عادةً ، ولعمل تشخيص ثنائي للإضطرابين في اضطرب

واحد ، يجب أن تكون القابلية للتواصل الإجتماعي أدنى مما هو متوقع للنمو الطبيعي .

▪ ملاحظات على تصنيف الإصدار الخامس :

- ١ . حسبما هو معمول في تشخيص التوحد فإن الطفل عليه تحقيق (١٢) محك ليتم تصنيفه ضمن العديد من الحالات ومنها : اضطراب التوحد الأعتيادي، اضطراب الطفولة التفككية التحليلية ، اضطرابات النمو الشاملة غير المحددة، اضطرابات أسبيرجر، إلا أن التوجهات الجديدة تقوم على تجميع الحالات سابقة الذكر تحت مسمى واحد وهو متلازمة اضطراب التوحد (ASD) مما يستوجب على الأطفال ممن يتم تشخيصهم توفر إجراءات أكثر صرامة .
- ٢ . تخفيض مجالات التشخيص (٣و٢) مع التركيز على التواصل الإجتماعي ، والعجز عن التفاعل، وأنماط من السلوكيات المتكررة والإهتمامات .
- ٣ . تم تغيير حتمية اكتشافه قبل (٣) سنوات من العمر إلى الإكتشاف في فترة نمو الطفل في وقت مبكر، بالإضافة لحدوث تشوهات حسية محتملة ، وبالتالي تم ادراج مقياس للتعرف على مدى شدة أو حدة الإضطراب في كل من المجالات الأساسية .
- ٤ . تشتمل التقارير التشخيصية الآن على المحددات التي قد تعزز التصنيف الفرعي لعينة ممثلة، بما في ذلك المحددات لوجود أو عدم وجود القصور الفكري وضعف اللغة وعوامل طبية أو وراثية أو بيئية معروفة .
- ٥ . المعايير الجديدة تتطلب التعرف على تاريخ حدوث الأعراض التي قد لا تكون موجودة في الوقت الراهن)وقت الكشف السريري (مع الإعتراف بأنه من خلال التدخل أو التطور الطبيعي فإن بعض الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد لم تُعدّ تظهر لديهم بعض الأعراض في وقت لاحق من حياتهم .
- ٦ . كما أضاف التصنيف الخامس (DSM5) فئة جديدة تسمى اضطراب التواصل الإجتماعي (SCD) لتشخيص الأفراد الذين يعانون من مشاكل

الإتصال اللفظي وغير اللفظي ولكنها تفتقر لغيرها من الصفات المرتبطة بالتوحد كما إن بعض الحالات من ذوي اضطرابات (PDD -- NOS) طبقاً للتصنيف القديم سيتم وضعهم ضمن التصنيف الخامس على إنهم كأفراد من ذوي اضطراب التوحد (SCD) تحت (DSM5) .

٧. بعد تطبيق المحكات التشخيصية للإصدار الخامس (DSM5) تم ملاحظة الانخفاض الملحوظ إحصائياً في التشخيص لما يقترب من ٢٢٪ مقارنة بتطبيق المحكات الخاصة بتشخيص الدليل الرابع (DSM-IV).

٨. كما يلاحظ إن هناك انخفاض ملحوظ إحصائياً يقرب من (٧٠٪) عن تشخيص (PDD-NOS) عند إعادة التشخيص بدليل (DSM5) في حين إن تشخيص أسبيرجر رفض أن يتم وضعه تحت (DSM5) وكان لحد ذاته دلالة إحصائية.

وهناك أسئلة لتشخيص اضطراب الأوتيزم حسب مقياس DSM4 المعتمد عالمياً؛

لا توجد فحوصات طبية مثل التحاليل المخبرية أو الإشعاعية تثبت اضطراب الأوتيزم أو تعتمد تشخيص هذا الإضطراب وبشكل تقريبي تتألف الأسئلة التشخيصية حسب المقياس العالمي DSM4 كما يلي:

أولاً: ظهور مجموعة من الأعراض المرضية في مناطق التطور عند الطفل وهي:

(أ) - ضعف نوعي في التفاعل الإجتماعي؛

١. ضعف ملحوظ في استعمال المهارات الشفهية المتعددة مثل الحذقة بالعين ، التعبير بحركات الوجه، حركات جسمية، إيماءات لتنظيم التفاعل الإجتماعي.
٢. الفشل في تطوير علاقات مع أقرانه من نفس العمر وفتور في المشاعر.
٣. لا يستمتع في التفاعل مع الأهل مثل عرض شيء أو جلب شيء أو الإشارة إلى الأشياء لعرضها.
٤. لا يشارك في النشاطات مثل الألعاب الجماعية والمرح.

(ب) - عجز في التحصيل والتواصل اللغوي واستعمالاتها:

١. تأخر في التحصيل اللغوي وعدم استعمال البدائل الالفاظية مثل النظر بالعين أو حركات الجسم أو الإيماء.
٢. إن كان قادراً على استعمال اللغة لا يبدأ الحوار أو لا يكمله.
٣. الاستعمال النمطي والتكراري للكلام.
٤. اهتماماته اللغوية مقيدة وغير مرنة أو تخيلية.

(ج) - نمطية السلوك والإهتمامات:

١. مقاومة التغيير واعتماد سلوك مقيد.
٢. تمسك صلب بالروتين وبعض الطقوس.
٣. حركات نمطية وتكرارية مثل رفرفة الأيدي ، فرك الأجسام أو هزة الجسم للأمام والخلف.
٤. الإنشغال الدائم بأجزاء الأجسام (محمد عبد الفتاح، ٢٠١١، ١١١).

▪ التشخيص الفارق Differential Diagnose :

بالرغم من تحديد محكات دقيقة لتشخيص الأوتيزم، وتحديد السمات أو العلامات المميزة للنمو المبكرة لهؤلاء الأطفال، إلا أن صعوبة الوصول إلى تشخيص دقيق لحالة الأوتيزم مازالت موجودة بالفعل، ويرى كثير من العلماء (O'gorman,1970;Wat-son,1973;Marchion,1982;Hagberg,et als 1983; Gillberg, 1990; Campbell, et als,1991; Barthelemy,et ajs 1992; Bailey,et als,1993) أن السبب الرئيسي في ذلك هو التشابه بين بعض أعراض الأوتيزم وأعراض إعاقات أخرى عديدة منها (التخلف العقلي- الذهان-زملة أعراض اسبيرجر، ريت-الإعاقة السمعية-إعاقات التخاطب-الشدوذ الكروموزومي) ، ويضاف إلى هذا التلازم الذي يحدث كثيراً بين حالات الأوتيزم وهذه الإعاقات.

الفرق بين التوحد وطيف التوحد :

(١)- الاضطراب التوحدي Autistic disorders:

الأطفال ذوي الإضطراب التوحدي لديهم درجة متوسطة إلى شديدة من اضطراب التواصل والاتصال الاجتماعي بالإضافة إلى المشاكل السلوكية، والكثير منهم لديهم درجة من درجات التخلف الفكري.

مقياس التشخيص:

أ- على الأقل ستة بنود من المجموعات (١،٢،٣) ويكون على الأقل بندين من (١) وبنود من كلاً من (٢،٣):

(١)- ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي (على الأقل بندين):

- الضعف الشديد في استخدام الكثير من سلوكيات التواصل غير اللفظية كالتفاعل النظري، تعبيرات الوجه، وضع الجسم، الإيماء والإشارة.
- عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه .
- قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب(عدم القدرة على طلب لعبة ما ، أو إحضارها، أو الإشارة عليها)
- نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والإنفعالات مع المجتمع حوله .

(٢)- الضعف الكيفي والنوعي في التواصل (بنود واحد على الأقل):

- تأخر أو نقص المقدرات اللغوية (مع عدم تعويضها باستخدام طرق التواصل الأخرى كالإشارة مثلاً) .
- في حال المقدررة على الكلام، عدم القدرة على البدء في الحديث مع الآخرين واستمراره .
- الحديث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام، وقد يكون للطفل لغته الخاصة به .

- نقص القدرة على تنوع اللعب أو التظاهر بالقيام به، وكذلك نقص القدرة على محاكاة وتقليد الآخرين في لعبهم ، أو القيام بألعاب من هم في سنه .

(٣)- اهتمامات ونشاطات نمطية مكررة (بند واحد على الأقل):

- الإنهماك الكامل مع لعبة معينة ، واللعب بها بطريقة نمطية مكررة ، وفي نطاق ضيق محدود ، وبدرجة غير طبيعية من حيث التركيز والشدة .

- مقاومة تغيير الرتابة . نمطية وتكرار الحركات الجسمية (رفرفة اليدين والأصابع ، حركة الجسم المتكررة) .

- الإصرار على الانهماك الكامل مع جزء صغير من اللعبة .

ب- تأخر أو أو نقص التفاعل غير الطبيعي ، (ويبدأ تحت سن الثالثة) على الأقل بند من هذه المجموعة:

١- التفاعل الاجتماعي .

٢- اللغة كوسيلة للتواصل الاجتماعي .

٣- اللعب المنطقي والتخيلي (عبد الله الصبي، ٢٠٠٣).

اضطراب ريتز Rett` s disorder :

هذه الحالة تحدث للبنات فقط ، وفي هذه الحالة يكون هناك تطور طبيعي حتى عمر(٦ :١٨) شهراً، ثم يلاحظ الوالدين تغييراً في سلوكيات طفلتهم مع تراجع التطور أو فقد بعض القدرات المكتسبة خصوصاً مهارات الحركة الكبرى مثل الحركة والمشى، ويتبع ذلك نقص ملاحظ في القدرات مثل الكلام، التفكير، استخدام اليدين ، كما أن الطفلة تقوم بتكرار حركات وإشارات غير ذات معنى وهذه تعتبر مفتاح التشخيص، وتتكون من هز اليدين ورفرفتها ، أو حركات مميزة لليدين .

ويستخدم مصطلح التوحد في الوطن العربي تحت مسميات عديدة (الذهان=

التوحد-الذاتوية- الإجتراية) تتفق مع هذا الإتجاه بأن الأوتيزم يعتبر مرض عقلي

(ذهان أو فصام)يمكن عرضها على النحو التالي:-

(١)- ذهان الطفولة المبكرة Infantile Autism :

هو أحد أساليب السلوك الذهاني الذي يصنف كنموذج مستقل من نماذج الذهان كإحدى نماذج الشخصية الشاذة، يظهر لدى الأطفال تحت سن العاشرة، ومن خصائصه ضعف القدرة على الإتصال اللفظي بالآخرين والمحاولات القوية للإحتفاظ بكل شيء كما هو ، وعدم الرغبة في إجراء أية اتصالات بالآخرين، وغالباً ما يبدو الطفل الذهاني ذكياً، ولكنه لا يسلك سلوكاً سويماً في البيئة العادية.

(أرنوف ويتينج، ١٧٩١، ٢٨٨)

(٢)- الذهان الإجتراري Autistic Psychosis :

يعرفه «ما هالر Mahler» بأنه شكل من أشكال الذهان التطفلي فيه تكون بنية الأنا معيبة بنويماً ولا يستطيع الفرد أن يحافظ على العلاقة التكافلية مع أمه والطفل يتبنى الإجترارية كدفاع ضد المثيرات الخارجية والداخلية (جابر عبد الحميد وعلاء كفا، ١٩٨٨، ٣١٧).

(٣)-الإجترارية Autism :

هي انسحاب الفرد من الواقع الموضوعي إلى علام خاص من الخيالات والأفكار وفي الحالات المتطرفة توهمات وهلوسات. وقد اعتقد أن الإجترارية هي الخاصية الأولى للفصام، ولكنها تلاحظ الآن في اضطرابات أخرى مثل زملة كانر وبعض حالات الإكتئاب (جابر عبد الحميد وعلاء كفا، ١٩٨٨، ٣١٥).

(٤)-الإجترار الذاتي أو الإجترار العقلي Autism :

اصطلاح يستخدم في الطب النفسي وعلم النفس للإشارة إلى أنه « أسلوب من الخبرة والتفكير والحياة النفسية، يحل فيه الواقع النفسي محل الواقع المادي، وتقوم فيه المشاعر الوجدانية والحاجات الفردية الذاتية مقام الوقائع المادية والصلات الواقعية المنطقية» (إبراهيم مذكور، ١٩٧٥، ١٢).

وقد تم تحديد خمسة أنواع من اضطراب طيف التوحد وهي:

١. متلازمة اسبيرجر Asperger Syndrome: وهو اضطراب شبيه بالتوحد البسيط وغالباً ما يظهر مصحوباً بتأخر ملحوظ في المعرفة واللغة.

٢. اضطراب ريت Rett Disorder: وهو اضطراب يحدث في مراحل التطور الطبيعي من خمسة شهور إلى أربع سنوات مصحوباً بإعاقة عقلية.

٣. اضطراب الطفولة التفككي Childhood Disintegrative Disorder: وهو تطور طبيعي على الأقل من سنتين وحتى عشر سنوات متبوعاً بفقدان ملحوظ للمهارات.

٤. الإضطراب النمائي العام غير المحدد Pervasive Development Disorder NOT Otherwise Specified: وهو تأخر عام في النمو غير موجود في أي معيار تشخيصي.

٥. اضطراب التوحد Autistic Disorder: وهو إعاقة نوعية في التفاعل الإجتماعي والتواصل، كما يمتاز بأنماط سلوكية نمطية وتكرارية محددة (وفاء الشامي، ٢٠٠٤).

التوحد وطيف التوحد (الإضطرابات النمائية الشاملة) Disorders Pervasive Developmental: ستخدم مصطلح "اضطرابات التطور العامة" ابتداءً من عام (١٩٨٠) ليكون مظلة لوصف مجموعة من الحالات تجمعها عوامل مشتركة، وليس وصفاً تشخيصياً وإن كان بينها اختلافات وهي اضطرابات عصبية تؤثر على مجموعة من مناطق النمو الفكري والحسي، وعادة ما تظهر حوالي السنة الثالثة من العمر، ويجمع بينها العوامل المشتركة التالية:

١. نقص في التفاعل والتواصل الاجتماعي

٢. نقص المقدرات الإبداعية

٣. نقص في التواصل اللغوي وغير اللغوي

٤ . وجود نسبة ضئيلة من النشاطات والاهتمامات التي عادة ما تكون نشاطات نمطية (مكررة) (عبد الله الصبي، ٢٠٠٣).

بمعنى أن طيف التوحد غالباً ما يعرف بأنه اضطراب متشعب يحدث ضمن نطاق أعراضه وصفاته تظهر على شكل أنماط كثيرة متداخلة تتفاوت بين الخفيف والحاد، ومع أنه يتم التعرف على التوحد من خلال مجموعة محددة من السلوكيات فإن المصابين من الأطفال والبالغين يظهران مزيجاً من السلوكيات وفقاً لأي درجة من الحدة ، فقد يوجد طفلان مصابان بالتوحد إلا أنهما مختلفان تماماً في السلوك لذلك يجمع غالبية المختصين على عدم وجود نمط واحد للطفل التوحدي وبالتالي فإن الآباء قد يصدمون بسماعهم أكثر من تسمية ووصف لحالة ابنهم، مثل شبه توحدي أو صعوبة تعلم مع قابلية للسلوك التوحدي، ولا تتم هذه المسميات عن الفروق بين الأطفال بقدر ما تشير إلى الفروق بين المختصين، وخلفيات تدريبهم، والمفردات اللغوية التي يستخدمونها لوصف حالات التوحد .

غالباً ما تكون الفروق بين سلوكيات الأطفال التوحديين ضئيلة للغاية، إلا أن تشخيص حالات التوحد يعتمد على متابعة الحالة من قبل المختص، أما إطلاق التسمية على الحالة فيعتمد على مدى إلمام المختص بمجال التوحد والمفردات المختلفة المستخدمة فيه، ويعتقد الكثير من المختصين أن الفروق بين التوحد وغيره من الاضطرابات المتشابهة ليست ذات دلالة ويعتقد البعض الآخر من المختصين أنهم من باب مساندة الآباء يقومون بتشخيص أبنائهم على أنهم بدلاً من (PDD-NOS) يعانون من اضطرابات أخرى كالإعاقات النمائية غير المحددة التوحد.

▪ أسباب عدم الإهتمام بفئة الأطفال التوحديين (الذاتويين)؛

قد يرجع عدم الإهتمام بفئة التوحديين إلى صعوبة تشخيص هذه الفئة نظراً لتشابهها مع فئات عديدة، وعدم ظهور تشخيص مستقل لتلك الفئة إلا في الطبعة الثالثة المعدلة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها DSM-III-R الذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٨٧) ثم في الطبعة الرابعة من ذات الدليل DSM-IV التي

صدرت عام (١٩٩٤)، إلى جانب أن السبب الرئيسي لهذا الاضطراب لا يزال غير معروف للآن. ففي الوقت الذي يردده جيلسون (٢٠٠٠) Gilson إلى أسباب بيوكيميائية تتمثل في اضطراب في بعض الإفرازات المخية يؤثر على الأداء الوظيفي للمخ، يذهب دونالد وبيرس (١٩٩٩) Dunlap & Pierce إلى أنه من الأكثر احتمالاً أن تكون هناك أسباب متعددة تكمن خلف التوحدية، وبين هذا وذاك لا يزال السبب الرئيسي غير معروف. كما لا يزال التشخيص من وجهة نظرهما يقوم به إما أطباء الأطفال أو الإختصاصيين النفسيين المدرسين، أو أطباء نفس الأطفال، أو أطباء الأعصاب.

وإن كان دورمان وليفيفر (١٩٩٩) Dorman & Lefever يريان أنه ليست هناك فحوص طبية معينة لتشخيص هذا الاضطراب لأنه ليس مرضاً معدياً بالمعنى المتعارف عليه ولكن تشخيصه الدقيق يعتمد على ملاحظة تواصل هؤلاء الأفراد، وسلوكهم، ومستوياتهم النمائية. وهذا يعني أن التوحدية تعد بمثابة زملة أعراض مرضية سلوكية يعتمد تعريفها على الأنماط السلوكية التي تصدر عن الطفل والتي تتمحور في ثلاثة اضطرابات سلوكية يحددها دينيس وآخرون (١٩٩٩) Denis et al باضطرابات عامة في التفاعل الإجتماعي، واضطرابات في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل، وانغلاق على الذات وضعف في الإنتباه المتواصل للأحداث الخارجية.

وتحدد الجمعية الأمريكية للتوحدية (١٩٩٩) Autism Society of America مجالات خمسة لأوجه القصور التي يعاني منها الأطفال التوحيديون تتمثل في مجالات التواصل، والعلاقات الإجتماعية واللعب، والعمليات الحسية والإدراكية، والسلوك حيث يكون سلوكهم نمطياً يسوده التكرار والترديد. ومن هذا المنطلق ينسحب الطفل التوحيدي من التفاعلات بشكل ملفت حيث يظل يلعب لساعات في أصابعه أو بقصاصات ورق أو قطعة من رباط حذاء أو شابه ذلك فيبدو منصرفاً عن هذا العالم إلى عالم خاص به من صنع خياله.

كذلك فهو شخصية منغلقة يلتفت دائماً إلى داخله وينشغل انشغالاً كاملاً بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كلية أو إلى كبير في الخيال، وهو ما يجعله ينسحب بشكل

شبه تام من أي تفاعلات اجتماعية مع الآخرين. ومن ثم يصبح كما يرى عمر خليل (١٩٩٤) شديد الإنطوائية وكثير التوتر بل هو الأكثر توتراً قياساً بأقرانه من ذوى الإضطرابات النمائية الأخرى. ويرى محمد كامل (١٩٩٨) أن اضطراب المهارات الإجتماعية لدى هؤلاء الأطفال يزيد من تلك العقبات التي تصادفهم في سبيل تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين ويجعلهم غير قادرين على الإندماج في اللعب الجماعي معهم أو مشاركتهم في الأنشطة الجماعية أو تكوين صداقات حميمة معهم وهو الأمر الذى يدفع بهم إلى تجنب الاتصال بهم وبالتالي الإنسحاب بعيداً عنهم.

▪ صعوبات تشخيص اضطراب التوحد (الأوتيزم) :

لا بد أن نتذكر، أنه مهما كان التشخيص لأي نوع من أنواع مجموعات التوحد فإن العلاج متشابه، كما أنه ليس هناك مقاييس واضحة لتقدير درجة الأعراض المرضية وحدتها، فإن التفريق بين أحد المجموعات والأخرى صعباً جداً.

لا زال تشخيص الأوتيزم يواجه العديد من الصعوبات من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق لفئة الأطفال الذاتويين وذلك من خلال العرض السابق لتفسير مفهوم المصطلح والإتجاهات المختلفة في التفسير ويمكن عرضها في النقاط التالية:-

١. التباين الواضح في الأعراض من حالة لأخرى من حالات الأوتيزم، كما أن بعض الأطفال حتى غير المعوقين قد نجد في سلوكياتهم بعضاً من سمات الأوتيزم والتي تظهر في بعض الأحيان ولفترات محدودة وبهذا فهم قطعاً ليسوا ذاتويين، ومن هنا تحدث أخطاء جسيمة في التشخيص فيحكم على الطفل أنه ذاتوي وهو ليس كذلك.

٢. اختلاف الآراء وعدم الإتفاق على العوامل المسببة لهذه الإعاقة فهل هي وراثية جينية أم نفسية أم بيوكيميائية أم إجتماعية أم نتيجة لتفاعل هذه العوامل أم نتيجة لعوامل أخرى لازلنا نجهلها تماماً.

٣. تشابه أعراض الأوتيزم مع أعراض إعاقة أخرى مثل التخلف العقلي، الفصام، الذهان، الصرع، الصمم، إعاقات التخاطب.

٤ . عدم وجود أدوات أو اختبارات مقننة للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات (عثمان فراج، ١٩٩٥).

٥ . ندرة انتشار حالات الأوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق عنها.

٦ . حداثة البحوث التي تجري على هذه الفئة فتعتبر البحوث التي اهتمت بدراسة الأوتيزم حديثة نسبياً بالمقارنة بغيرها من الإعاقات الأخرى، كما أن معرفتنا بهذه الإعاقة في مصر بدأت بدرجة محدودة في أواخر السبعينات وبدرجة أكثر تحديداً منذ عشر سنوات فقط (محمد الدفراوي، ١٩٩٣).

٧ . عدم قدرة الطفل الذاتوي على الإستجابة على الإختبارات المقننة لقياس قدراته العقلية، وذلك بسبب العجز الشديد لنمو قدرات اتصاله بالبيئة المحيطة كما لو أن عائقاً أوقف جهازه العصبي عن العمل (عثمان فراج، ١٩٩٥).

كما يرى بعض الباحثين أنه يصعب كشف هذه الحالة؛ حيث يبدأ ظهورها في العامين الأولين من الولادة، وتكاد تتفق الغالبية العظمى منهم على أن أعراض هذه الحالة تبدأ قبل العام الثالث من العمر، وأن بعضهم يرى أنها قد تظهر فيما بعد هذه المرحلة من العمر. أي في حوالي العام الخامس أو السادس. وأنه ليس من السهل تحديد الأعراض أو المظاهر مرة واحدة في فترة محددة. حيث يبدي الهدوء الشامل على حالة الطفل التوحدي في الشهور الأولى من العام الأول، وكأنه طفل عادي فيما يصدر عنه من أنماط سلوكية، فيبدو أنه مطمئن إذا ما ترك وحده دون رفيق، وأنه لا يخشى غيره من الناس؛ وخاصة الغرباء، كما لا يبدي أي شكل من أشكال الارتباط بهم.

ومع هذه الصعوبة في كشف وتحديد حالة الطفل التوحدي، فإن الوالدين، وخاصة الأم تستطيع أن تتبع حالة طفلها إذا ما عرفت علامات ومظاهر نمو الطفل العادي في الشهور الأولى من نصف العام الأول، وخاصة أمه، أو بيان فرحه عندما تقبل عليه لحمله (نبيه ابراهيم اسماعيل، ٢٠٠٩، ٦٩:٧٠).

ويعتبر تشخيص إعاقة التوحد وغيرها من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً ، ويتطلب تعاون فريق من الأطباء والإختصاصيين النفسيين

والإجتماعيين وأخصائي التخاطب والتحليل الطبية وغيرهم، وترجع تلك الصعوبات إلى عوامل متعددة نستعرض فيما يلي بعضها:-

١. التوحد إعاقة سلوكية Behavioral Impairment : تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي Linguistic والمعرفي Cog-nition والإجتماعي Social والإنفعال العاطفي Emotional وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم، أو بإختصار تصيب عمليات تكوين الشخصية في الصميم، فتتعدر أو تستحيل عمليات التعامل مع الطفل لتشخيص حالته والقياس والتقييم وغيرها.

٢. تتعدد وتتوعد أعراض Multi Symptoms: التوحد فتختلف من فرد إلى آخر ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً في الأعراض، ويرجع هذا التعدد والإختلاف في الأعراض من طفل إلى آخر إلى تعدد وتوعد العوامل المسببة لإعاقة التوحد، سواء منها العوامل الجينية الوراثية Genetic أو العوامل العصبية والبيولوجية والكيميائية البيئية المختلفة.

٣. إن أكثر العوامل المسببة للتوحد واضطرابات النمو الشاملة الأخرى، تحدث في المخ والجهاز العصبي الذي يسيطر على الوظائف الجسمية والعقلية والنفسية والسلوكية كافة للإنسان، وحيث تصيب المراكز العصبية المنشرة على لحاء(قشرة) المخ، والتي تتحكم في تلك الوظائف كافة، والمخ بصفة خاصة والجهاز العصبي بصفة عامة من أكثر أجهزة الجسم تعقيداً ، وما يترتب على ذلك من تعدد صور الخل الوظيفي ونتائج السلوكية، وبالتالي تعدد واختلاف أو تشابه الأمراض المترتبة عليها ونوعية الإعاقات التي تسببها.

٤. كذلك تعدد أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي (مثل الرصاص والمعادن الثقيلة) أو التلوث الإشعاعي الطبيعي أو الصناعي أو نتيجة للتدخين أو إدمان المخدرات أو الكحليات أو المبيدات الحشرية، أو نتيجة الإصابة بالأمراض البكتيرية أو الفيروسية كالحصبة الألمانية أو الأمراض التناسلية أو الحمى الشوكية أو

نتيجة إلتهاب الغدد الصماء (الغدة الدرقية) أو التصلب الدرني أو سرطان المخ أو الدم وغير ذلك من عشرات الأمراض المسببة لإصابة المخ أثناء فترة الحمل أو بعد الولادة وبالتالي تتعدد وتتووع أشكال الخلل الوظيفي والسلوكي المترتبة على الإصابة ، فقد تؤدي الإصابة إلى تلف جزء معين من المخ وبالتالي ظهور أعراض التوحد كلها أو جزء منها كما تؤدي إصابة جزء آخر من المخ إلى ظهور مجموعة أخرى من أعراض تشخص أنها إعاقة اسبرجر Asperger أو ريت Retts أو إعاقة تخاطب أو تعلم Learning Disability أو تخلف عقلي أو غير ذلك من الإعاقات التي تتشابه مع أعراض التوحد .

٥. قد يحدث الخلل أو الإصابة بطريق غير مباشر لمخ الجنين نتيجة حدوث العامل المسبب قبل عملية الإخصاب لبويضة الأم التي تكون موجودة بمبيضها طوال مرحلة الطفولة بسبب عامل إشعاعي أو تلوث بيئي كيميائي أو غير ذلك .

٦. قد يصاحب إعاقة التوحد إعاقة أو أكثر من الإعاقات الذهنية كالتخلف العقلي (الشديد أو المتوسط، أو البسيط) أو الصرع أو الإسبرجر أو الريت أو فصام الطفولة أو إحدى إعاقات التعلم كالنشاط الحركي الزائ أو قصور القدرة على الإنتباه والتركيز أو الدسلكيا أو الأفيزيا أو غيرها، فتتشابك وتتعدد الأعراض وتصبح عملية التشخيص أكثر صعوبة وتعقيداً، خاصة وإن بعض أعراض تلك الإعاقات تتشابه مع بعض أعراض التوحد .

٧. بالإضافة إلى كل تلك الصعوبات كلها، فإنه لا يوجد حتى الآن من الإختبارات والمقاييس السيكولوجية المقننة، وخاصة في العالم العربي ما يمكن استخدامه للكشف عن إعاقة التوحد...حتى اختبارات الذكاء المعروفة من الصعب إن لم يكن من المستحيل أحياناً تطبيقها على حالات التوحد، أو نشاط حركي زائد، أو عدم توفر القدرة على الإنتباه والتركيز أو غير ذلك من العوامل التي تعرقل عمليات القياس والتشخيص (Schopler,et. al,1980).



الفصل السادس

التوحد (الأوتيزم)

والحمية الغذائية

- مقدمة:
- التوحد (الأوتيزم) والحمية الغذائية:
- النظريات الغذائية عن التوحد(الأوتيزم):
- العناصر الغذائية المساعدة على ظهور اضطراب التوحد (الأوتيزم):
- المشاكل الغذائية المصاحبة لمرض التوحد:
- أنواع العلاجات الغذائية لطفل التوحد (الأوتيزم) :
- دور الوالدين (الأمهات والآباء) في الحمية الغذائية:
- علامات التحسن التي ستطراً على التوحد:



■ مقدمة:

قال تعالى: بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ [اللّٰهُ الَّذِیْ جَعَلَ لَكُمْ اَلْاَرْضَ قَرَارًا وَالسَّمَاءَ بِنَاءً وَصَوَّرَكُمْ فَأَحْسَنَ صُوْرَكُمْ وَرَزَقَكُمْ مِنَ الطَّیِّبَاتِ ذَلِكُمْ اللّٰهُ رَبُّكُمْ فَتَبَارَكَ اللّٰهُ رَبُّ الْعَالَمِیْنَ]. سورة غافر: الآية (٦٤)

لقد وجد الباحثون في بعض الأطفال التوحديين أن تناول بعض الأطعمة مثل الحليب ومنتجاته والتي يطلق عليها كازين والقمح والدقيق ومنتجاته والتي يطلق عليها قلوطين لا تهضم بشكل جيد وتؤدي إلى تراكم مواد تسمى ببتايدزافيونية لها تأثير على الدماغ وتؤثر بشكل فعال على سلوكيات الطفل التوحدي.

كما أثرت العديد من التساؤلات حول الحمية، والحساسيات الغذائية المرتبطة بالأشخاص المصابين بالتوحد. حيث يتساءل بعض الوالدين والإختصاصيين عما إذا كانت بعض المشكلات السلوكية تزداد سوءاً بسبب حساسية هؤلاء الأطفال لبعض المواد الغذائية حيث كثيراً ما يظهر الأشخاص المصابين بالتوحد نفوراً أو حساسية ضد الخميرة، أو منتجات الجلوتين وغيرها. وقد وجد بعض الآباء أن إزالة هذه المنتجات تؤدي إلى تحسن في السلوك، وزيادة في الإنتباه.

ولا توجد دراسات علمية معتمدة، تساند هذه النظرية التي تقول بأن تغيير الحمية الغذائية يؤدي إلى تخفيف أو إزالة أعراض التوحد. ونسبة ضئيلة من الآباء ذكرت أن هناك تغييرات ملحوظة في سلوك أطفالهم، بعد تغيير بعض الأطعمة. وبسبب صعوبة الحصول على معلومات مناسبة حول الحمية الغذائية، فإنه من الضروري استشارة الشخص المختص (أخصائي التغذية). ولا يؤيد بعض المختصين بالتوحد عملية تغيير الحمية كنوع فعال من العلاج، وإنما يشجعون على التركيز على طرق العلاج التقليدية، كالتدخل التعليمي، العلاج المهني، العلاج الطبيعي،... الخ. كما أن العديد من الإختصاصيين، والأطباء، لا يملكون المعرفة الكافية المتعلقة بعلم التغذية. ولذلك فإنه من الضروري استشارة إختصاصي التغذية عند التفكير في تغيير الحمية الغذائية، أو عند الشك في وجود حساسية ضد مادة غذائية ما.

وإن تطبيق أى نوع من الحماية يجب أن يكون تحت إشراف طبي وتحاليل مخبرية حتى لا نعرض أطفالنا بتطبيق الحماية إلى نقص غذائي يؤثر على نموهم الطبيعي (Schnoll,et al,2003).

▪ التوحد (الأوتيزم) والحماية الغذائية:

و الحماية الغذائية الخالية من الكازين والجلوتين Casein and Gluten، ثبتت فعاليتها في مساعدة الأطفال التوحديين، ذلك لأن عدم تحمل التوحديين لمادة الكازين "الجبنين" والجلوتين "الغروين" هي إحدى النظريات التي تفسر التوحد وهي مرتبطة بنظريات أخرى ذات علاقة مؤثرة، خاصة ما حدث في اضطرابات داخل المعدة والدماغ لدى المصاب التوحدي وهذه النظريات هي:

١. نظرية زيادة الأفيون المخدر لدى التوحديين Opioid Excess .
٢. نظرية منفذية أو تسريب الأمعاء Intestinal Permeability .
٣. نظرية عملية الكبريتة Free Sulphate .

وهناك العديد من الدراسات التي توضح ارتباط هذه النظريات بالتوحد؛ فنظرية زيادة الأفيون المخدر لدى التوحديين هي إحدى النظريات المعقدة التي وضعها البروفيسور "جاك بانكسب من جامعة جرين بولينج Jack Pinesap عام (١٩٧٩). وأن لدى التوحديين زيادة في مادة الأفيون المخدر "دون استخدام الأفيون!!!" ولإيضاح ذلك هناك ثلاث مستقبلات تتعامل مع المخدرات في المخ وهي "دلتا وميو وكابا" فإذا زاد المخدر عند الطفل تنتج عنه تصرفات لا تحمد عقباها، ولقد تمت دراسات خاصة بتحليل عينات بول (٥٠٠٠) حالة٪ توحد، ووجد أن هناك مركبات مورفينية أو شبه أفيونية مخدرة لدى أكثر من (٨٠)٪ من التوحديين، وهذه المواد هي:

- جليوتومورفين Gluetumorphin .

- كازو مورفين Casomorphin .

ومصدر هذه المواد الشبه أفيونية هو:

١. الحليب حيث يكون بيبتايد يسمى الكازومورفين Casomorphin .
٢. الحنطة (القمح المقشور) Wheat ، الشعير Barley ، الشوفان (وهو نوع من الحبوب) Oat ، نخالة (الردة) Bran .

وهذه المواد عبارة عن بروتينات نتجت عن عدم هضم الكازيين والجلوتين بطريقة فعالة لدى التوحديين وبالتالي أصبحت ذات مفعول أفيوني مخدر وقد وجدت في قراءات تحاليل بول المصابين بالتوحد . كما وجدت هذه المركبات في الدم، ويفسر ذلك نظرية (منفذية أو تسريب الأمعاء Intestinal Permeability) وهو ما يسمى بإصابة التوحديين) بمتلازمة الأمعاء المسربة (Leaky Gut Syndrom).

وأجمع الباحثون والعلماء، والعالم «الين فريدمان» Alen Fredman، «جونسون أند جونسون» على وجود هذه المواد الشبه مورفينية أو ذات الطابع الأفيوني، وأضاف بأن هناك مركبين آخرين وجدوا في قراءات تحاليل بول الأطفال التوحديين.

وهاتان المادتان المورفينيتان تفوق قوتهما الهيروين والمورفين المخدر بـ (٢٠٠٠) مرة، وحيث أن جميع هذه المواد الشبه مورفينية قد تسربت عن طريق الأمعاء المرشحة والتي ربما كان السبب وراء تسريب هذه الأمعاء Leaky Gut وهو قصور أو عجز في الإنزيمات والذي بدوره يضعف الطبقة المبطننة لجدار المعدة، وهذا يفسر نظرية عملية الكبرنة لدى التوحديين فتدخل هذه المركبات الأفيونية المخدرة إلى المخ وتخرق الحاجز الدموي الدماغي وتتعامل مع مستقبلات المخ فيصبح المصاب التوحدي مشبع بالأفيون المخدر، وهذا أيضا يفسر نظرية زيادة الأفيون لدى التوحديين حيث إن هذه المواد المخدرة إما أنها تسبب التوحد أو تزيد من أعراض التوحد (ياسر الفهد، ٢٠١٦، ٢:١).

وعند مقارنة هذا الوضع مع من يتعاطى المخدرات أو يعتاد التعاطي أي يصبح مدمنا نلاحظ عليه المظاهر التالية:

- عدم الشعور بالألم.
- فرط الحركة أو الخمول.
- السلوكيات الشاذة.
- عدم التركيز أو شرود الذهن.
- الكلام بطريقة غير سوية مع اختلال في نبرات الصوت.
- الروتين النمطي والسلوك المتكرر.
- الإنطواء على الذات.
- اضطراب في عادات النوم.

ومعظم هذه المظاهر تنطبق على المصابين بالتوحد وتكون واضحة في التوحد التقليدي Classic Autism، والتوحيدين ذوي الكفاءة الأقل ولذلك يجب على أسرة المصاب التوحيدي أو من يقومون برعايته مراعاة التغذية التي تعتمد على المواد المشار إليها وتجنب إطعام أبنائهم التوحيدين هذه البروتينات الضارة في حين أن هناك توحيدين يأكلون هذه البروتينات ولم تسبب لهم أي ردود أفعال أو لم تزد في أعراض التوحد لديهم، وهناك توحيدين لم يؤثر عليهم "البببتايد الأفيوني وتسريب الأمعاء التي توجد في الدم من الكازومورفين والجليوتومورفين لا أهمية لها ولا تأثير لها على المخ (Richardson, & Montgomery, 2005).

▪ النظريات الغذائية عن التوحد(الأوتيزم):-

تعددت النظريات التي فسرت اضطراب التوحد و حاولت الربط بين التغذية والتوحد، وإمكانية عزو الإصابة به الى خلل في الأيض) التمثيل (الغذائي Metabolic Dysfunction ، خاصة في القدرة على كسر المركبات الفينولية Phenolic Amine كما

تقترح عدة نظريات وجود إصابات بكتيرية تؤدي إلى حدوث خلل سلوكي و عصبي. كما ربطت نظرية الأفيونية الفائضة Opioid Excess بين الإصابة بالتوحد و تناول بروتينات الغلوتين) بروتين في بذور القمح (و الكازيين) (في الحليب و مشتقاته) ، وسيتم طرح للنظريات التي تناولت الصلة بين الأغذية و الإصابة بالتوحد كما يلي :

١- نظرية المركبات الفينية (نظرية عملية الكبريتة) Free Sulphate :

تعتبر المواد الفينية مواد مساهمة في عمل النواقل العصبية في الدماغ ، و تتواجد في الأطعمة مثل (الموز،الشوكولا،السكر،القمح،و منتجات الألبان) تم طرح هذه النظرية بعد دراسات أجريت على تقارير يومية لآباء و أمهات الأطفال المتوحدين الذين أشاروا إلى وجود حالات متزايدة من السلوك التوحدي عقب تناول هذه الأطعمة واستندت هذه النظرية على دراسات جمعية الطب البيولوجي في إشارتها أن أجسام المتوحدين تعاني من عدم القدرة على إستعمال بعض مركبات الكبريتات، مما يؤدي إلى سوء التنظيم الغذائي لبعض المركبات الفينية، ليقود بعدها الى تأثيرات سمية على الجهاز العصبي (1, 2001, Bird).

٢-نظرية تسرب الأمعاء Intestinal Permeability :

و تسمى أيضا بمتلازمة الأمعاء المترشحة Leaky Gut Syndrome ، هي حالة خلل في جدار الأمعاء بحيث تسمح بتسرب البكتريا و الجراثيم و السموم و البروتينات الى الدم، و يعود السبب إلى تأخر نمو القناة الهضمية عند الجنين أو حدوث إلتهاب شديد في الأمعاء عند الطفل الرضيع بسبب مضادات الإلتهاب أو المضادات الحيوية، والتلوث الغذائي، وكذلك الأغذية الحاوية على الكربوهيدرات، والأغذية المعدلة وراثياً (Sajdel-Sulkowska EM,2016,1).

٣-نظرية الأفيون الزائد Opioid Excess :

أشارت هذه النظرية الى ان المستويات العالية غير الممتلئة ايضا من الببتيدات (الأحماض الأمينية) المتوافرة في بعض البروتينات و في الغلوتين و الكازيين تنفذ الى الدم و عبره الى الدماغ عن طريق جدار الأمعاء، متحولة فيما بعد الى ببتيدات

أفيونية و أول من أشار لهذا «بانكسيب» عندما ربط بين مرضى التوحد وأعراض
التأثر الطويل بالمورفين، ومن هذه الأعراض :

أ- رفض التواصل الاجتماعي .

ب- الإصرار على التماثل و عدم التغير .

ج- انخفاض الإحساس بالألم .

د- تأخر مظاهر النمو .

و يحتمل امتلاك الأطفال التوحديين لنوع من الأفيون الذاتي (متولد من الجسم)
يسمى (Endorphin B) (Shattock & Whiteley , 2008, pp.2:3).

وأثبتت الحماية الغذائية المعتمدة على التخلص من الغلوتين و الكازين فاعليتها
في مساعدة أطفال التوحد . والكازين (الجبنين) Casein هو البروتين الأساسي في
الحليب ويوجد أيضاً في مشتقات الحليب ،أما الغلوتين (الغروين) هو مادة لزجة
تتكون أثناء عجن الحنطة وتوجد في الشوفان والشعير والجاودار (Bran & Barley,
Oat, Wheat) أو بمعنى آخر، هو البروتين الموجود في الحنطة ومشتقاتها. و يعاني
أطفال ذوي التوحد من صعوبة هضم هذه البروتينات في عملية الإستقلابات، ولذلك
تكون هذه البروتينات مضرّة لهم.

وتنص هذه النظرية أن لدى الأشخاص ذوي التوحد زيادة في مادة الأفيون
المخدر Excess Opioid ، ولإيضاح ذلك هناك ثلاث مستقبلات تتعامل مع المخدر
في المخ وهي (دلتا وميو وكابا) فإذا زاد المخدر عند الطفل تنتج عنه تصرفات تشبه
تلك التي تصدر عن الطفل التوحدي. وفي دراسة أجراها (أحمد والحديد) على
عينة من (٥٩) شخصاً منهم (٤٩) ذكر، و(١٠) إناث بعمر (٤:٢٤) عاماً بهدف دراسة
الممارسات الغذائية للمتوحدين، توصلت الدراسة إلى وجود صلة بين الجهاز الهضمي
وزيادة شدة أعراض التوحد، وضرورة اتباع نظام تغذية مناسب لإحتياجات الفرد
المتوحد، (موسى أحمد وأمانى الحديد ، ٤٠:٤١)

▪ العناصر الغذائية المساعدة على ظهور اضطراب التوحد (الأوتيزم):

تعرف البروتينات بأنها مواد معقدة وحداتها البنائية هي الأحماض الأمينية وهي عبارة عن نوعين من البروتينات، بروتينات مرتفعة القيمة الغذائية وهي تحتوي على جميع الأحماض الأمينية الأساسية بكميات كافية لقيامها بوظائفها الأساسية من بناء وتجديد وصيانة الأنسجة ولابد من حصولها من الغذاء، أما بالنسبة للبروتينات المنخفضة القيمة الحيوية فهي ينقصها واحد أو أكثر من الأحماض الأمينية الأساسية وتتقسم الفيتامينات إلى قسمين، الفيتامينات الذائبة في الدهون (أ - د - هـ - ك) والفيتامينات الذائبة في الماء مجموعة فيتامينات (ب) المركب - فيتامين (ج) (على رصاص، ٢٠٠٣).

ويمكن عرض العناصر الغذائية المؤثرة وتؤدي إلى ظهور أعراض التوحد وهي

كما يلي:-

١. نقص في الأحماض الأمينية الأساسية (Aman, et al, 2005) .
٢. خلو الغذاء من الجلوتين والكازين.
٣. التغذية المنخفضة في البروتين.
٤. وجود مستويات منخفضة للتيروسين والتربتوفان في البلازما للأطفال المتوحدين (Fernell, et al, 2007) .
٥. نقص الفوسفوليبيدات وهي من المركبات الرئيسية الداخلة في تركيب أغشية الخلايا العصبية والتي تغير من مرونة الأغشية وبالتالي تغير من وظيفتها (Vancassel , et al, 2001)
٦. النقص الحاد في فيتامين (د) خلال مراحل الحمل يؤدي إلى اختلال في التمثيل الغذائي للأحماض الأمينية مما يؤثر في نمو المخ (Cannell, 2007).
٧. عدم التعرض لأشعة الشمس يسبب انخفاض مستويات فيتامين (د) وبالتالي يقلل من دور فيتامين (د) الفعال في نمو المخ.

٨. المناطق التي تتسم بمنع نفاذية الأشعة فوق البنفسجية مثل المرتفعات والمناطق الحضرية والمناطق ذات تلوث الهواء الشديد (Clark, et al,1993) .
٩. نقص فيتامين (أ)، ويظهر لدى طفل التوحد، ويتمثل في العرج والتورم الطبية المتمثلة في التصوير بالأشعة، وإصابته بمرض الكساح، وكشفت إصابته بالرمد عن وجود تهتك في القرنية وجفاف العين وزيادة في سمك القرنية. (Moretti, et al,2005)
١٠. انخفاض في مستويات مركب الفولات methyltetrahydrofolate في سوائل المخ والدم.
١١. نقص فيتامين البيوتين (biotinidase) وبما أن المخ سريع التأثر بنقص البيوتين فإن تأخر العلاج بواسطة البيوتين يمكن أن ينتج عنه تلف عصبي، ويمكن أن يسبب نقص البيوتين في المخ وكذلك في السوائل النخاعية لدى الطفل مشكلات عصبية خطيرة مثل السلوكيات النمطية والتوحد والتي لم تكن قابلة للعلاج برغم استعمال البيوتين كمكمل غذائي (Zaffanello ,et al.2003).
١٢. بنقص البيريدوكسين قد يكون مصاحباً للتوحد لذلك يحتاج طفل التوحد إلى (فيتامين ب٦) (Rajesh & Girija,2003) .
- وتتكون الدهون من الأحماض الدهنية وهي نوعين: أحماض دهنية أساسية (اللينولييك -الأراكيدرونيك) التي لا يستطيع الجسم تكوينها ولا بد من الحصول عليه من الغذاء للقيام بنم الجسم، وأحماض دهنية غير أساسية (عزت صدقي وعزة الحسيني، ٢٠٠٣).
- وتؤدي أوميغا (٣) وهي من الأحماض الدهنية الأساسية دوراً في منع بعض الإختلالات منها الإكتئاب وفقدان الذاكرة وخاصة الزهايمر وصعوبة التعلم والتوحد، وأن طبيعة الأحماض الدهنية غير المشبعة المتعددة وخاصة أوميغا (٣) الموجودة في ألبان الأطفال تحدد القدرات البصرية والمخية والفكرية، ويعتبر نقص هذه الأحماض

في الغذاء مشكلة ترتبط بكيفية تصحيح العادات الغذائية بحيث يختار المستهلك أغذية غنية بأحماض أوميغا(٣) مثل: زيت الجوز وزيت الأسماك (Bourre,2005).

▪ المشاكل الغذائية المصاحبة لمرض التوحد:

تعتبر التغذية الجيدة مهمة في المحافظة على صحة الطفل، وعادة ما يصاب أطفال التوحد بالعديد من الأمراض الناتجة عن سوء التغذية كفقر الدم والسمنة وزيادة الوزن وتسوس الأسنان وبعض الاضطرابات المعوية والحساسية الغذائية وتؤكد العديد من الدراسات أهمية التغذية الجيدة والحميات الغذائية في تخفيف حدة أعراض التوحد كما يعاني أطفال التوحد العديد من المشكلات الغذائية التي تتمثل الإفراط في تناول طعام معين واحد وإصراره على تقديمه، أو الحساسية الغذائية من البروتينات الغذائية (الكازين والجلوتين) ، كما يعانون من عسر الهضم وسوء الامتصاص الذي يؤدي إلى الإمساك والإسهال وسوء استفادة الجسم من العناصر الغذائية مما يعرض الطفل إلى ظهور سوء التغذية (عمر المديفر، ٢٠٠٣).

وفيما يلي عرض لأهم المشاكل الغذائية التي يعاني منها أطفال التوحد:-

١- سوء التغذية:

تعد التغذية المتوازنة لأطفال التوحد مهمة جداً لأنهم يميلون إلى الروتين والتكرار لذلك نجدهم يرفضون الأكل أو يحبون طعاماً معيناً ويرفضون تناول أنواع أخرى، وغالباً ما يفضلون الأطعمة الصلبة مما يعرضهم لمشكلات في الأمعاء أو يصابون بالإمساك أو الإسهال وبالتالي يجب معالجتهم غذائياً ودوائياً، مع ضرورة تأكد الأم أن ما يتناوله طفل التوحد من طعام يشتمل على جميع المجموعات الغذائية (منيرة المهنا، ٢٠٠٣).

٢- السمنة الغذائية وزيادة النشاط:

أصبحت السمنة الغذائية مشكلة صحية بين أطفال التوحد ، ويتوافر القليل من الأبحاث حول انتشار السمنة بين أطفال ذوي اضطرابات النمو عمر(٣) سنوات، وكان هدف دراسة (Curtin, et al ,2005) .

هو تحديد مدى انتشار السمنة بين أطفال التوحد من خلال إجراء دراسة على (١٤٠) طفل من (١٨) سنة، وتم استخلاص معلومات تشخيصية وعلاجية وطبية من تلك السجلات وكذلك معلومات عن الجنس والطول والعمر والوزن، وجمع معلومات حول الأدوية التي كان الطفل يتناولها وحساب مقياس كتلة الجسم وتوصلت النتائج أن نسبة المعرضين لخطر السمنة بلغ (٧,٣٥) % وبلغ انتشار السمنة بين الأطفال (١٩) % وأن هؤلاء الأطفال لديهم انتشار للسمنة مساوي للأطفال الطبيعيين في مثل تلك الفئة العمرية. وكما هو معروف أن استخدام عقار الريزيريدون لأطفال التوحد يخفف من بعض اضطرابات التوحد السلوكية مثل العدوانية وإيذاء النفس ولكن له بعض الأعراض الجانبية كزيادة الوزن والنعاس (Canitano,2003; Aman,2005).

٣- تسوس الأسنان:

يعد الفم بوابة الجسم ومن ثم فضحة الجسم من صحة الفم ، ومن وظائف الفم والأسنان مضغ الطعام والمساعدة في الكلام فضلاً عن تأثيراته الحسية والمعنوية من خلال أثره على المظهر الشخصي للفرد وثقته بنفسه ، ويتعرض الفم والأسنان لمشكلات صحية لها أثرها على الفرد ، وأكثر تلك المشكلات تسوس الأسنان والتهاب اللثة ، وتمثل تلك الأمراض مشكلة صحية واجتماعية كبرى ، حيث تصيب أعداداً كبيرة من كل طبقات المجتمع (محمد المنيف، ٢٠٠٤)

٤- الإضطرابات المعوية (الإمساك والإسهال):

يعاني الأطفال من بعض الإضطرابات في الجهاز الهضمي مثل الإمساك والإسهال وتناولت الدراسات هذه المشاكل بين أطفال التوحد والأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بها، وبينت دراسة بندرة الدراسات التي تهتم بالجهاز الهضمي عند أطفال التوحد والأعراض المعوية التي يعاني منها الأطفال مثل الإمساك والإسهال وعلاجهم وتغذيتهم (Erickson, et al,2005).

5- الحساسية الغذائية من الجلوتين والكازين:

يعرف عبد القادر (٢٠٠١) الحساسية الغذائية بأنها تفاعل فسيولوجي غير طبيعي في أنسجة الجسم ينتج عنه تولد أجسام مضادة داخل الخلايا مصحوبة بخروج مادة الهستامين وتختلف الأعراض من اضطرابات في الجهاز الهضمي مثل القي، الإسهال، الإمساك، والمغص المتكرر، وأعراض في الجهاز التنفسي مثل العطس، الرشح بالأنف، وأزمات الربو.

وتزايدت الدراسات في علم الأمراض حول اثر الجهاز الهضمي لطفل التوحد في الأونة الأخيرة ، لاسيما مناطق المريء وصولا للأمعاء ، بجانب دراسات أخرى تشير حول تأثير النظام الغذائي على شدة الأعراض التي يعاني منها المتوحد (White, 2003, 639). ويعاني طفل التوحد من مشكلات معدية و معوي مثل انتفاخ البطن Abdominal Distention، والإسهال المزمن Chronic Diarrhea، ومتلازمة الامعاء المتسربة Leaky gut Syndrome (Brian, 2010,1).

وقد وجد أن هناك صلة بين مرضى التوحد والحمية الخاصة والتي أثبتت العديد من الحالات بأن لها دور كبير في موضوع علاج مرض التوحد وأحرزت تقدم كبير ونتائج إيجابية لدى العديد منها، إلا أن الباحثين والمختصين ينقسمون إلى الآن الى صفيين حول هذا الموضوع فمنهم من لا يستطيعون التأكيد أو نفي دور الغذاء في العلاجات المتنوعة على مرضى التوحد، ومنهم من ينفي دورها بما أن

الأبحاث والتجارب العلمية لم تجد أي تفسير علمي لها . وأهم العلامات الإيجابية لتطبيق هذه الحمية والتي ظهرت على مجموعة من مرضى التوحد : ازدياد معدل التركيز والانتباه، وتقليل النشاط الزائد والسلوك العدواني وتحسن في عادات تناول الطعام والنوم، وأصبحت الحميات من العلاجات البديلة لمريض التوحد ولو لفترة قصيرة طالما أنه ليس هناك أي آثار جانبية قد تحدثها هذه الحميات اذا ما تم مراعاة موضوع البدائل في تغذية مرضى التوحد وسد أي نقص في الاحتياجات من العناصر الغذائية المختلفة، لملاحظة اذا ما كان هناك تغير ايجابي من اتباعها (Jyonouchi,2005).

▪ أنواع العلاجات الغذائية لطفل التوحد (الأوتيزم) :

" العقل السليم في الجسم السليم " ، هذا ما تشير إليه علاجات التوحد بالإستناد على فكرة الغذاء وتأثيره في دماغ وباقي أجهزة جسم المتوحد، إذ أن من المعروف علمياً احتواء دم المتوحد على نسب عالية (٩٢) من المعادن الضارة و السموم و التي لن يتم التخلص منها إلا بامعاء سليمة، التي تؤدي في حالة إلتهابها إلى ترشحها وبالتالي زيادة أعداد البكتريا الضارة التي تؤدي بدورها الى زيادة السموم والأمراض (Mathews, 2008, 2).

▪ أهم الحميات المتبعة عالمياً:

(١)- الحمية الخالية من الغلوتين والكازين :

من أهم الحميات لأطفال التوحد على الإطلاق وأكثرها شيوعاً، وتهتم بتزويد الطفل بالطاقة والبيئة الداخلية المناسبة وتقليل الحساسية و إلتهاب الأمعاء بعزل كل الأغذية التي تحتوي على الغلوتين والكازين، وطبقا لإستطلاع معهد بحوث التوحد Autism Research Institute ، فقد أشار الآباء والأمهات الى تحسن (٦٥)٪ من نسبة الأطفال المتوحدين الذين اتبعوا هذه الحمية لمدة (٦) أشهر (Mathews, 2008,5:7).

و في دراسة أجرتها هايمان و زملاؤها Hyman et.al. لإختبار تأثير هذه الحمية على أطفال متوحدين، تم تغيير النظام الغذائي للأطفال لمدة (٦) أسابيع ثم تزويدهم بوجبات خفيفة تحتوي على الغلوتين و الكازين لمدة (٣) أشهر وتوصلت الدراسة إلى تأثير طفيف طراً على سلوكيات الأطفال بعد تزويدهم بالمواد الحاوية على الغلوتين والكازين ويعود سبب هذا الى قلة حجم الوجبة بحيث لم تشكل ضرراً على الطفل (Hyman, et.al., 2015, 1:2).

(٢)- الحمية الخالية من الفطريات) حمية الجسم الخالي من الكائنات

الحية المجهرية) Body Ecology Diet:

ابتكرتها كايتس Donna Gates ، والهدف منها تعزيز النظام الداخلي لجسم الطفل المتوحد من خلال إعادة توازن الطاقة البدنية و تحشيد هذه الطاقة نحو شفاء

الجسم و التخلص بالتالي من الطفيليات و البكتريا الضارة وتتضمن هذه الحمية ما تتضمنه الحمية الأولى لكن مع إضافة ما يلي :

- ١ . الكثير من النباتات البحرية و البرية.
- ٢ . دهون ذات نوعية عالية (دهون أساسية للأحماض الأمينية).
- ٣ . صفار البيض لتغذية الدماغ و للمساهمة في محاربة الالتهابات الفيروسية .
- ٤ . زبدة خام.
- ٥ . طحالب خضراء لتقوية الدم (3, 2017, Gates).

(٣) - حمية فاينجولد Feingold Diet :

تتركز هذه الحمية على احتواء غذاء خال من الأملاح و المسماة Salicylate ، وهذه الأملاح متوفرة بكثرة في الفاكهة ذات النواه الحجرية، والتوت، والحمضيات (عدا الليمون)، وبعض الخضار، وفي العسل و اللوز، ووجد وارانج Rosemary Waring أن نسبة كبيرة من المصابين بالتوحد تتواج بأجسادهم كمية كثيرة من هذه الأملاح وهو ما يعكس ضعف استقلابي (أيضي) لهذه المادة ، كما يعانون من قصور في إنزيم " محول كبريتيد الفينول " ويؤدي هذا القصور إلى صعوبة إستقلاب الأملاح و التخلص من بقاياها.

٤-حمية الكربوهيدرات المحددة : Specific Carbohydrate Diet

ابتكرت من قبل الدكتور «هاس» Sidney V. Haas ، وتتضمن هذه الحمية إزالة أي نوع من أنواع السكريات المعقدة ، عدا العسل و الفاكهة، و تشمل هذه السكريات المعقدة شراب القيقب، وشراب الذرة وشراب الرز البني، وجميع النشويات والحبوب، بضمنها البطاطس والبطاطس الحلوة. وتسمح هذه الحمية بما يأتي : للحوم والسّمك و البيض و المكسرات والبذور، وبقوليات محددة، وكل الخضار غير النشوية،والفاكهة. وتتسم هذه الحمية بكونها محددة وليست منخفضة الكربوهيدرات . و تعد هذه الحمية ثاني أكثر أنواع الحميات انتشاراً في اتباعها من قبل مرضى التوحد، وأشارت

تقارير والدية متعلقة بإستطلاعات رأي مع آباء وأمهات أطفال متوحدين أن (٦٦)٪ من الآباء أشادوا بنجاح هذه الحمية مع أبنائهم، لاسيما مع الأطفال الذين يعانون من انتفاخ البطن و الإسهال المزمن .

وتضمن هذه الحمية التخلص من إلتهاب الأمعاء Gut Inflammation عن طريق تجويع كائنات ضارة في الأمعاء و تجنب افراز انزيمات خاصة لغرض هضم الكربوهيدرات المعقدة ، اذ يعاني طفل التوحد من عدم إمكانية إمعائه من القيام بهضم سليم لهذه الكربوهيدرات مما يجعلها بيئة خصبة لتكاثر الطفيليات مسببة مشكلات معوية، و بتجنب هذه الأطعمة يتم القضاء عليها بالتتابع. و يتم اتباع هذه الحمية في حالة عدم كفاية الحمية الأولى (الحمية الخالية من الغلوتين و الكازين) في علاج مشكلات الطفل، أو في حالة الرغبة باضافة منافع أخرى للنظام الغذائي وتتوسع هذه الحمية لتشمل حمية) متلازمة الأمعاء و علم النفس (Gut & Psychology Syndrome والتي وضعتها المختصة كامبل ماك بريد -Natasha Campbell- Mc-Bride، وتشمل بالإضافة لما تم ذكره آنفاً تزويد النظام الغذائي بأطعمة تحتوي على خمائر و مرق (حساء) منزلي الصنع (Matthews, 2008, 7:8).

و نستنتج مما سبق، إن حالة الطفل المتوحد تتحسن غذائياً بما يلي :

- ١ . دعم النظام الغذائي من خلال تزويد الطفل بالبروتينات والألياف والفواكه .
- ٢ . التخلص من المكونات الغذائية المسببة للحساسية .
- ٣ . تقديم حمية خالية من الغلوتين و الكازين .
- ٤ . تزويد الحمية بمكملات الفيتامينات و المعادن .
- ٥ . جرعة عالية من الأحماض الدهنية الاساسية .
- ٦ . الإهتمام بمعالجة الإضطرابات المعوية .
- ٧ . الإبتعاد عن المواد الحافظة والملونة والسكر والحلويات .

(يوسف الشريك، ٢٠١٢، ١١ :١٢)

▪ أنواع الأغذية المسموحة لطفل التوحد(الأوتيزم) :-

الفواكه الطازجة وأن كان بعضها يسبب حساسية لكن جميعها تناسب الآخرين، الخضار الطازجة، الفواكه المجففة، جوز الهند، شرائح البطاطس، البوشار (حبّات الذرة المشوية)،الذرة، الأرز، البطاطس الحلوة ، الجوز، والبندق، الفاصوليا، من اللحوم مثل لحم الضأن، الدجاج، والسّمك (Ahearn, W.H., et al.,2001) .

▪ دور الوالدين (الأمهات والآباء) في الحماية العذائية:

ما يجب عمله من قبل الوالدين (الأمهات والآباء) تجاه طفل التوحد:

أ- تحليل بول للمصاب التوحد «اختياري» Urine Peptides Test .

ب- إعلام من يتعامل مع التوحد سواء في المنزل أو المدرسة، أو أي فرد يتعامل مع التوحد، بأنه سيخضع لحماية خالية من الكازين والجلوتين.

ج- مراقبة وتدوين سلوكيات المصاب التوحد قبل بدء الحماية وأثناء الحماية.

(Knivsberg, et al, 2003)

-وقد يتساءل الآباء والأمهات هل يتم البدء بهذه الطريقة مرة واحدة أو على مراحل؟

الواقع أن البداية تتم عن طريق إزالة الحليب ومشتقاته من الطعام الخاص بالطفل التوحد فإذا لوحظ التحسن لا تقدم الحنطة والشعير والشوفان في غذاء الطفل التوحد.

-ويتساءل بعض أولياء الأمور هل سيستمر ابني مدى حياته على الحماية؟

نعم ويجب أن تكون الحماية صارمة جدا دون تهاون بدواعي الشفقة والرحمة على الطفل حيث يتكون هناك آثار سلبية في حالة الإخلال بالحماية وتعتبر المرحلة من (١٤ إلى ٢١) يوماً من بداية الحماية، حيث تشير تجارب أولياء الأمور إلى حدوث نكسة لأبنائهم التوحديين تتلخص بما يلي:

- التعلق والعاطفة المتزايدة.
- البكاء والأنين.
- الخمول والكسل.
- ازدياد مرات التبول والتبرز.
- الألم والتألم (Reichelt, & Knivsberg, 2003).

ويعزي الباحثون حدوث هذه النكسة إلى انقطاع مادة البيبتايد الأفيوني Peptides Opioid عن الجسم، وتعتبر هذه العلامات ايجابية للغاية، ولذلك يجب الاستمرار في الحمية.

ولإيضاح ذلك إن الكازيين يمكن إزالته من الجسم خلال أسبوعين بينما إزالة الجلوتين تحتاج فترة تتراوح ما بين خمسة إلى سبعة أشهر قبل أن يتم التخلص منها نهائيا في الجسم، وعودا إلى النكسة نجد أنها علامة جيدة، إن إبعاد هذه المواد المخدرة، تعتبر بمثابة العلاج لإنسان "مدمن" ذلك أن التوحدي عندما يكون قريبا جدا من والديه أو من يقومون برعايته للبحث عن الكازيين والجلوتين اللذين تم ابعادهما عنه لتحسين حالته، فإنه في حالة الإخلال أيضا بالحمية، ستكون هناك ردود أفعال عكسية مرحلية تنتهي ما بين (١٢، و٣٦) ساعة، حسب الكمية التي تناولها الطفل من الجلوتين أو الكازيين إذا تم التعرف على مصدرها وضبط الحمية من جديد، وتتلخص ردود الأفعال في:

١. النشاط المفرط Hyperactivity.
٢. السلوك العدواني.
٣. سلوك الهلوسة.
٤. أحيانا الطفح الجلدي.
٥. اضطرابات في حركة المعدة. (Murch, 2004)

▪ علامات التحسن التي ستطرأ على التوحدي فهي تتضح فيما يلي:-

أ- ازدياد معدلات التركيز والانتباه.

ب- أكثر هدوءاً واستقراراً.

ت- انخفاض معدل السلوك العدواني وسلوك إيذاء الذات.

ث- تحسن في عادات النوم.

ج- تحسن في الإتصالات الشفهية وغير الشفهية.

ح- تحسن في التناسق الجسدي.

خ- تحسن في عادات الطعام «أي أن التوحدي سيتناول أطعمة جديدة لم يتناولها من قبل».

هذا ومن المعروف أنه لا توجد ضمانات بحدوث النتائج المتوقعة، بالنسبة لكل طفل توحدي يطبق الحمية، ولذلك فإن الهدف المنشود، إعطاء أولياء الأمور الأمل في علاج أطفالهم التوحدين عن طريق التدخل العلاجي بالحمية الخالية من الكازيين والجلوتين (Johnston , evans ,& joanne, 2004).





الباب الثالث

استراتيجيات وبرامج تدريبية

(لطفل التوحد)



الفصل السابع

استراتيجيات متنوعة

(لعلاج وتأهيل طفل التوحد)

- مقدمة:
- مبادئ التدخل العلاجي لإضطراب طفل التوحد
- طرق علاج اضطراب التوحد (الأوتيزم):
- دور الأسرة في علاج وتدريب طفلها الذاتوي:
- الإحتياجات التي يجب الأخذ بها قبل علاج اضطراب التوحد:
- احتمالات التحسن في أعراض اضطراب التوحد(الأوتيزم):-
- الوقاية والعلاج من طيف التوحد:



▪ مقدمة:

قال تعالى: بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ [أَلَا إِنَّ أَوْلِيَاءَ اللّٰهِ لَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ (٦٢) الَّذِينَ آمَنُوا وَكَانُوا يَتَّقُونَ (٦٣) لَهُمُ الْبُشْرَىٰ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَفِي الْآخِرَةِ لَا تَبْدِيلَ لِكَلِمَاتِ اللّٰهِ ذَلِكَ هُوَ الْفَوْزُ الْعَظِيمُ] (سورة يونس): الآية (٦٢: ٦٤)

يعتبر علاج طفل التوحد عملاً صعباً للغاية وربما يرجع ذلك إلى صعوبة فهم السبب الذي أصبح من أجله الطفل التوحدي. ويشير «أوجرمان» إلى أن تفاعل المعالج أو المدرب مع الطفل التوحدي والطرق التي يستخدمها في علاجه أو تدريبه يجب أن تكون بقدر الإمكان قائمه على إدراكه لطبيعة هذا الطفل.

ويضيف «أوجرمان» أنه عندما يفشل الطفل في التحسن بعد ساعات طويلة من العلاج والتدريب، فإن المعالج يكون غير قادر على قبول هذا الوضع كفشل لشخصيته كعلاج ويميل إلى اعتبار الطفل غير قابل للعلاج، أما إذا كان المعالج واعياً ومثالياً فيقبل فشل الطفل ويصبح أكثر تصميمًا وإصراراً على الإستمرار في معالجته (O'Gorman, 1970, 124).

▪ هناك أربعة مظاهر للأطفال المهملين كما يلي:-

أ- **الإهمال الجسدي**: مثل سوء التغذية -عدم توفير الملابس المناسبة للظروف الجوية المحيطة - عدم العناية الصحية.

ب- **الإهمال النفسي**: مثل عدم توفير الدعم النفسي - الحنان - الحب - التشجيع التعزيز - الإنتماء.

ج- **الإهمال الطبي**: عدم المعالجة وعدم توفير الحد الأدنى من الرعاية الصحية والعلمية من قبل الوالدين لأطفالهم - المعالجة الخطأ أثناء المرض - عدم وجود رعاية ونظافة للطفل.

د- **الإهمال التربوي**: مثل عدم إلحاق الأطفال بالمؤسسات التعليمية - الغياب المتكرر-عدم التنشئة السليمة-عدم توفير فرص التعليم المناسبة (Hobson, & Lee, 1998).

▪ مبادئ التدخل العلاجي لإضطراب طفل التوحد:

هناك مجموعة من المبادئ التي يجب مراعاتها في استخدام أي برنامج علاجي وهي :

١. التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية .
٢. تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنظمة وبعيدة عن العمل العشوائي .
٣. مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردي وضمن مجموعة صغيرة .
٤. مراعاة أن يتم العمل على مدار العام .
٥. مراعاة تنويع أساليب التعليم .
٦. مراعاة أن يكون الوالدين جزء من القائمين بالتدخل (Bolet,S.et al. 2011)

▪ اختبارات تعليمية تساعد على وضع الخطة الفردية لطفل التوحد:

بعد أن يحصل الطفل على تقييم لحالته المرضية، يحتاج إلى تصميم برنامج تعليمي خاص به حسب قدراته، وهو ما يسمى " بالتدخل المبكر" فيجرب للطفل اختبار متخصص في معرفة المستوى التعليمي له وهو " الإختبار التعليمي النفسي / اختبار شوبلر» نسبة للعالم الذي وضعه، يصمم ويطبق الإختبار على الطفل ليحدد نواحي متعددة من قدراته وهي:-

أولاً : النواحي التطورية للطفل:

وتشمل القدرات العقلية واللغوية، وقدرات العضلات الصغيرة والكبيرة، والإدراك الحسي ، والتآذر (التوازن اليدوي والبصري) والمهارة التقليدية.

ثانياً: النواحي السلوكية للطفل:

وتشمل النواحي السلوكية الغير طبيعية لدى الطفل في أربع جوانب رئيسية هي، المشاعر والعواطف، اللعب وطريقة استكشافه للأشياء، والتفاعل الحسي، واللغة، وعلى أساس نتائج هذا الإختبار يتم تصميم البرنامج التعليمي الخاص بالطفل المتوحد .

والإختبار التعليمي النفسي/إختبار شوبلر مقسم إلى (١٤٧) فقرة أو نشاط ،
تغطي جميع الجوانب التي ذكرت أعلاه ، ينفذها الطفل على شكل ألعاب محددة في
غرفة خاصة لهذا الغرض، وتقيّم كل فقرة حسب أداء الطفل (نجاح/محاولة / فشل)
بعد ذلك تظهر النتيجة على شكل رسم بياني، يوضح لنا مستوى الطفل في السبع
نقاط الرئيسية الخاصة بالتطور (التقليد - الإدراك - العضلات الصغيرة-العضلات
الكبيرة -تآذر العين مع اليد - الإدراك الأدائي - الإدراك العملي) وعن طريق الرسم
البياني التحليلي هذا، نستطيع مقارنة العمر الفعلي للطفل وهل هو متناسب مع
قدراته ومهاراته الحالية أم لا، وعلى أساس ذلك يبدأ تصميم البرنامج التعليمي
الفردى الخاص بالطفل حسب قدراته، عن طريق معرفة النشاطات التي لم يستطع
أنجازها وحصل فيها على درجة (محاولة / فشل) وبالتالي تصمم نشاطات متعددة
يتدرب عليها الطفل حتى يجيد مهارات التي هو ضعيف فيها .

إن تطبيق هذه الإختبارات التي تدرُس قدرات الطفل وتبدأ بوضع خطة تعليمية
له المفروض أنها تطبق في المراكز المتخصصة للتوحد أو في العيادات التخصصية
إذ يتم تطبيق هذه الإختبارات على الطفل في غرفة خاصة لها نافذة عاكسة من
جهة واحدة، بحيث يراقب الوالدان طفلهم أثناء الأختبار دون أن يراهم هو، وبعدها
يتم تصميم البرنامج التعليمي المنزلي الخاص بالطفل، ويقوم المسؤول عن البرنامج
التعليمي بمركز التأهيل بتدريب الوالدين بشكل مكثف على كيفية تطبيق هذه التمارين
في البيت، ومن الممكن أن يتم ذلك من خلال مراقبة الوالدان للمدرب من النافذة أثناء
تدريب طفلهم، أو من خلال اشرافه المباشر عليهم وتدريبهم، ومن هنا نرى أن دور
الأهل في تطبيق البرنامج المنزلي الخاص بحالة طفلهم بالتعاون مع المركز من الأمور
الهامة في الشفاء (Rebecca, et al,2007) .

▪ تقسيم المهارة المعقدة إلى مهارات بسيطة لتسهيل تدريب الطفل المتوحد:

المثال الأول: التدريب على الإفراغ : عندما يتجاوز الطفل عمر(٣) سنوات
ولا يمارس الإفراغ بالشكل الصحيح، فذلك دليل على وجود اضطراب في هذا السلوك

والأمر يتطلب التدريب عليه فيتم تقسيم مهارة الإفراغات المعقدة إلى مهارات بسيطة وهي كما يلي :

١ . يجب تعويد الطفل كيفية الشعور بالحاجة للإفراغ ، فتحدد توقيتات لكي تأتلف معها ساعته البيولوجية ، فيتدرب على الإفراغ قبل النوم مساءً ومع النهوض صباحاً، وهذه قد تستغرق وقت من التدريب ليس بالقليل لكي تتعود عليه ساعته البيولوجية .

٢ . التدريب على كيفية خلع الملابس التي قد تعيق عملية الإفراغ بحيث نضمن أنها لا تتسخ من فضلات الإفراغ.

٣ . التدريب على عملية الجلوس بالمرحاض بالوضع الصحيح والإتجاه الصحيح.

٤ . التدريب على كيفية تنظيف فتحات الإفراغ (المقعد أو الأكليل) بالماء تنظيفاً جيداً سواء بالخرطوم أو باليد اليسرى .

٥ . التدريب على كيفية إعادة لبس الملابس كما كانت قبل عملية الإفراغ.

٦ . التدريب على فتح صنوبر سيفون تنظيف مقعد المرحاض من الفضلات (الغائط أو البول) وإذا لم يوجد سيفون يدرب الطفل على سكب ماء بواسطة الأبريق لدفع الغائط إلى مجاري المرحاض .

٧ . يدرّب الطفل على غسل يديه بالماء والصابون عدة مرات (٢٣) مرة ويتأكد من نظافتها بعد الإنتهاء من جميع مراحل عملية الإفراغ.

يجب أن يتدرب الطفل على كل مهارة من هذه المهارات البسيطة منفصلة عن الأخرى، ويجب أن يتقنها ويتم التقييم من قبل المدرب، ولا يجوز أن ينتقل إلى المهارة التي تليها وبحسب التسلسل المذكور أعلاه إلا بعد أن ينجح بالأتقان وهذا أمر مهم .

المثال الثاني : التدريب على الكتابة والكتابة: هي مهارة معقدة لأنها

تتشارك بها اليد والعين والعقل بعملية متداخلة تداخلاً في حدوده في غاية التعقيد ، فلا بد من تقسيمها إلى مهارات بسيطة لنسهلها على الطفل وهي كما يلي :

١ . تدريب الطفل على كيفية مسك القلم بالأصابع الثلاثة (الإبهام والسبابة والوسط) وكيفية وضع الدفتر على الطاولة وكيفية وضع اليد على الدفتر بحيث يكون القلم فوق بداية السطر الذي ستتم عليه الكتابة .

٢ . مساعدة الطفل صورة الحرف/ الكلمة المطلوب كتابتها ، وتدريبه الى استخدام ذهنه في تحريك القلم ليرسم صورة الحرف /وإذا كانت كلمة كيف يربط حروف الكلمة ببعضها ، وهنا يجب أن يتقن الطفل رسم الحروف أولاً .

٣ . تدريب الطفل كيف يصحح الأخطاء عندما يخطأ في كتابة الحرف أو في ربط الحرف بالآخر .

٤ . تدريب الطفل كيف ينتقل للسطر الذي يلي ومتى ينتقل .

المثال الثالث: مهارات استخدام الجسد في البيئة: هذه المهارة أعرضها

هي اضطراب التكامل الحسي، والتكامل الحسي يعني قيام الحواس باستقبال المثيرات والمعلومات الحسية ، ثم يقوم الجهاز العصبي المركزي بتجميعها وترجمتها وفق السياق الخاص بها ثم اصدار او انتاج الاستجابة الحسية الحركية المناسبة لها ، فعند حدوث أي خلل في هذه العملية في أي مرحلة منها يحدث ما يسمى بإضطراب التكامل الحسي، ولذلك يحتاج الطفل إلى تدريب متخصص للتكيف مع المثيرات البيئية بشكل تدريجي أي بمراحل ، إذن يتطلب الأمر تقسيم هذه المهارة المعقدة إلى مهارات بسيطة ، وهذا التدريب يؤديه مجموعة من المتخصصين في كيفية التعامل مع كل مهارة حسية بسيطة بطريقة علمية منهجية باستخدام وسائل وأجهزة تعمل على تقديم المثيرات الحسية البيئية بشكل متلائم مع قدرات الطفل .

أن حركة الطفل في بيئته تعتمد على استخدامه لمهارات حواسه استخداماً صحيحاً توافقياً، لإنتاج الحركة التي تحقق هدفاً ما، وبالتالي يجب أن تكون المهارة الحركية للجسم متوافقة مع المهارات الحسية ، وهذا يتطلب تدريب الطفل على حركة الجسم ايجاباً أو سلباً على ضوء المهارات التي تؤديها الحواس، ثم تجمع المهارات لتصنع موائمة نشاط الجسم مع البيئة .

▪ طرق علاج اضطراب التوحد (الأوتيزم):

١. التدخل المبكر لتحسين مستوى التحصيل اللفظي والكلامي بواسطة برامج خاصة من قبل اختصاصيين.
 ٢. علاج السلوك السلبي والنمطي بواسطة التدريب بوسائل تحسين السلوك لمستوى مقبول .
 ٣. برامج تعليمية وتأهيلية خاصة للأطفال الذاتويين تخص التفاعل والتواصل مع الأهل والمجتمع.
 ٤. المعالجة الطبية لإزالة المعادن الثقيلة من جسم الطفل الذاتوي أن كانت نسبتها في دمه مرتفعة ويتم ذلك على أيدي أطباء متخصصين يقرروا أن كان الطفل بحاجة لهذه المعالجة .
 ٥. بعض المراجع الطبية تنصح المعالجة بالأوكسجين المضغوط .
 ٦. بعض المراجع الطبية تنصح بالحمية الغذائية .
 ٧. إعطاء بعض الفيتامينات (فيتامين - B6) تحت إشراف الطبيب .
- (عبد الله الحمدان، ٢٠٠٠، ٧٨).

▪ علاج اضطرابات التوحد (الأوتيزم):

يعرض عبد الحلیم محمد عبد الحلیم (٢٠٠٨) لمبادئ وبرامج التدخل العلاجي لذوي اضطراب الأوتيزم على النحو التالي:

(أ) مبادئ التدخل العلاجي:

-هناك مجموعة من المبادئ التي يجب مراعاتها في استخدام أي برنامج علاجي وهي:

١. التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية.
٢. تلبية الإحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنظمة وبعيدة عن العمل العشوائي.

٣. مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردي وضمن مجموعة صغيرة .
٤. مراعاة أن يتم العمل على مدار العام .
٥. مراعاة تنوع أساليب التعليم .
٦. مراعاة أن يكون الوالدين جزءاً من القائمين بالتدخل.

(ب) أساليب التدخل العلاجي والتأهيلي :

أولاً : أساليب التدخل النفسي.

ثانيا : أساليب التدخل السلوآي.

ثالثاً : أساليب التدخل الطبي.

رابعاً : أساليب العلاج بالفيتامينات.

خامساً : أساليب العلاج بالحمية الغذائية.

وتعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب الذاتوية ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضاً الأساليب المستخدمة في التخفيف من آثار الذاتوية العديدة والمتنوعة. ومن هذه الأساليب العلاجية ما هو قائم على الأسس النظرية لتحليل النفسي ومنها ما هو قائم على مبادئ النظريات السلوكية وهناك تدخلات علاجية قائمة على استخدام العقاقير والأدوية كما توجد بعض التدخلات القائمة على تناول الفيتامينات أو على الحمية الغذائية.

ولكن بالرغم من ذلك ينبغي التنويه إلى أن التدخلات العلاجية التي سوف نستعرض بعضها ذا طابع علمي لم تثبت جدواها بشكل قاطع وبعضها ذا طابع تجاري ومازال يعوزها الدليل على نجاحها .

كما يجب التأكيد على أنه لا يوجد طريقة أو علاج أو أسلوب واحد يمكن ينجح مع الأشخاص الذاتويين كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج طفل واحد .

وفيما يلي شرح للأساليب العلاجية والتأهيلية لطفل التوحد:

أولاً : أساليب التدخل النفسي:

حاول ليوكنر Leo Kanner 1943 وهو أول من اكتشف الذاتوية تفسير الذاتوية فرأى أن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الإنفعالية والتواصلية بين الوالدين (وبخاصة الأم) والطفل وبذلك نظر للأباء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب الذاتوية لدى أطفالهم.

ولذلك ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج الذاتوية وقد اعتمدت هذه الطرق النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل والإنفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم.

ويركز العلاج النفسي على أهمية أن يخبر الطفل علاقات نفسية وانفعالية جيدة ومشبعة مع الام، كما انه لا ينبغي أن يحدث احتكاكاً جسدياً مع الطفل وذلك لأنه يصعب عليه تحمله في هذه الفترة كما أنه لا ينبغي دفعه بسرعة نحو التواصل الإجتماعي لأن اقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى استجابات ذهانية حادة.

ومن رواد هذا النوع من العلاج نجد «ميلاني كلاين Melany Klien وبرونوبتهيلم Betteelheim ومرشانت Merchant وقد تحمسوا للأسلوب النفسي في علاج الذاتوية وأشاروا إلى وجود تحسن كبير لدى الحالات التي عولجت باستخدام الاساليب النفسية، إلا أن هناك بعض الباحثين الذين رأوا أن العلاج النفسي باستخدام فتيات التحليل النفسي في علاج الذاتوية له قيمة محدودة ويمكن أن يكون مفيداً للأشخاص الذاتويين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع، كما أنه لم يتم التوصل إلى أدنى إثبات على أن تلك الاساليب النفسية كانت فعالة في علاج أو في تقليل الأعراض.

كما يقدم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لأباء الأطفال الذاتويين على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم حتى يتسنى لهم مساعدة أطفالهم بصورة غير مباشرة.

كما أيد عدد من الأطباء والمحللين النفسيين استخدام أساليب العلاج النفسي مع آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وقد ثبت إمكانية الاستفادة من العلاج النفسي في تقديم الدعم والمؤازرة للتعامل مع المواقف الصعبة لإضطراب التوحد وما يترتب عليها من مشاعر الضيق والإكتئاب، على الرغم من ذلك تظل أساليب العلاج النفسي محدودة إذا استخدمت مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذين يعانون من صعوبات لغوية ويكون البديل في مثل هذه الحالات الأساليب غير اللفظية كالعلاج من خلال اللعب (سايمون كوهين، باتريك بولتون، ٢٠٠٠، ١٤٣).

ثانياً : أساليب التدخل السلوكي :-

تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعاً واستخداماً في العالم حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة الذاتية وهي تقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل السلوك الأخرى غير المناسبة كلياً.

وتكمن أهمية أساليب التدخل السلوكي في :

١. أنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويطبّقونها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً.
٢. يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس.
٣. نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث الذاتية فإن هذه الأساليب لا تعير إهتماماً للأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها.
٤. ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك.

كما يقوم العلاج السلوكي على تدريب الطفل السلوكيات المقبولة في المجتمع والهدف منه هو تخفيف السلوك السيئ وذلك بإزالة العوامل التي تشجع عليه وإبدالها بمهارات أكثر إيجابية (Charlop, Milstein, 1989)، (عمر فواز ، ٢٠٠٢ ، ٧٤).

ويصمم هذه البرامج السلوكية الإختصاصيين والأطباء النفسيين بالتشاور مع الوالدين والمعلمين وتركز هذه البرامج على تطوير السلوك التكيفي (كوهين وبولتون، ٢٠٠٠، ١٣٧).

وثبت من الخبرات العلمية نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرك مقابلة جميع متطلباته وتوفر الدقة في التطبيق، ويرجع نجاح هذا العلاج في التخفيف من حدة الإعاقة إلى عدة أسباب:

١. إنه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين المهنيين وأن يطبقونها بشكل سليم.

٢. أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية.

٣. لا يهتم هذا الأسلوب بأسباب التوحد.

٤. يضمن نظمان ثابت لإثابة ومكافأة السلوك الذي يهدف إلى تكوين وحدات استجابية صغيرة متتالية عن طريق استخدام المعززات القوية (عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠١ ، ١٤٢).

كما أثبتت دراسة لوفاس Lovass فاعلية هذا البرنامج في تعديل سلوكيات ذوي اضطراب التوحد وتنمية العديد من المهارات اللغوية، واللعب، والتفاعل الإجتماعي، والمهارات الإجتماعية، والتحصيل الأكاديمي (عبير بدوي ، ٢٠٠٦، ٦٦).

ومن أساليب تعديل السلوك التي يمكن اتباعها مع أطفال التوحد:

أولاً: التعزيز: هو المكافأة التي يرغب بها الطفل عندما يسلك سلوكاً معيناً (عبير بدوي ، ٢٠٠٦، ٦٠).

والتعزيز نوعين:

أ- **التعزيز الإيجابي:** «وهو تقديم مثير مرغوب فيه بعد الإستجابة بسلوك معين مما يؤدي إلى زيادة تكرار السلوك»

ب-**التعزيز السلبي** : «هو زيادة احتمال تكرار السلوك عندما يتبعه إزاحة أو تخلص من مثير غير سار أو منفر بعد حدوث السلوك المرغوب مباشرة» (عدنان الحازمي، ٢٠٠٧، ٢١١).

وهناك نوع آخر من التعزيز يسمى التعزيز التفاضلي: «وهو تعزيز السلوكيات الإجتماعية المرغوبة وتجاهل السلوكيات الإجتماعية غير المرغوبة» (عمر فواز، ٢٠٠٣، ٢٢).

▪ أنواع المعززات:

١. **معززات اجتماعية**: مثل المدح، والثناء، والتشجيع، والربت على الظهر، والتقبيل.

٢. **معززات مادية**: أشياء مادية يحبها التلميذ كالألعاب، والأقلام، والصور، وشهادات التقدير.

٣. **معززات غذائية**: الطعام، والشراب.

٤. **معززات نشاطية**: الرسم، العزف على آلة موسيقية، مشاهدة التلفاز (قحطان الظاهر، ٢٠٠٩، ٢١١).

٥. **وأضاف جوهر نوع خامس وهو المعززات الرمزية**: مثل إعطاء الطفل نجمة ورقية كلما صدر عنه سلوك مرغوب فيه (عبير بدوي، ٢٠٠٦، ٦١).

ثانياً: التعاقد السلوكي: هو عبارة عن اتفاقية مكتوبة بين طرفين، أحدهما الطفل والآخر المعلم تقوم على عنصرين أساسيين وهما: المهمة المطلوب من الطفل تأديتها، المكافأة التي سيحصل عليها عند تأدية المهمة (عدنان الحازمي، ٢٠٠٧، ٢٢١).

ثالثاً: العزل: إجراء عقابي يشير إلى ابعاد الفرد عن فرصة التعزيز المتزامن من بعد السلوك الغير مرغوب فيه وذلك بإبعاد الفرد من بيئة معززة إلى بيئة غير معززة وتباين فترة العزل من دقيقتين إلى ثلاث ساعات (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤، ٤٣٣).

رابعاً: الممارسة السالبة: تقوم على إرغام الفرد على تكرار السلوك الغير مرغوب فيها الصادر مرات عديدة (نيرمين قطب، ٢٠٠٥، ٧٠).

خامساً: الإطفاء: ويسمى التجاهل المنظم وهو إيقاف أو إلغاء المعززات التي كانت تتبع السلوك غير المقبول في الماضي والتي كانت تحافظ على استمراريته (جمال الخطيب، ٢٠٠٧، ٢٤٢).

سادساً: التصحيح الزائد: هو إعادة الوضع إلى ما كان عليه سابقاً، وذلك بأن يعيد الفرد إصلاح البيئة إلى مستوى مساو أو أفضل مما كان عليه قبل ظهور السلوك الغير مرغوب فيه مثل تنظيف منطقة العمل بسبب سوء الإستعمال، وممارسة الفرد إلى أشكال صحيحة من السلوك في المواقف التي ظهرت فيه المشكلة مثل تنظيف مناطق عمل أخرى» (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤، ٤٣٠).

أنواع التدخلات العلاجية السلوكية:

١. برنامج لوفاس (Young Autistic Program (YAP
٢. برنامج معالجة وتعليم الذاتيين وذوي إعاقات التواصل TEACCH
٣. التدريب على المهارات الإجتماعية (SST) Social Skills Training
٤. برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS)
٥. العلاج بالحياة اليومية مدرسة هيجاش Daily Life Therapy DLT
٦. التدريب على التكامل السمعي (ALT) Auditory Integration Training
٧. العلاج بالتكامل الحسي (SIT) (Sensory Integration Therapy):
٨. التواصل الميسر (FC) Facilitated Communication (FC):
٩. العلاج بالمسك أو الإحتضان (HT) Holding Therapy (HT):
١٠. العلاج بالتدريبات البدنية (PE) Physical Exercise (PE)

١١ . التعليم اللطيف (GT) Gentle teaching :

١٢ . العلاج بالموسيقى (MT) Music Therapy :

١٣ . برنامج سن راييز : Son Rise

١٤ . برنامج فاست فورورد Fast For Word

١٥ . العلاج باللعب:

١٦ . العلاج بالقصص الاجتماعية:

١٧ . العلاج بالفن:

١٨ . العلاج بالإحتضان:

▪ وفيما يلي تناول موجز لهذه البرامج:

١- برنامج لوفاس (Young Autistic Program YAP):

ويسمى أحياناً بالعلاج التحليلي السلوكي أو تحليل السلوك Behavior Therapy Analysis ومبتكر هذا الأسلوب العلاجي هو Ivor Lovaas في عام (١٩٧٨) وهو أستاذ الطب النفسي بجامعة لوس أنجلوس وهذا النوع من التدخل قائم على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية بشكل مكثف فيجب ألا تقل مدة العلاج عن (٤٠) ساعة في الأسبوع ولمدة عامين على الأقل ، ويركز هذا البرنامج على تنمية مهارات التقليد لدى الطفل وكذلك التدريب على مهارات المطابقة Matching واستخدام المهارات الاجتماعية والتواصل.

وتعتبر هذه الطريقة مكلفة جداً نظراً للإرتفاع تكاليف العلاج ، كما أن كثير من الأطفال يؤدون بشكل جيد في المدرسة أو العيادة ولكنهم لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية. وبالرغم من ذلك فهناك بعض البحوث التي أشارت إلى النجاح الكبير الذي حققه استخدام هذا البرنامج في مناطق كثيرة من العالم (وليد خليفة، مراد عيسي، ٢٠٠٧، ١٥٨).

٢- برنامج معالجة وتعليم الذاتويين وذوى إعاقات التواصل Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH)

وهذا البرنامج من إعداد «ايريك شوبلر» وزملائه في ولاية نورث كارولينا في أوائل السبعينات ويشتمل البرنامج على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية ويتم التعامل مع كل منها بشكل فردي.

كما يقدم أيضاً هذا البرنامج خدمات التشخيص والتقييم لحالات الذاتويين وكذلك يقدم المركز القائم على هذا البرنامج وهو TEACCH Division في جامعة نورث كارولينا خدمات استشارية فنية للأسر والمدارس والمؤسسات التي تعمل في مجال الذاتوية والإعاقات المشابهة.

ويعطي برنامج TEACCH إهتماماً كبيراً للبناء التنظيمي للعملية التعليمية Structured Learning الذي يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والإجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص الذاتوي. ويعتبر أهم الوحدات البنائية القائم عليها البرنامج هي: تنظيم الأنشطة التعليمية-تنظيم العمل-جدول العمل.

ويهدف البرنامج إلى تطوير والإستقلالية الشخصية والمهارات الإدراكية لدى الطفل، ويحدد لكل طفل برنامج فردي، ويعتمد البرنامج على تنظيم إطار التعليم بإستعمال الوسائل البصرية ويعمل على ضبط السلوك لتسهيل العملية التعليمية (محمد ميقاتي وآخرون، ٢٠٠٦، ١٠).

ويمتاز برنامج TEACCH بأنه طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك فقط بل تقدم تأهيلاً متكاملأً للطفل كما تمتاز بأنها طريقة مصممة بشكل فردي على حسب إحتياجات كل طفل حيث يتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي إحتياجات هذا الطفل.

وبالرغم من الإنتشار الواسع الذي حققه برنامج TEACCH في العالم إلا أنه مازال في حاجة إلى إثبات فاعليته من خلال بحوث ميدانية علمية تطبيقية فلم تجرى المؤسسات والمراكز العلمية مقارنة بين فاعلية هذا فاعلية هذا البرنامج والبرامج العلاجية الأخرى (Wing, 1966; Kanner, 1973 ; Kaplan ,Sodock, 1 985;Berg,) (1985; Goldstein,et als, 1986)

٣-التدريب على المهارات الإجتماعية (SST Social Skills Training):

ويشمل التدريب على المهارات الإجتماعية على عدد واسع من الإجراءات والأساليب التي تهدف إلى مساعدة الأشخاص الذاتويين على التفاعل الإجتماعي ويرى أنصار هذا النوع من العلاج أنه بالرغم من أن التدريب على المهارات الإجتماعية يعتبر أمراً شاقاً على المعلمين والمعالجين السلوكيين إلا أن ذلك لا يقلل من أهمية وضرورة التدريب على المهارات الإجتماعية بإعتبار أن المشاكل التي يواجهها الذاتويين في هذا الجانب واضحة وتفوق في شدتها الجوانب السلوكية الأخرى وبالتالي فإن محاولة معالجتها لابد وأن تمثل جزء أساسياً من البرامج التربوية والتدريبية.

وهذا النوع من التدخلات العلاجية مبني على عدد من الإفتراضات وهي :

أ- إن المهارات الإجتماعية يمكن التدريب عليها في مواقف تدريبية مضبوطة وتعمم بعد ذلك في الحياة الإجتماعية من خلال انتقال أثر التدريب.

ب- إن المهارات اللازمة لمستويات النمو المختلفة يمكن التعرف عليها ويمكن أن تُعلم مثل تعليم مهارة كاللغة أو المهارات الإجتماعية واللعب الرمزي من خلال التدريب على مسرحية درامية.

ج- إن القصور الإجتماعي Social Deficit ينتج من نقص المعرفة بالسلوكيات المناسبة ومن الوسائل التي يمكن استخدامها في التدريب على المهارات الإجتماعية القصص، تمثيل الأدوار، كاميرا الفيديو لتصوير المواقف وعرضها بالإضافة إلى التدريب العملي في المواقف الحقيقية.

وبشكل عام يمكن القول بأن التدريب على المهارات الإجتماعية أمراً ممكناً على الرغم مما يلاحظه بعض المعلمين أو المدربين من صعوبة لدى بعض الذاتويين تحول بينهم وبين القدرة على تعميم المهارات الإجتماعية التي تدربوا عليها في مواقف أخرى مماثلة أو نسيانها وفي بعض الأحيان يبدو السلوك الإجتماعي للطفل الذاتوي متكلف وغريب من وجهة نظر المحيطين به لأنه تم تعلمه بطريقة نمطية ولم يكتسب بطريقة تلقائية طبيعية (Koegel, et als, 1987, 1992) .

٤-برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS) Picture :Exchange Communication System

يتم في هذا البرنامج استخدام صور كبديل عن الكلام ولذلك فهو مناسب للشخص الذاتوي الذي يعاني من عجز لغوي حيث يتم بدء التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه مع الشخص الآخر (الأب، الأم، المدرس) حيث ينبغي على هذا الآخر إن يتجاوب مع الطفل ويساعده على تنفيذ رغباته ويستخدم الطفل في هذا البرنامج رموزاً أو صوراً وظيفية رمزية في التواصل طفل يأكل، يشرب، يقضي حاجته، يقرأ، في سوبر ماركت، يركب سيارة.....إلخ) وهذا الأسلوب يعكس أحد أساليب التواصل للأطفال الذاتويين الذين يعانون من قصور وسائل التواصل اللفظي وغير اللفظي وقد نشأت فكرة هذا البرنامج عن طريق Bondy Frost في عام (١٩٩٤) حيث ابتكر هذا البرنامج الذي يقوم على استخدام الشخص الذاتوي لصورة شيء يرغب في الحصول عليه ويقدم هذه الصورة للشخص المتواجد أمامه الذي يلبي له ما يرغب. ويبنى هذا البرنامج على مبادئ المدرسة السلوكية في تطبيقاته مثل التعزيز، التلقين، التسلسل العكسي..... وغيرها. ولا تقتصر فائدة برنامج (PECS) علي تسهيل التواصل فقط بل أيضا يُستخدم في التدريب والتعليم داخل الفصل.

٥-العلاج بالحياة اليومي (مدرسة هيجاش) Daily Life Therapy DLT :

ابتكر هذا الأسلوب من العلاج عن طريق "Kiyo Kitahara" من اليابان ولها مدرسة في ولاية بوسطن تحمل هذا الاسم ويطلق على هذا الأسلوب اسم مدرسة

هيجان وهي آمة باليابانية تعنى الحياة اليومية وهذا النوع من العلاج ينتشر في اليابان ويتم بشكل جماعي وقوم على افتراض مؤداه أن الطفل المصاب بالذاتوية لديه معدل عالي من القلق، ولذلك يركز هذا البرنامج على التدريبات البدنية (تدريب بدني تطلق فيه الإندورفينات Endorphins التي تحكم القلق والإحباط) بالإضافة إلى كثير من الموسيقى والدراما مع السيطرة على سلوكيات الطفل غير المناسبة وإهتمام أقل قدر بتمية المهارات التواصلية التلقائية أو تشجيع الفردية ولكن هذا النوع من العلاج ما زال موضع بحث ولم يتم التأكد بعد من مدى فاعليته (Biklen, 1992; Myles, Simpson, 1994).

ويقوم البرنامج على عدة مبادئ أساسية:

١. التعليم الموجه للمجموعة.
٢. تعليم الأنشطة الروتينية اليومية.
٣. التعليل بالتقليد.
٤. تقليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريب الصارم.
٥. يعتمد المركز على الموسيقى والرسم والألعاب والرياضة (زينب شقير، ٢٠٠٧، ١).

٦-التدريب على التكامل السمعي (Auditory Integration Training(ALT):

وقد ابتكر هذه الطريقة (Berard, 1993) وقد افترض في هذا النوع من التدريب أن الأشخاص الذاتويين مصابين بحساسية في السمع (فهم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية) ولذلك فإن طريقة العلاج هذه تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم وضع سماعات إلى آذان الذاتويين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي) ديجيتال بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حالة نقصها.

ويشمل الإستماع لهذه الموسيقى مدة (١٠) ساعات بواقع جلستين يومياً كل جلسة لمدة (٣٠) دقيقة. وهذا النوع من التدخل يأمل أنصاره أن يؤدي إلى زيادة الحساسية الصوتية أو السمعية أو تقليلها ويؤدي ذلك إلى تغير موجباً في السلوك التكيفي وينتج نقصاً في السلوكيات السيئة. وقد أجريت بعض البحوث حول التكامل أو التدريب السمعي وقد أظهرت بعض النتائج الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث أشخاص متحمسون لهذا العلاج وتكون النتائج سلبية حينما يقوم بها أطراف معارضون أو محايدون خاصة مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمي.

٧-العلاج بالتكامل الحسي: (SIT): Sensory Integration Therapy

أول من بحث في هذا النوع من العلاج هي «Jane Ayres وهذا العلاج مأخوذ من علم العلاج المهني ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس مثل (حواس الشم، السمع ، البصر ، اللمس ، التوازن ، التذوق) قد يؤدي إلى أعراض ذاتوية وهذا النوع من العلاج قائم على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أنه ليس كل الأطفال الذاتوين يُظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي كما أنه ليس هناك أبحاث لها نتائج واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال الذاتوين.

٨-التواصل الميسر: (FC): Facilitated Communication

هذه الطريقة هي إحدى الفنيات المعززة للتواصل للأشخاص غير القادرين على التعبير اللغوي أو لديهم تعبير لغوي محدود ولذلك فهو يحتاج إلى ميسر يزود بالمساعدة الفيزيائية، فعلى سبيل المثال عند الكتابة على الكمبيوتر يقوم الميسر (الشخص المعالج) بدعم يد الشخص الذاتوي أو ذراعه بينما الفرد الذاتوي يستخدم الكمبيوتر في هجاء الكلمات وهذا النوع من العلاج يبنى على أساس أن الصعوبات التي تواجه الطفل الذاتوي إنما تنتج من اضطراب الحركة علاوة على القصور الاجتماعي والتواصلية وعلى ذلك فإن المساندة الفيزيائية المبدئية عند تعلم مهارات الكتابة يمكن أن يؤدي في النهاية إلى قدرة على التواصل غير المعتمد على الميسر (الأخر) كما أن

هذا الأسلوب يركز أساساً على تنمية مهارات الكتابة. وقد حظيت هذه الطريقة الطريقة بإهتمام إعلامي مباشر في وسائل الإعلام الأمريكية ولكن رغم ذلك لم تشير إلى وجود فروق بين الأداء باستخدام الميسر أو الأداء المستقل بدون استخدام الميسر.

٩-العلاج بالمسك أو الإحتضان: (HT) Holding Therapy

يقوم العلاج بالإحتضان على فكرة أن هناك قلق مُسيطر على الطفل الذاتوى ينتج عنه عدم توازن إنفعالى مما يؤدي إلى انسحاب إجتماعي وفشل في التفاعل الإجتماعي وفي التعلم وهذا الإنعدام في التوازن ينتج من خلال نقص الإرتباط بين الأم والرضيع وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث.

وهذا النوع من العلاج يتم عن طريق مسك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء بعد إطلاق حالة من الضيق وبالتالي سوف يحتاج الطفل إلى أن يهدأ وعلى المعالج (الأب، الأم، المدرس...إلخ) أن يقف أمام الطفل ويمسكه في محاولة لأن يؤكد التلاقي بالعين ويمكن أن تتم الجلسة والطفل جالس على رآبة الكبير وتستمر الجلسة لمدة (٤٥) دقيقة والعديد من الأطفال ينزعجوا جداً من هذا الوقت الطويل. وفي هذا الاسلوب العلاجي يتم تشجيع آباء وأمهات الذاتويين على احتضان (ضم) أطفالهم لمدة طويلة حتى وإن كان الطفل يمانع ويحاول التخلص والإبتعاد عن والديه ويعتقد أن الإصرار على احتضان الطفل باستمرار يؤدي بالطفل في النهاية إلى قبول الاحتضان وعدم الممانعة وقد أشار بعض الأهالى الذين جربوا هذه الطريقة بأن أطفالهم بدأو في التدقيق في وجوههم وأن تحسناً ملحوظاً طرأ على قدرتهم على التواصل البصري كما أفادوا أيضاً بأن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعى.ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أن جدوى إستخدام أسلوب العلاج بالإحتضان في علاج الذاتوية لم يتم إثباتها علمياً.

يقوم هذا العلاج على الإصرار على احتضان الطفل بإستمرار حتى ولو قام الطفل بالمقاومة لأن الإحتضان الطويل مع مرور الوقت يؤدي إلى قبول الطفل له وعدم رفضه ووجدت هذه الطريقة نجاحاً فالعديد من أولياء الامور أفادوا بأنهم يلاحظون بعض

التحسن على قدرات أطفالهم البصرية التواصلية والتفاعل الإجتماعي فقد لاحظوا أن أطفالهم كانوا يدققون في وجوههم بعد هذا الإحتضان (فهد المغلوث، ٢٠٠٦، ١٧٦).

١٠-العلاج بالتدريبات البدنية: (PE) Physical Exercise

مؤسس هذه الطريقة هو Rimland 1988 وقد رأى أن الإثارة العضلية النشطة لعدة ساعات يومية يمكن أن تصلح الشبكة العصبية المعطلة وظيفياً ويفترض أنصار هذا الأسلوب أن التدريب الجسماني العنيف له تأثيرات ايجابية على المشكلات السلوكية حيث أن نسبة (٤٨)٪ من (١٢٨٦) فرداً من أبناء الأطفال الذاتويين قد قرروا أن هناك تحسناً ناتجاً عن التمارين الرياضية حيث لاحظ الأباء نقص في أنه يحسن مدى الإنتباه والمهارات الإجتماعية كما يقلل من سلوكيات إثارة الذات أما يرى بعض الباحثين أن التمارين الرياضية في الهواء الطلق تؤدي إلى تناقص هام في إثارة الذات إلى زيادة الأداء الأكاديمي .

١١-التعليم اللطيف (GT) Gentle teaching :

يستخدم هذا النوع من العلاج بواسطة McGee (١٩٨٥) كنوع من العلاج وقد أشار إلى أنه ناجح مع الأفراد ذوي صعوبات التعلم والسلوكيات التي تتسم بالعناد وتهدف هذه الطريقة إلى تقليل سلوكيات المعانده باستخدام اللطف والأحترام تقوم على افتراضين اساسيين هما :

أ- أن يتعلم المعالج الإحترام للحاله الإنفعالية للطفل ويتعرف علي طبيعة إعاقته بكل ابعادها .

ب- أن سلوكيات المعاندة أو العناد هي رسائل تواصلية قد تشير إلى اضطراب أو عدم راحة أو قلق أو غضب.

١٢-العلاج بالموسيقى (MT) Music Therapy :

هذا النوع يُستخدم في معظم المدارس الخاصه بالأطفال الذاتويين وتكون نتائجه جيدة فقد ثبت على سبيل المثال أن العلاج بالموسيقى يساعد على تطوير مهارات انتظار الدور Turn taking وهى مهارة تمتد فائدتها لعدد من المواقف الإجتماعية.

والعلاج بالموسيقى أسلوب مفيد وله آثار إيجابية في تهدئة الأطفال الذاتيين وقد أن
ترديد المقاطع الغنائية على سبيل المثال أسهل للفهم من الكلام لدى الأطفال الذاتيين
وبالتالي يمكن ان يتم توظيف ذلك والاستفادة منه أوسيله من وسائل التواصل (Koeggel
243-244, 1987, et als)، (جابر عبد الحميد وعلاء كفاي، ١٩٩٢، ٥).

وقد بدأت هذه الطريقة تشق طريقها في علاج الأطفال المصابين بالتوحد في
العقد الأخير، وفي العلاج بالموسيقى يخضع الطفل لجلسات من الموسيقى بشكل يومي
مكثف وهناك مقطوعات موسيقية أعدت خصيصاً لهذا الغرض، يستمع إليها الطفل
عبر سماعات ذات حساسية عالية، وقد ساهمت هذه الطريقة في علاج أطفال مصابين
بالتوحد وساعدتهم على التخلص من سلوكيات غير تكيفية (نهلة غندور، ٢٠٠٠).

وقد ثبت أن العلاج بالموسيقى يساعد في تطوّر مهارات انتظار الدور وهي
مهارة تمتد فائدتها لعدد من المواقف الإجتماعية فضلاً عن أن العلاج بالموسيقى
يفيد في الكشف عن القدرات الموسيقية الكامنة لذوي اضطراب التوحد، والعلاج
بالموسيقى أسلوب مفيد وله آثار إيجابية في تهدئة الأطفال ذوي اضطراب التوحد،
وقد ثبت أن ترديد المقاطع الغنائية على سبيل المثال أسهل للفهم من الكلام لديهم
وبالتالي يمكن توظيف ذلك والاستفادة منه كوسيلة من وسائل التواصل (سايمون
كوهين، باتريك بولتون، ٢٠٠٠، ١٤٤).

١٣- برنامج سن رايز Son Rise:

بدأ هذا البرنامج «كوفمان»، ويهتم البرنامج بتقوية التواصل الإجتماعي للطفل
ومن الأساسيات التي يبني عليها البرنامج هو المشاركة (استخدام رغبات الطفل
كأساس للتعليم من خلال اللعب المشترك) مع استعمال عامل الإثارة والمتعة ونجاح
هذه الطريقة لا بد من الإلتزام بالوضوح والثبات والعدل في ما يتوقع من الطفل،
والوفاء بالوعد، وتنفيذ التهديد، مع ضرورة استخدام إرشادات قصيرة ومحدودة قبل
الشروع في إعطاء التعليمات (فهد المغلوث، ٢٠٠٤، ١٧٠).

١٤- برنامج فاست فورورد Fast For Word :

هو برنامج إلكتروني يعتمد على الحاسوب ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل في هذا البرنامج يجلس الطفل أمام الحاسوب وفي أذنيه سماعات يلعب ويستمتع للأصوات الصادرة من اللعبة، لكن هذا البرنامج يركز على جانب واحد فقط هو جانب اللغة ول هذا البرنامج فوائد كثيرة لكن لابد من مراعاة تنظيم الوقت الذي يقضيه الطفل أمام الحاسوب لأن كثرة الجلوس أمامه يزيد من عزلته عن العالم الخارجي (طارق عامر وأحمد جبرى، ٢٠٠٨، ٩٠).

١٥- العلاج بالقصص الإجتماعية : Treatment with social stories

بما أن ذوي اضطراب التوحد يعانون من نقص في المعرفة الإجتماعية فمن الممكن التعامل مع هذه المشكلة عن طريق القصص الإجتماعية التي تساعدهم على فهم المواقف الإجتماعية من خلال قصة يتم تصميمها تبعاً لحاجات كل شخص نهدف إلى تعليمه وتعديل سلوكه الإجتماعي (كرستين نصار، جانيت يونس، ٢٠١٠، ٨).

١٦- العلاج بالفن Art Therapy :

جاء في تعريف الرابطة الأمريكية للعلاج بالفن عام (٢٠٠٤) أن العلاج بالفن هو الإستعمال العلاجي للعلاج الفني وفي حدود علاقة مهنية من قبل أفراد يعانون من مرض أو صدمة أو مصاعب في مصاعب في الحياة ومن قبل أفراد يسعون للنمو الشخصي ومن خلال ابتكار الفن والتمتع في إنتاجه وعملياته يستطيع الفرد أن يرفع من درجة إدراكه لنفسه وللآخرين والتأقلم مع أعراضه المرضية والضغط التي تتناوبه والصدمات التي يمر بها فيحسن من قدرته المعرفية ويستمتع بمتعة الحياة الأكيدة من خلال عملية الفن (وفاء الشامي، ٢٠٠٤، ٤).

وللعلاج بالفن أهداف عديدة منها:

١. إطلاق الشعور التعبيري والإنفعالي لدى الطفل وذلك من خلال تطور التفاعل الإنساني بينه وبين العمل الفني والمعالجة.

٢ . يعمل على تنمية وعي الطفل بنفسه وأنه قادر على إخراج عمل جميل (فهد المغلوث، ٢٠٠٤، ١٨١).

١٧-العلاج باللعب Play therapy :

يستخدم العلماء برنامج العلاج باللعب مع ذوي اضطراب التوحد لتنمية اتصالهم بالمحيطين بهم ويضعون اللعب كأساس في أي برنامج، كما يعتبر اللعب مدخل لدراسة الأطفال وتحليل شخصياتهم وتشخيص أسباب مشكلاتهم الإنفعالية (سهى نصر ، ٢٠٠٢، ١٢٦).

ويعد العلاج باللعب من الأساليب التي تقلل من السلوك النمطي عن طريق تعليم ذوي اضطراب التوحد كيفية اللعب بالألعاب بطريقة وظيفية يمكن أن يعدل السلوك من خلال الإبتعاد عن السلوكيات النمطية خاصة الذين يقضون معظم وقتهم في تكرار سلوكيات من نوع واحد (قحطان الظاهر، ٢٠٠٩، ٢٣).

وقد اثبتت العديد من الدراسات أهمية التدريب من خلال اللعب مثل دراسة كريدون مارجاريت (Creedon, Margaret) التي هدفت إلى تدريب مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد على برنامج للتواصل بغرض تحسين مهاراتهم الإجتماعية والتخلص من بعض السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً، أوضحت النتائج أنه من خلال الألعاب والأنشطة الحركية والفنية الإجتماعية تخلص هؤلاء الأطفال من سلوك إيذاء الذات كما زاد نشاطهم الإجتماعي.

١٨-العلاج من خلال البرامج القائمة على البني الثابتة والمتوقعة:

بسبب طبيعة التوحد، الذي تختلف شدة أعراضه من طفل لآخر، ونظراً للاختلاف الطبيعي بين كل طفل وآخر، فإنه ليست هناك طريقة معينة يمكنها الحد من أعراض التوحد في كل الحالات. وقد أظهرت البحوث والدراسات أن معظم الأشخاص المصابين بالتوحد يستجيبون بشكل جيد للبرامج القائمة على البني الثابتة والمتوقعة مثل الأعمال اليومية المتكررة والتي تعود عليها الطفل والتعليم المصمم بناء على الاحتياجات الفردية

لكل طفل، وبرامج العلاج السلوكي، و البرامج التي تشمل علاج اللغة، وتنمية المهارات الاجتماعية، والتغلب على أية مشكلات حسية. على أن تدار هذه البرامج من قبل إختصاصيين مدربين بشكل جيد، وبطريقة متناسقة، وشاملة. كما يجب أن تكون الخدمة مرنة تتغير بتغير حالة الطفل، وأن تعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه، كما يجب تقييمها بشكل منتظم من أجل محاولة الانتقال بها من البيت إلى المدرسة إلى المجتمع. كما لا يجب إغفال دور الوالدين وضرورة تدريبهما للمساعدة في البرنامج، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهما (محمد خطاب، ٢٠٠٤، ٦:١).

▪ الأساليب العلاجية الأخرى والأقل شيوعاً و انتشار :-

ثالثاً : أساليب التدخل الطبي :

مع ازدياد القناعة بأن العوامل البيولوجية تلعب دوراً في حدوث الإصابة بالذاتوية فإن المحاولات جادة لإكتشاف الأدوية الملائمة لعلاجها وحتى الآن لا يوجد علاج طبي يؤدي بشكل واضح إلى تحسن الأعراض الأساسية المصاحبة للإصابة بالذاتوية، والعلاج الطبي يمكن أن يقدم المساعدة في تقليل المستويات المرتفعة من الإثارة والقلق ويقلل من السلوك التخريبي أو التدميري ولكنه لا يؤثر في جوانب القصور الأساسية ويمكن أن يؤدي إلى مشكلات أسوأ ولذلك يجب تجنبه إن أمكن ذلك أو استخدامه بحذر .

ويُركز العلاج الدوائي أو الطبي في الطفولة المبكرة على أعراض مثل العدائية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطى والمتأخرة، أما في المراهقة والرشد وخاصة لدى الذاتوية من ذوي الأداء المرتفع فقد يكون الإكتئاب والوسواس القهري هي الظواهر التي تتداخل مع أدائه الوظيفي وكل من الخبرة الإكلينيكية والبحث العلمي يظهر أن فاعلية العقار يمكن أن تجعل الشخص الذاتوي أكثر قبولاً للتعلم الخاص أو للمداخل النفسية الاجتماعية وقد تسير عملية التعلم وهناك العديد من العقاقير التي تستخدم مع الاطفال الذاتويين مثل العقاقير المنبهة Stimulant Meauiation أو منشطات الأعصاب Neuralpties أو مضادات الاكتئاب Antidepressant والعقاقير المضادة للقلق Antianxiety Medication والعقاقير المضادة للشنجات Anticpnvulsants .

وبما أن من طبيعة التوحد اختلاف أعراضه من طفل لآخر، فليس هناك طريقة واحدة معينة بذاتها تصلح للتخفيف من أعراض التوحد في كل الحالات (طارق عامر وأحمد جبرى، ٢٠٠٨، ٩١).

وقد تعددت طرق العلاج ويمكن تقسيم طرق العلاج إلى:

١-العلاج بهرمون السكرتين:

السكرتين هو هرمون يفرزه الجهاز الهضمي يساعد في عملية الهضم، وقد تم استخدام جرعات من هذا الهرمون للمساعدة في علاج اضطراب التوحد، صحيح أن الآباء الذين استخدموا هذا الهرمون وجدوا تحسنا ملحوظا في سلوك أطفالهم، لكن هناك البعض من العلماء يشككون في فعالية هذا الهرمون (عمر فواز، ٢٠٠٣، ٧).
ويسبب هذا الهرمون آثارا جاذبية منها النشاط، والعدوانية، وصرع خفيف لبعض الأطفال بعد أخذ الجرعة الرابعة منه (فهد المغلوث، ٢٠٠٤، ١٦٨).

٢-العلاج بهرمون الميلاتونين:

الميلاتونين هو هرمون تنتجه الغدة الصنوبرية يساعد الجسم على الاحتفاظ بنظام النوم واليقظة، وقد أظهرت بعض الدراسات أن إنتاج هذا الهرمون لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد غير الطبيعي، وبعد إعطاهم هرمون الميلاتونين تحسن لدى البعض منهم نظام النوم (وفاء الشامي (ج)، ٢٠٠٤، ٣٨٧).
ولاستعمال هذا الهرمون فوائد عديدة بالنسبة لذوي اضطراب التوحد ولكن له آثار جانبية وتتحصر فيما يعرف بتوفر التحمل ويمكن علاجها بإيقاف الجرعات لمدة معينة ثم معاودة العلاج (نيرمين قطب، ٢٠٠٥، ٦٦).

٣-العلاج بالأدوية:

يركز العلاج الدوائي في مرحلة الطفولة المبكرة على بعض الأعراض المصاحبة لإضطراب التوحد مثل فرط الحركة وسرعة الإستثارة والإنفجارات المزاجية، أما

في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة فيركز على أعراض أخرى منها العدوانية وإيذاء الذات، أما في مرحلة المراهقة خاصة لذوي المرتفع فيركز على الإكتئاب والوسواس القهري (إلهامي إمام، إيمان إسماعيل، ٢٠٠٦، ٢٢١).

▪ **ومن الأدوية التي يستعملها ذوي اضطراب التوحد كما في جدول (٣):**

.(Butyrphenone) Haloperidol	١- الأدوية المضادة للذهان
.(Clozapene) Clozaril	
.(Risperidone) Risperdal	
.(Olanzapine) Zyprexa	
(Rhenozianzines THioridazine) Mellaril	
.(Fenfluramine) Rondimin	٢- الأدوية المضادة للاكتئاب
.(Paroxetine) Paroxil	
.(Fluvoxamine) Luvox	
.(Clomipramine) Anarfil	
.(Buspirone) Buspar	٣- الأدوية المضادة للقلق
.(Chloral Hydrate) Noctec	
.(Carbamazepine) Tegretol, Epitol, Mazepine	٤- الأدوية المضادة للتشنجات
.(Hydantion)(Dilantin	
.(Mythelphenidate) Ritalin	٥- الأدوية المنبهة
.(Pemoline)Cylert	
.(Naltrexone) Rarr, Revia	٦- حاصرات الأفيون
.(Clonidine) Catapress, Dixarit	٧- حاصرات البيتا
.(Anenol) Tenormin	
.(Propranol) Inderal	

ولكل منها آثار جانبية مختلفة عن الأخرى (وفاء الشامي، ٢٠٠٤، ١٧٢)

رابعاً : أساليب العلاج بالفيتامينات Vitamins Treatment:

أشارت بعض الدراسات إلى أن استخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسناً في السلوكيات فقد أجريت في فرنسا دراسة Lelard et al 1982 وأشارت

نتائج الدراسة إلى أن العلاج بفيتامين "ب ٦" ينتج عنه تحسنات سلوكية في (١٥) طفل ضمن عينه قوامها (٤٤) طفل ذاتوي وفي دراسات أخرى قام بها Martieau et al 1988 قررت أن خلط فيتامين (ب٦) مع المغنسيوم Magnesium يُنتج تحسناً أفضل من استخدام فيتامين (ب) بمفرده (Sahakian, et als, 1986, 285; Fish, 1976 ; Campbell 1978)

خامساً : العلاج بالرحمية الغذائية (DT) (Dietary Treatment):

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

ومفتاح المعالجة الناجحة في هذا النوع من العلاج هو معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية وغالباً ما تكون عدة مواد مسئولة عن ذلك إضافة إلى المواد الغذائية هناك مواد أخرى ترتبط بالإضطرابات السلوكية منها المواد الصناعية المضافة للطعام والمواد الكيماوية والعمور والرصاص والألومنيوم.

وفى إحدى الدراسات قام بها (Rimland, 1994) لاحظ فيها أن (٤٠ , ٥٠) ٪ من الآباء الذين شعروا أن أبنائهم قد استفادوا ويرجع السبب أما توضح الدراسة إلى عدم قدرة الجسد على تكسير بروتينات هي الجلوتين Glutem مثل القمح والشعير والكازين Casein والذي يوجد في لبن الأبقار ولبن الأم. إلا أن هناك العديد من الآباء الذين لاحظوا العديد من التغيرات الدرامية بعد إزالة أطعمة معينة من غذاء أطفالهم.

كما أن العلاج عن طريق الحماية الغذائية الخالية من الكاسين والجلوتين مبني على فرضية الكاسين والجلوتين ويتضمن العلاج شقين أو مرحلتين الأولى: يتم فيها منع الطفل من المواد التي تحتوي على الحليب أو أحد مشتقاته وبعد أن يظهر التحسن وغالباً ما يكون بعد ثلاثة أسابيع ينتقل للشق الثاني: وهو منع منتجات القمح والشعير والشوفان والحبوب بأنواعها واستبدال ذلك بنظام غذائي صارم يمنع أي هذه المنتجات وعموماً يظهر هذا العلاج تحسن عام في بعض الحالات وغالباً التي تعاني من مشكلات في الجهاز الهضمي (نيرمين قطب، ٢٠٠٦، ٧٦).

سادساً: العلاج الطبيعي:

عبارة عن مجموعة برامج علاجية تدعم وتنمي قدرات الأشخاص ذوي اضطراب التوحد حتى يتمكنوا من الاعتماد على أنفسهم في تلبية حاجاتهم الأساسية، والبدء في تأدية دور يتناسب مع قدراتهم وإمكانياتهم عن طريق وضع الخطط العلاجية الخاصة التي تسعى إلى تحسين حركة المفاصل والتآزر الحركي والتدريب على استخدام الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية عند الحاجة ويعتمد هذا العلاج على التمرينات والتدريبات العضلية والحركية وتمارين التوازن وأساليب التدليك اليدوي والكهربائي والعلاج المائي والأجهزة العلاجية المعتمد على التيار الكهربائي الضعيف (عريقات، ٢٠٠٧، ٨٢)، (Sailor, (Billingsley, Romer, 1983, Dumlap, Plienis, 1988, (et als, 1988, Koegel, et als, 1992).

▪ دور الأسرة في علاج وتدريب طفلها الذاتوي:

في خلال العقد الأخير، ظهر تغير ملحوظ في فهم دور الأسرة في مساعدة الطفل الذاتوي وابتعد البحث العلمي والأساليب العلاجية من التركيز على استكشاف التفسيرات ذات المنشأ النفسي فقط إلى الإهتمام بدور الأسرة في تقديم المساعدة والعلاج أيضاً والتأكيد على الإستراتيجيات المشتركة التي يمكن استخدامها للتغلب على المشكلات الناشئة (Cohen, Donnellan, 1985,499).

وبعد أن أدرك المتخصصين Cutler, 1984, Schopler, Mesibov, 1984 أن سبب الاضطرابات يكمن داخل الطفل وليس للأبوين دخل به، تغيرت العلاقة بين الأباء والمتخصصين، واهتم المدربون بإعطاء الأباء دوراً هاماً في تصميم وتنفيذ أي برنامج علاجي أو تدريبي للطفل الأوتيستك حيث أنه لا يوجد من يعرف الطفل، ويحبه ويحرص عليه أكثر من والديه وتتحقق فاعلية هذا الدور من خلال برامج إرشاد الوالدين التي تساهم في تخفيف المعاناة والضغط المفروضة على الأسرة بأكملها بسبب إعاقة طفلها (Cohen, Donnellan, 1985,499) .

▪ ومما سبق نستنتج أن أهم وسائل العلاج لإضطراب التوحد:

١. طريقة تسهيل التواصل بمساعدة لوحة مفاتيح الكمبيوتر أو لوحة الرسوم.
٢. هناك بوادر مشجعة لإمكانية استخدام هرمون السيكرتين في علاج التوحد عند الأطفال وهي لازالت قيد الدراسة.
٣. قد تفيد ممارسة السباحة وخاصة مع الدلافين وطريقة التلقيح العصبي الراجع والعلاج بالموسيقى.
٤. العلاج بالتدرب على المهارات الإجتماعية.
٥. بعض الحميات مثل الحمية الخالية من الغلوتين ومشتقات الحليب.
٦. بعض الفيتامينات والأدوية المضادة للقلق والكورتيزون.
٧. إزالة السموم من المنزل في حال وجودها.
٨. علاجات السلوكيات غير السوية.
٩. علاج تربوي تعليمي.
١٠. العلاج الدوائي.
١١. علاجات بديلة تتضمن أنظمة غذائية خاصة بهم وعلاجات إبداعية مستحدثة .

(عبد الله الحمدان، ٢٠٠١، ١٥٧).

▪ الإحتياجات التي يجب الأخذ بها قبل علاج اضطراب التوحد:

يجب علاج المشاكل السلوكية عند الأطفال المصابين بالتوحد قبل البدء بأي برنامج علاجي أو إعطاء أي أدوية وأهم هذه المشاكل ما يلي:

١. الكشف الطبي الشامل للطفل للتوحيدي وعلاجه، مع مراعاة الفروق الفردية بينهم.

٢. إلتهابات الأذن الوسطى قد تؤدي إلى ألم شديد و تهيج عند الطفل واضطرابات في السلوك.

٣. الكشف النفسي الشامل له، مع دراسة البيئات التي يعيش فيها (الأسرة، الروضة، المدرسة ... الخ)

٤. أيضا تسوس الأسنان قد تؤدي إلى ألم شديد.

٥. الإمساك : فالبراز القاسي يسبب تهيج وألم، وعادة ما يكون سبب الإمساك نوع الأكل الذي يتناوله الطفل مثل الإكثار من البطاطس والخبز والموز والحليب فكل هذه الأطعمة تؤدي إلى الإمساك بدرجة كبيرة فقبل البدء بأي علاج سلوكي يجب أولاً العناية بنوع الغذاء والإكثار من العصائر الطازجة والخضروات.

٦. الأدوية : هناك بعض الأدوية التي تسبب اضطرابات في السلوك مثل أدوية الزكام و السعال و مضادات الحساسية مثل مضادات الهستامين.

٧. قلة النوم: عدم اخذ كمية كافية من النوم قد تسبب تغيير في السلوك.

٨. محاولة إختراق العزلة التي يعيش فيها، بالتربيت الخفيف على كتفه، وبالتواصل البصري غير المطول معه، وبالتحدث إليه بعبارات قصيرة، وبلفت رأسه ناحية المتكلم معه دون عنف، ثم تركه عند الشعور بأنه على وشك التصرف بطريقة ضارة به أو بالآخرين.

٩. عدم إحداث تغيرات تؤدي إلى إحداث توتر عصبي لديه.
١٠. دراسة سلوكياته لتحديد أي منها ينبغي تعديله.
١١. استخدام التعزيز والتشريط في تعديل ذلك السلوك.
١٢. تشجيعه على الملاحظة ثم التقليد، بمبتدئين بالحركات الرياضية، وبالتلويين ويعمل المجسمات.
١٣. تشجيعه على التواصل مع الغير حركياً ولفظياً ورمزياً.
١٤. الإستعانة بإختصاصي تخاطب لتعميق التدريبات على الكلام.
١٥. تنمية مهاراته وبالتالي قدراته الإجتماعية كالتلويح باليد للترحيب بالقادم ولتوديع المغادر .. الخ، وهى أصعب خطوة في البرنامج العلاجي السلوكي.
١٦. ضرورة تعاون الأسرة مع الروضة ومع المعالجين في تنفيذ أي برنامج يتم وضعه حتى يكتمل تنفيذه.
١٧. الدخول ببطء في برنامج لتنمية البناء المعرفي الموجود لديه.
١٨. تشييط استجابته للمثيرات ليتمكن تكوين خبرات متكاملة مما يأتيه من البيئة عن طريق حواسه المختلفة، فنقدم له قصة تتضمن مرثيات وسمعيات ومثيرات لمسية وشمية وتذوقيه ما أمكن ذلك.
١٩. (١٩)-بمساعدة الموسيقى الهادئة يمكن تحقيق الإسترخاء له خلال تدريبيه على التواصل مع الغير لتقليل احتمال ظهور النوبات العدوانية بسبب ما يحدث عليه من ضغوط خلال تلك التدريبات (Patricia & Rodier,2009).

▪ احتمالات التحسن في أعراض اضطراب التوحد(الأوتيزم):-

أوضحت مقالة روتر Rutter (١٩٧٧) أن حوالى (١:٦) من الذاتويين يظهرون تحسناً في السلوكيات الإجتماعية في مرحلة ما قبل المدرسة، ويمكن لهؤلاء الأفراد

ان يحصلوا على وظائف في مرحلة الرشد بالرغم من عدم خلوهم تماماً من كافة أعراض الأوتزم بينما حوالي (٦٠)٪ من الذاتويين يعانون بشكل واضح من أعراض الأوتزم حتى بعد سن البلوغ, (285, als,Sahakian et,1986).

أما لوتنر Lotter (١٩٧٨) فيشير بأن (٥: ١٧)٪ من أعراض الأوتيزم يحدث لها تحسن نسبي، ويذكر ديمير Demyers (١٩٧٩) أن ٦٠٪ من كبار الذاتويين يوضعون داخل مؤسسات علاجية. وأن الأباء الذين تحملوا صعوبات قاسية في السنوات الأولى أطفالهم الذاتويين، غالباً ما يجدون أن باقي فترة الطفولة تتسم بالهدوء النسبي للأعراض وتعتبر أفضل سنوات الحياة لدى الذاتويين نتيجة السيطرة على بعض السلوكيات مثل (مقاومة التغيير - المخاوف الشاذة- القدرة على التواصل - المشكلات السلوكية (Donnellan &Cohen 1985, 521)).

أما مرحلة المراهقة عند الذاتويين فتزداد اعبائها بسبب التغيرات الجسدية الصاحية لهذه المرحلة ، الضغوط الناشئة عن السنوات العديدة لتربية الطفل الذاتوي ، والإحساس الظاهر بالإستقلالية لدى الشخص الذي يفتقد الكثير من متطلبات إرشاد ذاته والتحدي الذي يعبر عنه بشكل صريح، فالمرهق الذاتوي لا يجد له مكاناً في مجتمع المراهقين، وبالتالي ينسحب لشعوره بالإرتباك والإحباط وربما يصبح مؤذياً لنفسه أو عدوانياً كما يكون أكثر رفضاً للمجتمع عن ذي قبل.

وبالرغم من هذه الصعوبات فإن بعض الذاتوي يتحسنون في المراهقة، والقليل يستطيع الاعتماد على ذاته في الكبر، وآخرون- بل الكثرة منهم - تتدهور حالتهم بشكل تصاعدي (Donnellan &Cohen,1985, 508:522).

وتشير دراسات لوفـا Lovaas (١٩٧١) ، كوجل ، كوفرت Koegel , Covert (١٩٧٢، ١٩٧٤) روتر (١٩٧٧) شيرمار Shermar (١٩٨٣) بأن الطفل الاونيستك يتحسن إذا كان التشخيص والتدريب المناسب قد قدم له في سن مبكرة ، كما أن مفتاح تحسن أعراض الاوتيزم هو تعديل السلوك النمطي واستبداله بسلوكيات هادفة، وتكوين علاقات وثيقة مع الطفل ، ويضيف كامبل وآخرون (١٩٨١) أن تحسن القدرة

على محاكاة الحديث يمكن أن تكون نتيجة لاختزال السلوك النمطي والانسحابي ،
وأن التكنيك المستخدم في اختزال السلوك النمطي هو نفسه المستخدم في مساعدة
الأطفال الأوتيستك على التعلم الذاتي (Sahakian, et als,1986 ,286).

ويشير شارون نيورث وآخرون بأن الأفراد الذاتويين يمكن مساعدتهم للوصول إلى مستوى أفضل إذا تم اتباع الآتي:

التدخل المبكر ، استخدام أساليب التربية الخاصة ، تأييد الأسرة ومساندتها،
وفي بعض الحالات تكون هناك حاجة ضرورية للعلاج الطبي كي تستطيع الحالة أن
تعيش حياة طبيعية كما أن أساليب التدخل الخاصة وبرامج التربية تهدف جميعها
إلى مساعدة هؤلاء الأفراد على التعلم ، التواصل ، الإرتباط بالآخرين ، واختزال حدة
السلوكيات النمطية التكرارية.

(Neuyirth Sharyn,a lset , 1999,15) .

ويضيف شارون ليورث وآخرون بأن صغار الذاتويين يمكن تعليمهم المهارات
الأكاديمية كالقراءة والكتابة ، والمهارات الرياضية البسيطة ومنهم من يكمل دراسته
في المدارس العالية، والبعض يحصل على درجات جامعية ويعتبر التدخل المبكر
من أهم العوامل التي تساعد على تنمية هؤلاء الأطفال لمدى طويل واستقلاليتهم
ونجاحهم في حياتهم (Neuyirth Sharyn,et als,1999, 15:16).

أفضل الوسائل العملية أثناء التعامل مع طفل التوحد للعلاج والتأهيل النفسي والسلوكي:-

- 1 . اجعل للطفل مكاناً مناسباً ومحدداً يشعر فيه الطفل بالهدوء والطمأنينة والأمان.
- 2 . اتبع نظاماً ثابتاً ومحدداً أثناء التعامل مع الطفل في المنزل أو عند الخروج منه ليستطيع طفلك الذاتوي التمرس والتعود عليه.

٣. جعل التعزيز أسلوباً أساسياً للتعامل مع السلوك الإيجابي عند الذي يصدر عن الطفل الذاتوي، وشجع الطفل على تكرار السلوكيات الإيجابية وارفح من معنوياته بالثناء والمكافأة وذلك من خلال تقديم أفضل المعززات التي يفضلها الطفل.
٤. إعمل على تقديم المعلومة للطفل من خلال جميع المثيرات سواء اللفظية أو المرئية أو من خلال الإيماءات من تنشيط وتدريب حواس السمع والبصر وحركات الجسم للإيماءات.
٥. احرص على التعبير بمشاعر دافئة وحب وحنان على أن يلمسها الطفل أثناء التفاعل معه، ولا تنتظر في المراحل الأولى من العلاج أن يبادلك الطفل نفس المشاعر.
٦. يجب الحرص دائماً عند التعامل مع الطفل بالإبتسام والعطف والحب الملموس تجاه الطفل حتى يتفاعل الطفل مع من يقدم له خدمة العلاج وخاصة الوالدين (الأباء / الأمهات).
٧. البعد عن الخطأ الذي يقع فيه كثير من والدي الطفل التوحدي (الذاتوي) وهو الإستعانة بغير المختصين والدارسين الأكاديميين لمجال إختصاصي سواء (طبيب مختص في التوحد، وإختصاصي نفسي، أو إختصاصي تخاطب ، أو إختصاصي أوتيزم، أو إختصاصي إجتماعي) فلا يجب مشاركة تخصص بعيد عن تلك التخصصات بمجرد أنه حاصل على دورات أو دبلومات فقط في الإحتياجات الخاصة لأنه غير مؤهل للتعامل مع طفل التوحد، كما أنه من الممكن أن يكون في الأصل خريج كلية الحقوق أو الزراعة مثلاً ولتجنب تلك الأخطاء يجب الإطلاع علي الشهادات الأكاديمية للشخص المشارك في عمليات العلاج والتأهيل لطفل التوحد وخاصة لو كان العلاج لا يتم في عيادة أو مراكز كبيرة متخصصة ومرخصة وذلك من وجهة نظر الباحث المؤلف.

▪ الوقاية والعلاج من طيف التوحد:

يخضع الطفل للبرنامج العلاجي الذي أقره الفريق والذي يناسب حالته، بعد اقرار التشخيص النهائي من قبل الفريق المشترك المختص وكذلك تجرى تقييمات خبير علم النفس أو علم النفس الإجتماعي في مركز تأهيل الأطفال المتوحدين ، للقرار على طبيعة النشاط التأهيلي أو التدريبي الذي يلائم المهارات الإجتماعية واللغوية والسلوكية التي يعاني الطفل من فقدانها أو الإضطراب فيها .

كما أنّ طيف التوحد هو عارض تظهر أعراضه على سلوك الطفل ، وكل جوانب السلوك سواء برسم حدودها أو في سلامتها وانحرافها فإن دراستها وبحثها وتقييمها وتغييرها وتبديلها هو من اختصاص علم التربية والتنشئة الاجتماعية ، ولكن إذا كان المسبب لإضطراب السلوك هو علّة جذورها عضوية/ بيولوجية أو مرض نفسي من المؤكد سيكون الدور للطب البشري في علاج الجذر المسبب لذلك الإضطراب ، وعليه يكون التعامل مع طيف التوحد بجانبين ، جانب يمكن أن نصفه إنه وقائي ، وجانب آخر يمكن وصفه أنه علاجي أو تأهيلي أو تدريبي ، وهذا الأخير مسؤوليته من مصدرين ، إحداهما مصدر طبي بيولوجي عضوي والآخر تدريب وتأهيل سلوكي يفترض أن يكون علم النفس وعلم النفس الإجتماعي مسؤول عنه .

أولاً: الجانب الوقائي :

هذا الجانب مطلوب من كل الأسر وتحديداً الأمهات تنفيذ تعليماته جهد الإمكان، وذلك لأن بعض الدراسات أشارت إلى احتمال وجود علاقة بين الحرمان منه وبين ظهور حالات لطيف التوحد عند بعض الأطفال المتوحدين ، والتعليمات بسيطة ولا تشكل عبئاً على الأم أو على الأسرة وهي الآتي:

١. **تفضل الولادة الطبيعية:** إلا إذا كان هناك مانع يحدده المختصون بالطب،

وفي كلتا حالتَي الولادة الطبيعية أو القيصرية يفضل أن يسحب الطفل من فتحة خروجه الطبيعية أو الإصطناعية ملامساً لجسم أمه ويوضع وجهه مقابل وجهها لعدة ثواني ليستنشق أنفاسها، إلا إذا كان هناك حائل مرضي يمنع ذلك، وهذا يحدده الطبيب المختص القائم بالتوليد .

٢- **تفضل الرضاعة الطبيعية من حليب الأم** : خاصة في الستة أشهر الأولى

بعد الولادة، ريثما يبدأ الجهاز المناعي للطفل بالتكامل والنضوج، فالمشاكل التي تصيب الجهاز الهضمي للطفل في السنة الأولى من عمره معظمها بسبب الرضاعة الاصطناعية، إذ تجعل منه ضعيفاً في معالجة السموم والمعادن، فتتدف منه إلى الدم وتصل إلى الكبد والدماغ، لأنها تميل للترسب في مناطق الدهون، والدماغ هو أكثر الأنسجة دهنيةً، وتشكل طبقة حول الخلية الدماغية، فتصبح الخلية نائمة لعدم وصول الأوكسجين إليها، أو يصبح عمرها قصيراً فتموت ، وبذلك يظهر انعكاسها على مهارات الطفل التي تنتجها العمليات العقلية .

٣- **التفاعل الاجتماعي التام مع الطفل من قبل الأسرة** : بدءاً بالأم منذ

ولادته، إذ ينبغي على الأبوين والآخرين تحقيق رغباته وابعاد مزعجاته والتحدث معه بالنظر بوجه الطفل بابتسامة وترديد الكلمات العاطفية وبنغمة موسيقية هادئة، ومع تتابع نموه الزمني يتم أنماء هذه العملية التفاعلية، بالمناسبة والندنة وترديد بعض المقاطع من أغنية خفيفة أو أنشودة، ويفضل أن يكون الطفل بالأحضان كما في وضع الرضاعة، بحيث عند إكمال عمره التسعة أشهر يكون تفاعله الاجتماعي مع بيئته واضحاً بيبناً وسليماً، فقد أثبت العلماء إن التفاعل السليم بين الطفل وبيئته الاجتماعية إذا لم يتحقق بالتسعة أشهر الأولى من عمره من الصعوبة تحقيقه فيما بعد .

٤- **التفاعل اللغوي مع الطفل** : في أغلب الأحيان يبدأ الطفل بالنطق مع نهاية

السنة الأولى من عمره إذا كان تام الخلقه وسالماً من عاهة أو مرض، ففي هذه المرحلة يتطلب أن يدرّب الطفل من قبل والديه واخوانه الكبار على نطق الكلمات البسيطة بابا وماما ودادا، والتدرج معه للكلمات الصعبة مع تدرج نموه وعدم التعجل بذلك، وهذا يتطلب إطلاق الطفل في مراحل نطقه الأولى في بيئة لغوية خصبة وواضحة وغير متعددة اللغات جهد الإمكان، واعطاءه الحرية التامة باللعب مع أقرانه الأطفال.

٥- **مناغاة العيون:** وهو أن تكون عيني الأم بعيني طفلها عند الرضاعة وعليها أن تغير اتجاه نظرها قليلاً إلى أي من الجهات، وتراقب طفلها فيما إذا يتابع اتجاه نظرها بنظره هو أم لا، أي ينقل نظره إلى المكان الذي تنظر إليه، وتحثه وتشجعه بالتدريب والتمرين، وليس بأسلوب الإكراه أو العنف بل باللطف والمداعبة الهادئة، وعلى الأبوين والآخرين عند محادثة الطفل التواصل معه وجهاً لوجه مع التقاء العيون.

٦- **حث الطفل على اللعب التمثيلي وتهيئة مستلزماته:** واللعب التمثيلي هو مرحلة من مراحل اللعب الإجتماعي الذي يبدأ قبل مرحلة الطفولة المبكرة (٤و٣ و٥) من عمر الطفل وخلالها وما بعدها، ويقوم الطفل بتمثيل الأشياء الحقيقية بما متيسر لديه من أدوات لعب، مثلاً يمثل العصا حصاناً ويمتطيها ويجري أو لعبة الشرطي واللس أو يتخيل دعوة طعام ويقوم بإطعام دميته وغيرها .

٧- **قص السرديات على الطفل:** ومتابعة تنبؤه لأحداثها القريبة قبل أن تحكيها له ،مثل قصة ليلي والذئب، أو قصة طرزان والأسد، أو أي قصة بسيطة تتلاءم ومدارك الطفل، المهم أن تتابع وبدون إلحاح معرفة تنبؤه للأحداث القريبة.

٨- **يجب أن تتأكد باليقين القاطع إن الحالة التي يعاني منها طفلك هي ليست حالة مرضية:** عضوية أو نفسية أو عاهة أو عيب خلقي ، لأن عارض التوحد هو طيف/هالة من الإضطراب المتعددة في كل أو جزء من سلوكيات الطفل ومهاراته الإجتماعية، وعلى الأرجح يمكن أن نميز بعض ظواهر هذا العارض بعد نهاية السنة الأولى، لكنه يظهر بكل وضوح في السنين الثلاثة الأولى من عمر الطفل والإصابة تحدث خلالها، لأن مرحلة الطفولة المبكرة (٤و٣ و٥) سنوات تعتبر من أكثر مراحل نمو الطفل حساسية وأهمية ، ففيها يفترض أن يكتمل نموه الذهني واللغوي، وباكتمال هذين النموين يفترض أن يمارس الطفل جميع مهاراته الإجتماعية وسلوكه بشكل سليم وطبيعي وواضح، إذ يبدأ سلوكه تفره العمليات العقلية وتحكم محدداته الذات الإجتماعية .

٩. الإلتزام بإرشادات الطبيب البشري؛ إذا تم تشخيص الإصابة وكان سببها المباشر أو غير المباشر خللاً عضوياً أو فسيولوجياً أو نفسياً ، أدى إلى اضطراباً سلوكياً، أو نقصاً بمهارة ما أو عدم ممارستها كما يمارسها الأطفال الأسوياء (Lovass, et al,1993).

ثانياً: العلاج التأهيلي :

بسبب طبيعة التوحد التي تختلف أعراضه فتخفُّ وتحتدُّ من طفلٍ لآخر، ونظراً للإختلاف الطبيعي بين طفلٍ وآخر، فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلح للتخفيف عن أعراض التوحد لكل الحالات، وقد أظهرت الدراسات والبحوث إن معظم الأطفال المصابين بالتوحد يستجيبون بشكل جيد للبرامج القائمة على البنى الثابتة والمتوقعة، كالأعمال اليومية المتكررة والتي تعود عليها الطفل، والتعليم المصمم بناءً على الإحتياجات الفردية لكل طفل، وبرامج العلاج السلوكي والوظيفي، والبرامج التي تشمل علاج اللغة، وتنمية المهارات الإجتماعية، والتغلب على أية مشكلات حسية، على أن تُدار هذه البرامج من قبل إختصاصيين مدربين بشكل جيد وبطريقة متناسقة وشاملة، كما يجب أن تكون الخدمة مرنة تتغير بتغير حالة الطفل، وأن تعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه ، كما يجب تقييمها بشكل منتظم ، من أجل محاولة الانتقال بها من البيت إلى المدرسة ثم إلى المجتمع ، كما يجب عدم إغفال دور الوالدين، مما تدعو الضرورة إلى تدريبهما على كيفية المعاونة مع المدرب في تطبيق برامج التأهيل ،وتوفير وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي لهما ولكل الأسرة .

طالما إن عارض التوحد هو اضطراب في السلوك، والسلوك هو مهارات يكتسبها الطفل بالتربية والتنشئة الإجتماعية، إذن معالجة هذا الإضطراب السلوكي لا بد وأن تستند أسسها على عمليات تربوية وتنشئية خاصة بالمهارات التي أصابها الإضطراب وبجهود مكثفة، وهذه العمليات يفضل أن تمر بمرحلتين ، المرحلة الأولى هي تعزيز الوضع السلوكي السليم عند الطفل، والمرحلة الثانية ، إعادة بناء السلوك المضطرب بدءاً من الصفر .

-ماهو السلوك الاجتماعي؟ السلوك الاجتماعي هو فعالية مقصودة يؤديها الفرد وتأخذ بعين الاعتبار الناس الآخرين ، وهذه الفعالية قد يكون سببها أو دوافعها هو الأحداث التي وقعت فيها أو الأشخاص الذين يلزمون الفاعل الاجتماعي الذي نفذ السلوك، إذن دور البيئة هو الأول والأساس في رسم طبيعة السلوك الاجتماعي.

-كيف يكتسب الطفل سلوكه الاجتماعي؟ يبدأ الطفل باكتساب سلوكه الاجتماعي عندما يخضع فعلة لإستحسان الكبار أو لإستهجانهم ، وبنمو عاطفة الشعور بالذات لدى الطفل في ظل سلطة الكبار ، تقلل تلك العاطفة استخفافه باستهجان رأي الكبار، ولكن عند خروجه من بيئة الأسرة إلى أفق المجتمع يجد أن بعض هذه القواعد لا تزال مرعية بقوة في المجتمع لكنها تتنوع بنفاذها وأقرارها من جماعة لأخرى ، فإذا حرص على مراعاتها سيصطدم بمشكلة التنوع والتعدد وسيكون سلوكه الاجتماعي مضطرباً ، وتعود هنا عاطفة الإحساس بالذات وصلتها بالجزاء والعقاب والمدح والذم ، فيصيغُ سلوك الفرد حُكْمُ ضميره ، ولكن حتى حكم الضمير سيصدر بصيغة فعل اجتماعي له حوافزه ، الإدراكية والوجدانية والقيمية ، ويوجهه موقف اجتماعي ومعايير وقيم ثقافية، من ذلك نَحْلُصُ إلى نتيجة جوهرية وهي إن البيئة تساهم بالنصيب الأكبر في صنع السلوك الاجتماعي للطفل (Erickson, 2005).

▪ الخطوات التي يخضع لها طفل التوحد للعلاج التأهيلي:-

١. التدخل المبكر لتحسين مستوى التحصيل اللفظي والكلامي بواسطة برامج خاصة يضعها أخصائيو النمو اللغوي في علم نفس النمو .
٢. علاج السلوك السلبي والنمطي بالتدريب والتأهيل بوسائل تحسين السلوك لمستوى مقبول .
٣. برامج تعليمية وتأهيلية خاصة للأطفال المتوحدين لتحسين التواصل والتفاعل مع الأسرة والمجتمع مثل برنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) وبرنامج العلاج الوظيفي واللدان سنغطيهما بشيء من التفصيل في أدناه .

أن عملية تحليل السلوك التطبيقي (ABA) هي الوسيلة الممهدة للوصول إلى علاج اضطراب السلوك ، لأنها تستند على فكرة الاستجابة المرتبطة بالسلوك التي تساعد المدرب بالسيطرة على الطفل المتوحد ، فالسلوك التطبيقي يتضمن التطبيق المنظم والسليم لآليات منبثقة من مبادئ تجريبية للسلوك ، تعمل على فهم المغيرات البيئية المصاحبة له، وإيجاد الطرق المناسبة لتعديل أو تغيير السلوك خاصة غير المرغوب فيه ، فهي خليط من التقنيات النفسية والتعليمية التي تستخدم بناءً على احتياجات كل طفل بشكل فردي ، والمغيرات البيئية هي المؤثرات التي أحدثت آثارها الاضطراب على مهارة / أو مهارات الطفل وسببت له التوحد، ويركز تحليل السلوك التطبيقي على فهم العلاقة الوظيفية بين البيئة والسلوك، وصولاً للمؤثرات المسؤولة عن التغيرات التي تحدث في السلوك، وما هي الإجراءات التي اتخذت في تعديله، ويركز على السلوك الظاهر القابل للملاحظة والقياس باستخدام طريقة المراقبة والتسجيل والتحليل (American Psychiatric Association, 1980) .

إن تحليل السلوك التطبيقي هو نظام أو برنامج الهدف منه هو العثور على طريقة تحفز طفل التوحد لتحقيق زيادة مهارات اللغة ومهارات اللعب ومهارات التشبث الاجتماعية لديه ، ويعتبر من أنجح الطرق وأكثرها انتشاراً واعترافاً من قبل المختصين ، كما يعتبر من أهم البرامج العالمية لتعديل سلوك الأطفال المتوحدين بصفة خاصة ، فقد أثبت في اكتساب أطفال مراكز التأهيل والتدريب لمهارات عديدة في مجال تعلم اللغة والمهارات الاجتماعية ، بالإضافة إلى تحسين مهارات التعلم بشكل عام لديهم ، كما أثبت نجاحه في التعامل مع الأطفال الذين يعانون من تحديات السلوك المصاحبة لكثير من الإضطرابات النمائية ، مثل التوحد وتشتت الانتباه وفرط الحركة ، وبرنامج تحليل السلوك التطبيقي هو برنامج بسيط وغير معقد يمكن للوالدين تعلمه والعمل عليه بأنفسهم مع طفلهم المصاب بالتوحد ، فهو يستفيد من فكرة أن الأطفال المتوحدين عندما يتأثرون بمكافئتهم سيكونون سعداء ومن المحتمل أن يكرروا السلوك الذي كوفئوا عليه .

وفي برنامج تحليل السلوك التطبيقي ، يتم تقسيم المهارات الصعبة والمعقدة إلى مهارات بسيطة يسهل على الأطفال تعلمها وتجد مثال على كيفية تقسيم المهارات المعقدة حيث يتم اجراء تحليل بسيط لمهارات الطفل , لأجل الوصول إلى تحديد المهارات اللازمة لتحسين أداءه وسلوكه ، ويلى تحليل المهارات هذا التدخل المنظم لتدريب الطفل على الأداء باستقلالية يعتمد نجاح برنامج تحليل السلوك التطبيقي على التقييم الدقيق والمستمر لأداء الطفل من خلال استخدام الرسم البياني ، إنَّ فائدة تحليل السلوك التطبيقي بُنيت على أساس التحليل والتعامل مع ما يسبق السلوك ومع نتيجته ووفقاً للنموذج السابق تلعب نتيجة السلوك دوراً كبيراً في نزعة الطفل نحو تكرار هذا السلوك مرة أخرى من عدمه ، فعندما يتم تعزيز الطفل على سلوك مرغوب قام به فإنه سوف ينزع إلى تكراره ، وينطفئ السلوك في حال عدم تعزيزه وينزع الطفل نحو عدم تكراره، وذلك وفقاً للقاعدة السلوكية التي تنص على إن السلوك تدعمه نتائجه الفورية ، ويتم استخدام العديد من الإستراتيجيات التعليمية في هذا البرنامج ومنها الآتي :

١- **التعزيز** : ويمكن تعريف التعزيز على أنه الوسيلة التي تؤدي إلى تعلم وتكرار سلوك يؤدي إلى إثابة وتجنب سلوك يؤدي إلى عقاب ، ويستخدم في تعلم وتكرار السلوكيات المرغوبة التي تؤدي إلى الإثابة ، وتجنب السلوكيات غير المرغوبة التي تؤدي إلى العقاب ، ويحدث السلوك غير المقبول نتيجة خلل أو قصور جراء تعزيز سلوك غير مرغوب بما يزيد عن احتمالية حدوث هذا السلوك مرة أخرى لأنه يجد ما يعززه ، فمن الخطأ تعزيز السلوك غير المقبول لأن ذلك لا يؤدي إلى الإنطفاء ، والتعزيز يؤثر على فاعليته عدة عوامل هي الآتي :

أ- توقيت التعزيز : يجب أن يكون فورياً وليس مؤجلاً ، أي يجب تعزيز الطفل مباشرة بعد أداء السلوك .

ب- مقدار التعزيز: المبدأ العام هو تقليل مقدار التعزيز وعدم إعطائه بكثرة في كل مرة حتى يظل هذا المعزز مرغوباً للطفل ، كما يجب أن تتناسب كمية المعزز وطبيعة السلوك والجهد الذي قام به الطفل .

ج- إنتظار التعزيز: ويعني تعزيز الطفل بعد كل أستجابة أو عدد من الإستجابات أو بعد فترة زمنية محددة .

د- إختيار التعزيز المناسب: يجب معرفة المعززات التي يحبها الطفل وترتيبها وفقاً لدرجة تفضيلية لها .

هـ- تنوع التعزيز: بحيث يكون لكل طفل أكثر من معزز ، وتشمل هذه المعززات الألعاب ، والمواد ، والمأكولات ، والأنشطة .

و-يجب تقديم المعززات الإجتماعية مع المعززات المادية .

ز-عدم إعطاء المعزز للطفل كرشوة كي يتوقف عن البكاء أو الصراخ .

ح- عدم إعطاء الطفل المعزز إلا بعد أنجاز ما يطلب منه ، فيما عدا إذا كان من الناحية التشجيعية لصعوبة المهمة .

ط- إتاحة الفرصة للطفل لإختيار المعزز الذي يرغب فيه .

ي-تقديم المعززات بصورة مفاجئة وغير متوقعة مما يجعل الطفل يُظهر دافعية أكثر .

ك- يجب تسمية السلوك الذي يتم تعزيزه خاصة في التعليم المبكر حيث يساعد ذلك على فهم الطفل للسلوك الجيد الذي أدى إلى تعزيزه .

٢-التشكيل : يعتبر تشكيل السلوك من أكثر الإستراتيجيات المستخدمة بصورة عامة، ويتضمن التشكيل تقديم التعزيز بصورة متدرجة عقب السلوكيات التي تقترب أكثر فأكثر من السلوكيات المرغوبة ، وعند استخدام آلية التشكيل يجب تحليل السلوك إلى وحدات صغيرة ، ويتم تعلم كل وحدة من هذه الوحدات بشكل منفصل ، وبعد انجاز تعلم هذه الوحدات الصغيرة تتم مساعدة الطفل لجمع هذه الوحدات معاً لتكوين السلوك المستهدف .

٣-التسلسل : تسلسل السلوك عبارة عن أسلوب يتضمن ربط سلسلة من أنماط السلوك البسيط ببعضها البعض لتكوين سلوك معقد، وتزداد فاعلية هذا

الأسلوب عندما يكون الطفل قد اكتسب عدداً من أنماط السلوك ، بيد أنه يفترق إلى ممارسة السلوك المعقد الأكثر أهمية ، ولا بد أن يُشار إلى أنماط السلوك البسيط في السلسلة بتحليل المهمة ، إذ يتم ترتيب السلوكيات المطلوبة لأداء المهمة ، وعادة ما يُستخدم التسلسل في تعلم مهارات رعاية الذات ، إضافة إلى إمكانية استخدامها في أي مهارة لها خطوات يتم أداؤها وفقاً لترتيب محدد .

٤- النمذجة : التعلم بالنمذجة هو أحد الفنيات السلوكية التي قد يقترن استخدامها بفنيات أخرى مثل التشكيل والتسلسل والحث ، حيث يتم تقديم نموذج للطفل عن كيفية أداء المهمة ، وقد يكون هذا النموذج هو المعلم أو أحد الزملاء أو شريط فيديو ، أي إن التعلم بالنموذج يضمن الإجراء العملي للسلوك أمام الطفل بهدف مساعدته على محاكاة هذا السلوك .

٥- الحث أو التلقين: يحتاج بعض الأطفال إلى الحث لأداء بعض المهارات أو السلوكيات المطلوبة ويعد الحث من الفنيات التعليمية التي تساعد الطفل على أداء الاستجابة الصحيحة ، بما يقلل من خطأ الطفل ويدعم أحاسسه بالنجاح ، كما يلعب الحث دوراً مهماً في توضيح الاستجابة المتوقعة من الطفل ، والمخاطرة الوحيدة في استخدام الحث هي إن الطفل قد يصبح معتمداً عليه لأعطاء الاستجابة الصحيحة ، إلا أنه يمكن بعد ذلك تشجيع الطفل على العمل باستقلالية عن طريق استخدام الاستبعاد التدريجي .

لقد أثبتت التجارب العملية إضافة للدراسات والبحوث أن خير من يقومون في تحليل السلوك التطبيقي هم الأبوان والمعلمون ، من خلال تطبيقه بشكل واسع على الأطفال الذين يعانون من مرض عقلي أو إعاقات نمائية ، فكان الدور لمؤسسات التنشئة الاجتماعية كافة وفي مقدمتها الأسرة والمدرسة ومراكز الإعاقات والمستشفيات مميّزاً في معالجة السلوكيات غير المرغوب فيها والسلوكيات النمطية .

أما برنامج العلاج الوظيفي : تركز الخدمات العلاجية في العلاج الوظيفي على تعزيز المشاركة في أداء أنشطة الحياة اليومية، من مأكّل وملبس وأخراج وعناية بالذات، وأنشطة

التفاعل الاجتماعي مع الغير في الأماكن العامة وإجراءات السلامة وضبط السلوك أثناء التفاعل والترفيه والترويح واللعب مع الآخرين ، ويتم التدريب وفقاً لأولويات ، أذ يبدأ التدريب ببرنامج العناية بالذات ، ثم الانتقال إلى الأنشطة الاجتماعية.

ويتم خلال التدريب التركيز على تنمية المهارات الحركية اللازمة للتعامل مع عناصر العملية التعليمية، كتسمية مهارات اليد بتحريكها من مفاصلها تحريكاً كلياً أو مفصلياً ، أو تحسين وظائف كف اليد بتمكينها من مسك الأشياء وتحسين تحريكها ضمن كف اليد من باطنها إلى أصابعها ، وتنمية مهارات حاجات الحياة اليومية كتناول الطعام والإخراج والتنظيف، والنظافة الشخصية ، ومهارات ارتداء وخلع الملابس .

وبعد كل فصل تدريبي يتم إعادة تقييم الطفل وإجراء مقارنة بين مستوى أداءه الحالي وأداءه السابق لمعرفة مدى التطور في المهارات والقدرات، ويعتبر التعاون بين مقدمي الرعاية التأهيلية والأسرة عاملاً مهماً في نجاح البرنامج الوظيفي ، لأن المهارات التي يتدرب عليها الطفل تحتاج إلى متابعة من كل الأطراف ، فالعلاج الوظيفي يسعى لتمكين الأطفال من الانخراط في الحياة اليومية الطبيعية من خلال سلامة مهاراتهم الشخصية كأفراد وسلامة أعضاء أجسامهم بأداء وظائفها ، وتمكينهم بالكبر بأن يكونوا مشاركين بإمكاناتهم ومنتجين في مجتمعهم .

والعلاج الوظيفي يقوم على استخدام أسلوب منهجي يُمكن الأطفال معاقبي المهارة الوظيفية لعضو ما من تطوير الوسائل لتحسين وظيفة ذلك العضو ، بالمتابعة والتدخل والتقييم للأداء الوظيفي العام للطفل أو لعضو محدد لديه ، إنَّ العلاج الوظيفي من مسؤوليات مؤسسات الرعاية الصحية ، ومراكز تأهيل ومعالجة الإعاقة الحركية ، ومراكز تأهيل أطفال طيف التوحُّد ، وكل وكالات المجتمع ، بالتعاون مع المختصين والأسرة والمدرسة لتعليم الطفل معاق المهارات كيف يستعيد مهارته الحركية الاعتيادية والدقيقة والمهارات الإدراكية والتكامل الحسي وصولاً به إلى درجة الإستقلال في الحياة اليومية الاعتيادية (American Psychiatric Association ,1980) .

ويتم استخدام أسلوب تحليل السلوك التطبيقي والعلاج الوظيفي لدعم الأطفال المصابين بالتوحد من خلال تحقيق الجوانب الآتية :

- ١ . السعي بكل جهد للمحافظة على السلوكيات الإيجابية المتعلّمة من قبل الطفل.
- ٢ . تعميم السلوك الإيجابي أو نقله من حالة أو أستجابة واحدة إلى أخرى .
- ٣ . زيادة السلوكيات المرغوب فيها ، والحد من السلوكيات غير المرغوب فيها .
- ٤ . تعلم سلوكيات جديدة .
- ٥ . تقييد أو تحديد الظروف التي تحدث فيها السلوكيات غير المرغوب فيها .

إنّ العلاج التأهيلي يطبق على الأطفال بالتوازي مع العلاج الطبي للأطفال المشخصين تحت طيف التوحد ، ويجب أن تكون مرتكزاته تعتمد على مشورة الوالدين، وأن يجري التعلم في نظم بيئية غنية وأن يكون منظماً وفق السياق الآتي- :

- ١ . يصنف الأطفال الذين تحت طيف التوحد مضطربي المهارات الإجتماعية والتواصل الاجتماعي والسلوك إلى حالات شديدة ومتوسطة وبسيطة .
- ٢ . تقسيم الأطفال بحسب نوع المهارات المضطربة أو التي يفتقدونها .
- ٣ . يقسم المدربون على الأطفال بتخصيص مدرب لكل طفل ، ويسمى مدرب الظل ، ويفضل عدم تبديل المدرب على الطفل جهد الإمكان ، لأن تفاعل الطفل مع المدرب هو جزء من هدف التدريب والتأهيل .
- ٤ . يجب أن يكون المدرب متخصص في تدريب المهارة الاجتماعية التي يفتقدها الطفل، وأن يكون صبوراً يتحمل ولا تثيره ردود الفعل التي قد تبدو من الطفل.
- ٥ . أما إذا كان عدد الأطفال أكثر من عدد المدربين فسوف لن تتحقق الغاية كما مطلوب، ولكن إذا دعا الإضطرار يمكن أن يكون مدرب للمهارة التي من نوع واحد لأكثر من طفل، على أن لا يزيد عدد الأطفال المتوحدين عن ثلاثة، وبخلافه نعتقد سوف لن تتحقق الفائدة .

٦. يحدد صف الطفل بمرحلة واحدة أدنى من صف أقرانه الأسوياء ، ومن وجهة نظري كمتخصص أجد من غير الصواب عزل الأطفال المتوحدين في مدارس خاصة ، إنما الأصح هو دمجهم مع الطلاب الأسوياء شريطة أن يرافق الطفل مدربه ، فلما كانت حالتهم هي عدم الاندماج مع الآخرين فكيف بنا أن نزيد فوق ذلك بعزلهم عن الأطفال الأسوياء ؟

٧. تأهيل الأطفال الذين يختلط معهم الطفل ويشكلون بيئته ، ليدركوا حالته ويتصرفون معه بما يجعلهم وكأنهم يكملون دور المدرب .

٨. يتصرف المدرب أو المؤهل على ضوء الكراسات أو النشرات التي تصدرها منظمة الصحة العالمية أو غيرها من جمعيات علمية، في التدريب على النشاط الصحيح للمهارة الاجتماعية التي يفتقدها الطفل المتوحد أو يعاني من ضعفاً فيها .

وهناك عوامل عديدة تتدخل في تحديد درجة التحسن ومدته أيضاً ، منها طبيعة المهارة الاجتماعية التي يفتقدها الطفل ، وشدة الحالة ، والعمر الزمني للطفل المتوحد ، وصحته العامة ، ومقدار الجهد الذي يبذله مدرب الظل ومطابقته للمطلوب، والبيئة التي تتم فيها عملية التدريب والتأهيل ، والمستلزمات المتخذة المساعدة ، وفوق كل هذه العوامل دور الأسرة والأبوين ودور المدرسة والمعلم وغير ذلك .

المهم أياً كان الحال يجب أن يكون الهدف هو إدماج الطفل مع أقرانه بالمجتمع، من خلال إعادة المهارة المفقودة إليه ، وذلك بأن ينجح بالتكيف مع ثقافة مجتمعه، ويتقبل حالة التغيير والتعديل والتبديل من سلوك حالته إلى السلوك الاجتماعي السليم السوي ، الذي يعيشه أقرانه في مجتمعه (Udell,T.& Deardorff,P. 1997)

■ أفضل الإستراتيجيات للتعامل مع السلوكيات غير المناسبة للطفل التوحيدي:

١. قوموا بوضع نظام محدد: وأخبروا الطفل ماذا سيحدث لو خالف هذا النظام ولكن عليك أن تتأكدي من أن هذه القواعد أو النظام متناسب لطفلك

ويستطيع فهمه وإتباعه بعض الأباء يتصور أن مجرد إصابة الطفل بالتخلف العقلي مثلا سبب كافي لعدم تعلمه كيف يتصرف والبعض الآخر يجعل إتباع النظام وكأنه عقوبة أكثر منه إرشاد لكيفية التصرف بشكل مناسب في المواقف المختلفة طفلك يحتاج النظام ليشعر بالأمان داخل العالم كما تحتاجين أنت لهذه الإرشادات للوصول الى منزلك أو عملك.

٢. كونوا مثابرين: فالعديد من الأطفال المصابين بالاوتيزم يجدون صعوبة بالغة في التكيف مع البيئة المحيطة فهم قد يتعلمون السلوك ولكن لا يستطيعون استخدام هذا السلوك المناسب ليساعدهم على التكيف أو تعميم هذا السلوك وترتيب الأحداث بشكل يسمح للطفل بتوقع ما سيحدث يساعد الطفل كثيرا في الاستجابة بشكل مناسب وعندما يستخدم أفراد الأسرة نفس الكلمات والسلوكيات سيستطيع الطفل تفسير ذلك كمفاتيح أو محفزات لتكرار سلوكيات معينة وعندما يتعلم الطفل السلوك المناسب.

٣. استخدموا التعزيز الإيجابي لتعديل السلوك: عززوا لدى طفلكم السلوكيات المرغوب في تكرارها من خلال مكافأة هذا السلوك وهذا سيزيد من أحساس الطفل بالرضا ومن احتمالية أن يتصرف بنفس السلوك المرغوب مرة أخرى وهو ما يسمى في علم النفس بالتعزيز الإيجابي Positive Reinforcement وأكثر الأساليب فعالية في الوقت الحاضر لتغيير سلوكيات الأطفال المصابين بالاوتيزم هو تعديل السلوك من خلال تحليل السلوك ويقدم تعديل السلوك خطة للنمذجة لتوضيح كيف يتصرف الطفل ونظام استخدام المكافأة والتعزيز الإيجابي لتعزز السلوك المقبول واستخدام العقاب لتقليل بعض السلوكيات غير المقبولة ويقدم تعديل السلوك أسلوب منظم للتعامل مع الطفل عندما لا نستطيع الوصول الى الطفل انفعاليا وعلينا عليك إستشارة مدرس الطفل أو المعالج لتتأكد الجهود لتعديل سلوك الطفل. والتعامل مع السلوكيات غير المناسبة للطفل تبدأ بتدريب الأمهات على كيفية ملاحظة وتسجيل ملاحظات عن سلوكيات الطفل غير المناسبة (Orit &Juman,2004) .





الجزء الثاني
مهارات الحب الوالدي والتوحد
(الأوتيزم)





الباب الرابع
مفاهيم و استراتيجيات
مهارات الحب الوالدي
(علاج وتأهيل طفل التوحد)



الفصل الثامن

مفاهيم ونظريات

(الحب، الحب الوالدي ومهارات الحب الوالدي)

- تقديم:
- معنى الحب وأصل اشتقاقه:
- الحب اصطلاحياً:
- تعريفات ومعاني الحب الوالدي:
- المناحي والنظريات والنماذج المفسرة للحب:
- مبادئ لتنمية وتفسير الحب:
- مفهوم المهارات الوالدية:



■ تقديم:

يقول تعالى: بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ [ذٰلِكَ الَّذِیْ یُبَشِّرُ اللّٰهَ عِبَادَهُ الَّذِیْنَ اٰمَنُوْا وَعَمَلُوا الصّٰلِحٰتِ قُلْ لَا اَسْأَلُكُمْ عَلَیْهِ اَجْرًا اِلَّا الْمَوَدَّةَ فِی الْقُرْبٰی وَمَنْ یَقْتَرِفْ حَسَنَةً نَّزِدْ لَهُ فِیْهَا حُسْنًا اِنَّ اللّٰهَ غَفُوْرٌ شَكُوْرٌ]. سورة الشوری: الآیة (۲۳)

ويقول الشاعر:

إِنْ شِئْتَ أَنْ تَلْقَى الْمَحَاسِنَ كُلَّهَا ●●● فَفِي وَجْهِ مَنْ تَهْوَى جَمِيعَ الْمَحَاسِنِ

(أبو العلاء المعري)

ويقول آخر:

الْحُبُّ رُوحُ الْكَوْنِ لَوْلَاهُ لَمَّا ●●● عَاشَتْ بِهِ الْأَحْيَاءُ بَضْعَ ثَوَانِي
الْحُبُّ يَنْبُوعُ الْحَيَاةِ تَفَجَّرَتْ ●●● مِنْ رَاحَتِيهِ سَعَادَةُ الْأَكْوَانِ
إِنَّ الْمُحِبَّ إِذَا أَحَبَّ حَبِيبَهُ ●●● تَلَقَّاهُ يَبْدُلُ فِيهِ مَا لَا يَبْدُلُ

(كثير عزة)

الحب حاجة نفسية فسيولوجية دائمة ترافق الإنسان في مختلف مراحل نموه، كما أن الحب قيمة أدركها السيكولوجيين وحفزت العلماء باختلاف اختصاصاتهم على دراسة مظاهرها وتأثيرها على الإنسان وأدائه الإجتماعي والنفسي والصحي.

ويخطأ كثير من الوالدين في مفهوم الحب الوالدي تجاه أطفالهم فقد يعتقد الكثير منهم أن الحب ما هو إلا مسمى فقط أب أو أم لطفل، ولا يدركون أنه عطاء يحمل في جنّاته (الدفء والحنان العاطفي، القبول الوالدي، المودة والرعاية، الإستجابة الفعالة والحميمية، الإندماج الإيجابي للوالدين تجاه الطفل، التضحية بالذات والعطاء والتسامح، مهارة التواصل والإتصال، مهارة القيام بالأدوار الأسرية، مهارة حل المشكلة، مهارة ضبط السلوك، مهارة المشاركة الفعالة وابداء الإهتمام، مهارة مواجهة الضغوط) (إبراهيم عبد الجليل، ۲۰۱۶، ۲۴۵: ۲۴۹).

ومن هنا يقوم الكاتب بعرض مفاهيم (الحب - الحب الوالدي - مهارات الحب الوالدي) في هذا الفصل من الكتاب.

▪ معنى الحب وأصل اشتقاقه:

الحب كلفة: أن كلمة الحب Love تضمنتها رسائل جميع الأديان السماوية، ولما لها من أهمية بالغة في حياة الإنسان فقد ذكرت كلمة الحب بكل معانيها في مواضع كثيرة في القرآن الكريم؛ لإرضاء التوازن النفسي للنفس البشرية، فلذلك هناك آيات كثيرة عبرت عن الحب ومعانيه الكثيرة - مثل قوله تعالى: (وَمِنَ النَّاسِ مَن يَتَّخِذُ مِنْ دُونِ اللَّهِ أَنْدَاداً يُحِبُّونَهُمْ كَحُبِّ اللَّهِ وَالَّذِينَ آمَنُوا أَشَدُّ حُبًّا لِلَّهِ) [سورة البقرة: ١٦٥]، و (قُلْ إِنْ كُنْتُمْ تُحِبُّونَ اللَّهَ فَاتَّبِعُونِي يُحْبِبْكُمُ اللَّهُ وَيَغْفِرْ لَكُمْ) [سورة آل عمران: ٣١]، والتعبير عن الود: والودُّ هو خالصُ الحب. (إِنَّ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ سَيَجْعَلُ لَهُمُ الرَّحْمَنُ وُدًّا) [سورة مريم: ٩٦]، والتعبير عن الألفة: (لَوْ أَنْفَقْتَ مَا فِي الْأَرْضِ جَمِيعاً مَا أَلْفَتَ بَيْنَ قُلُوبِهِمْ وَلَكِنَّ اللَّهَ أَلْفَ بَيْنَهُمْ) [سورة الأنفال: ٦٣]، والتعبير عن الرأفة والرحمة: (لَقَدْ جَاءَكُمْ رَسُولٌ مِّنْ أَنْفُسِكُمْ عَزِيزٌ عَلَيْهِ مَا عَنِتُّمْ حَرِيصٌ عَلَيْكُمْ بِالْمُؤْمِنِينَ رَءُوفٌ رَّحِيمٌ) [سورة التوبة: ١٢٨]

والحب يعني الوداد، جمع الحب: أحباب وحبان وحبوب، محركة، وحب بالضم، عزيز أو اسم جمع (أحمد الدين أبادي، د.ت.ص: ٣٦).

وتضم كلمة الحب لغوياً معاني: (الغرام، والعلقة، وبذور النبات) ويوجد تشابهاً بين المعاني الثلاثة بالرغم من تباعدها ظاهرياً، فكثيراً ما يشبهون الحب بالداء أو العلة، أما غرام، وهي تعني حرفياً: التعلق بالشيء تعلقاً لا يُستطاع التخلص منه، وتعني أيضاً «العذاب الدائم الملازم» وقد ورد في القرآن (إِنَّ عَذَابَهَا كَانَ غَرَامًا) آية: ٢٥ سورة الفرقان.

والمغرم: المولع بالشيء لا يصبر على مفارقتها، وأغرم بالشيء: أولع به، فهو مغرم.

وقيل: أنه مأخوذ من الحباب وهو الذي يعلو الماء عند المطر الشديد، فكأن غليان القلب وثوراته عند الإضطراب والإهتياج إلى لقاء المحبوب يشبه ذلك، وقيل:

النقيض أي مأخوذة من القلق والإضطراب، وقيل: بل مأخوذة من الحب جمع حبة وهي لباب الشيء وأصله: لأن القلب أصل كيان الإنسان ولبه، ومستودع الحب ومكمنه (محمد الشيرازي، ٢٠٠٤، ٣٦٥: ٣٦٧).

وقيل في أصل الإشتقاق كثيرة غير هذا لكننا نعزف عن الإطالة والإسهاب.

▪ الحب اصطلاحياً:

هو إثثار المحبوب على جميع المصحوب، وهو اتحاد مراد المحب ومراد المحبوب وإيثار مراد المحبوب على مراد المحب، وأن تهب كلل لمن أحببت فلا يبقى منك شيء، وهي أن تمحو من قلبك ما سوى المحبوب (شمس الدين ابن قيم الجوزية، ١٩٨٣، ٢٨: ٢٩).

كما أن الحب والنوايا الطيبة للوالدين تجاه أبنائهم لا تكفي لكي تجعل الأبناء صالحين وأصحاء نفسياً ولا الوالدين ناجحين، فعدم معرفة بعض الوالدين بحاجات الأبناء وخاصة في مرحلة المراهقة قد يكون سبباً في الفجوة بين الآباء والأبناء ولكن الوعي بأكثر الأساليب الإيجابية في المعاملة التي تساعد على إيجاد جيل من الأبناء يتسم بالصحة النفسية والقدرة على التعبير الصحيح والتكيف مع نفسه والتفاعل الإجتماعي مع الآخرين بأفضل الخصال الشخصية الإيجابية، مما يحقق لهم الرضا عن الحياة وإدراكها بشكل إيجابي، وهذا يمثل أقصى آمنيات الوالدين لأبنائهم (غادة محمد، ٢٠١١).

▪ أسماء الحب ومراحلها: للحب أسماء كثيرة وردة على السنة العرب منها:

(المحبة والهوى والشغب والنجوى والشوق والوصب والإستكانة والود والخلة والغرام والهيام والتعبد)، وهناك أسماء أخرى كثيرة التقطت من خلال مذكره المحبون في أشعارهم وقلتات ألسنتهم وأكثرها يعبر عن العلاقة العاطفية بين الرجل والمرأة، وفيما يلي توضيح مقتضب لعاني الأسماء السابقة وفق ماوردت في القاموس المحيط وقاموس لسان العرب:

١- الهوى: يقال أنه ميل النفس، وفعلة: هوى، يهوى، هوى، هوى، وأما: هوى فهو للسقوط، ومصدره الهوى، وأكثر ما يستعمل الهوى في الحب المذموم، كما في قوله تعالى [وَأَمَّا مَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِ وَنَهَى النَّفْسَ عَنِ الْهَوَىٰ فَإِنَّ الْجَنَّةَ هِيَ الْمَأْوَىٰ]. آية (٤٠-٤١) سورة النازعات.

وقد يستعمل في الحب الممدوح استعمالاً مقيداً، ومنه قول النبي ﷺ: (لا يؤمن أحدكم حتى يكون هواه تبعاً لما جئت به) صححه النووي.

٢- الشغف: مأخوذ من الشغاف الذي هو غلاف القلب، ومنه قوله تعالى واصفاً امرأة العزيز في تعلقها بيوسف [قَدْ شَغَفَهَا حُبًّا] آية (٣٣) سورة يوسف

٣- الوجد: عرفه بأنه الحب الذي يتبعه الحزن بسبب ما، وأنه ليجد بفلان وجداً شديداً إذا كان يهواها ويحبها حباً شديداً. (ابن قيم الجوزية، ١٥، ١٩٨٣)

٤- الكلف: هو شدة التعلق والولع، وأصل اللفظ من المشقة.

٥- العشق: كما يقال عنه: أمرّ هذه الأسماء، وقل استعمال العرب القدماء له، ولا نجده إلا في شعر المتأخرين، وعرف بأنه فرط الحب.

٦- الجوى: الحرقه وشدة الوجد من عشق أو حزن.

٧- الشوق: هو سفر القلب إلى المحبوب، وارتحال عواطفه ومشاعره.

٨- الوصب: وهو ألم الحب ومرضه، لأن أصل الوصب المرض، وفي الحديث الصحيح (لا يصيب المؤمن من هم ولا وصب حتى الشوكة يشاكها إلا كفر الله بها من خطاياها)، وقد تدخل صفة الديمومة على المعنى، وذكر القرآن [وَلَهُمْ عَذَابٌ وَأَصِيبٌ] آية (٩) سورة الصافات.

٩- الإستكانة: وهي من اللوازم والأحكام والمتعلقات، وليست اسماً مختصاً، ومعناها على الحقيقة الخضوع وذكر القرآن الإستكانة بقوله [فَمَا اسْتَكَانُوا لِربِّهِمْ وَمَا يَتَضَرَّعُونَ] آية (٧٦) سورة المؤمنون، وكأن المحب خضع بكليته إلى محبوبته، واستسلم بجوارحه وعواطفه، واستكان إليه.

١٠-الود:وهو خالص الحب وألطفه وأرقه، وتتلازم فيه عاطفة الرأفة والرحمة، يقول الله تعالى [إِنَّ رَبِّي رَحِيمٌ وَدُودٌ] آية (٩٠) سورة هود.

١١-الخلية: (بضم الخاء وتشديد اللام) وهي توحيد المحبة، وهي رتبة أو مقام لا يقبل فيها المشاركة، ولهذا اختص بها في مطلق الوجود الخليان، إبراهيم عليه السلام ومحمد عليه السلام، ولقد ذكر القرآن ذلك في قوله تعالى [وَاتَّخَذَ اللَّهُ إِبْرَاهِيمَ خَلِيلًا] آية (١٢٥) سورة النساء.

١٢-الغرام: وهو الحب اللازم، ونقصد باللازم التحمل، يقال: رجل مغرم، أي ملزم بالدين، ومن المادة نفسها قول الله تعالى عن جهنم [إِنَّ عَذَابَهَا كَانَ غَرَامًا] آية (٢٥) سورة الفرقان.

١٣-الهيام: وهو جنون العشق، وأصله داء يأخذه الإبل فتهيم ولا ترعى، والهيام (بكسر الهاء) الإبل العطاش، فكأن العاشق المستهام قد استبد به العطش إلى محبوبه فهام على وجهه لا يأكل ولا يشرب ولا ينام، وانعكس ذلك على كيانه النفسي والعصبي فأضحى كالمجنون أو كاد يجن فعلاً.

▪ تعريفات و معاني الحب الوالدي كما تناولتها البحوث السيكولوجية:

يحظى مفهوم الحب الوالدي شأنه بقية مفاهيم علم النفس بالعديد من التعريفات التي ينطوي تحديدها على صعوبات تتعلق بدلالات هذه التعريفات ومعانيها، حيث ينطبق بطرق مختلفة فالحب حاجة نفسية فسيولوجية دائمة ترافق الإنسان في مختلف مراحل نموه، مما يحفز العلماء بإختلاف إختصاصاتهم على دراسته، لذا تعددت التعريفات التي تصدت لتوضيح مفهوم الحب الوالدي نستعرض منها التعريفات التالية:-

يعرف (محمد الطحان، ١٩٧٧، ١٢) الحب الوالدي على أنه مدى الحب الذي يبديه الوالد أو الوالدة للطفل من خلال تصرفاته نحو مختلف المواقف اليومية.

وعرف (Rosenthal, et al., 1980) الحب بأنه مكوّن لكل من العمليات الحيوية والترابط الإيجابي المستمرة بين الوالدين والطفل، ويتمثل في العطف والقبول والودّ.

كما أن الحب الوالدي هو تزويد الطفل بالمساندة، الرعاية، والحب بطريقة تؤدي به إلى النمو الكامل مع تقوية علاقة الطفل بوالديه، كما تشير أيضاً لتقبل الوالدين المسئولية المادية للطفل، توجيهه، وإرشاده، ورعايته، والإهتمام به، وتشجيعه، وكل هذا من شأنه أن ينمي من تقدير الطفل لذاته، ويرتكز الحب على ثلاث كلمات مفتاحية هي المسئولية Responsibility، التوجيه والإرشاد Guidance، التهذيب والتربية Nur- turance؛ فمثل هذه الكلمات تمثل المكونات الثلاثة الرئيسية للوالدية، والوالدان اللذان يحققان وينجزان هذه المكونات الثلاثة من الممكن أن نطلق عليهم والدين محبين لأبنائهما ومهتمين بهم، لأنهما:

١. ينميان تقدير الطفل لذاته.
٢. يخصصان وقتاً لسماع الطفل والإنصات له.
٣. يمدانه بالإحتياجات المادية من طعام، ملابس، مأوى، وكذلك الإحساس بالأمن Security والأمان Safety.
٤. يظهران الإيمان والثقة بقدرات الطفل.
٥. يشجعان الطفل عند فشله على أن يجرب محاولات جديدة، ويتفهم طرقاتاً مختلفة، كما يمنحانه التهذئة، ويقفان إلى جانبه عندما يشعر بالحزن (Draper, 1983, 14).

وأفعال الحب الوالدي عديدة ومتنوعة وتشمل الدفء، والودّ والإلتزام بسد الإحتياجات الأساسية والضرورية والتضحية بالذات (Buss, 1988).

وهو عاطفة تحمل نفس المحب على الميل لمن يحب، ولما يحب، والإنجذاب إليه والإرتياح لمشاهدته إن كان يشاهد، أم لحضوره في الذهن إن كان معنى من المعاني (محمد إبراهيم، ١٩٨٩، ٢٢٠).

وفي تعريف آخر للحب الوالدي بأنه مستوى مرتفع من الإستجابات الوالدية، التعبيرات، الحماية وامتدادات المصادر الرئيسية والتي تستطيع أيضاً أن تشكل وتكون تعبيرات الحب (Russell, 1989).

وعرفه (Wilson, 1995) أنه رؤية الطفل لوالديه كمصدر للدعم العاطفي والدفء الوالدي.

وجاء تعريف (Beall & Sternberg, 1995) بأن الحب هو مهمة صعبة لأن المفهوم ذاته من الحب يحيط بمجموعة كبيرة للسلوك من مواقف، ومشاعر، وأيضاً تختلف مشاعر الحب طبقاً للسياق الثقافي للبيئة الإجتماعية.

كما عرفه قاموس (Wilson, 1995, 801) على أنه شعور يتضمن معان كثيرة منها (ألفة؛ أنس؛ تألف؛ تحاب؛ تعلق؛ حنان؛ حنو؛ شفقة؛ عطف؛ رافة؛ عهد؛ عشق؛ غرام؛ غزل؛ مودة؛ ميل؛ وود) تجاه شخص أو مجموعة من الأشخاص.

ويرى البعض أن العلاقة الوالدية المفعمة بالحب والمرونة والعطف والرعاية والدفء تغرس في الطفل القبول والثقة بالنفس . وبالمقابل فإن العلاقة المفعمة بالنبذ والقسوة والحرمان والإهمال والرفض تؤدي إلي عواقب سيئة علي شخصية الطفل فيصاب بالقلق والخوف وضعف الثقة بنفسه .

كما أن مظاهر تقبل الوالدين للطفل كثيرة منها: شعوره بأن له مكانه في المنزل وأن والديه يقدمان الكثير من التضحيات في سبيل سعادته، فهذا يكشف للطفل أنه مرغوب فيه، وأن هناك روابط قوية تربطه بأفراد أسرته (مصطفى فهمي، ١٩٩٧، ٨١).

والحب الوالدي مصطلح يعكس مدى واسعاً جداً من عمليات الرعاية،الدفء Warmth، الإهتمام Attention التفاهم،التعاطف،التواد،الحماية،المساندة والتسامح؛ إن الحب عملية عامة تتبع من مفاهيم مثل الطاقة،الجاذبية،التواد،وتمتد لتصل إلى الصحة النفسية والبدنية للطفل والوالدين (Russek, & Schwartz, 1997).

كما عرف الحب الوالدي على أنه كم الوقت الذي يقضيه الوالدين مع طفلهم والتعبير المفتوح للدفء والمودة (Kowal, 1997) .

كما يتم التعرف على الحب الوالدي بإتجاهات التقبل والتسامح والحب والدفء من الوالدين تجاه طفلهما (صالح أبو جادو، ١٩٩٨).

وهو اتجاه بالقبول تجاه فرد آخر ويتضمن تفكير وشعور فردي وسلوكيات تجاه أفراد آخرين (Schneider, 1999).

كما يُعرّف الحب الوالدي على أنه نمط ونوع معين من الحب يتمثل في السلوكيات الوالدية تجاه الطفل، على أن يكون التعامل الوالدي أساسه احترام احتياجات الطفل وإمداده بكل المتطلبات الضرورية المناسبة لبنائه نفسياً وتتموياً (Cox, F.2000).

وأيضاً يتمثل الحب في تقبل الوالدين للطفل وشاركته الانشطة والمناسبات الخاصة به، والتعبير اللفظي عن حبه، وتقدير رأيه وإنجازاته، والتجاوب معه والتقارب منه من خلال حسن الحديث إليه، والفخر المعقول بتصرفاته، ومداعبته، بالإضافة إلى رعايته واستخدام لغة الحوار والشرح لإقناعه، أو توضيح الأمور له مع البعد عن الإستهياء منه والغضب من تصرفاته، والضيق بأفعاله وعدم إشعاره بعدم الرغبة عن الإستهياء منه والغضب من تصرفاته، والضيق بأفعاله وعدم إشعاره بعدم الرغبة فيه، أو الميل إلى انتقاده وبخس قدراته، أو عدم التمتع بصحبته وإظهار النفور من وجوده (زكريا الشرييني، ويسرية صادق، ٢٠٠٠، ٢٢).

كما أن الحب هو إنفعال نفساني ينشأ عن الشعور بحسن شيء من صفات ذاتية، فإذا حصل ذلك الإنفعال عقبه ميل وانجذاب إلى الشيء المشعور به فيصبح محبوباً، وتعد الصفات التي أوجبت هذا الإنفعال جمالاً عند المحب، فإذا قوي هذا الإنفعال صار تهيجاً نفسانياً، فسمي عشقاً للذات، وافتناناً بغيرها (مها يوسف، ٢٠٠٠).

ويشير الحب الوالدي إلى الدفء، الدعم، العناية بالغذاء، الرعاية، الإهتمام، الود، التقارب، ويشير ذلك أن يتكرر بشكل مستمر . وتستخدم بشكل متبادل نسبياً في الأدب العلاقات بين الطفل والوالدين (Rohner&Veneziano,2001)

كما يعبر الحب عن الالتفات إلى محاسن الطفل أكثر من أخطائه، و فهم مشكلاته وهمومه والتحدث إليه بدفء عاطفي يجعله ينسى همومه و غضبه (ميسرة عايد طاهر، ٢٠٠٢).

كما أن الحب هو العاطفة المتأصلة في كافة الثقافات ويوصف بأنه أحد السمات البشرية، أو السمة التي تخلع على الكائن إنسانيته، وهو: مشاعر تحقق التقارب والتجاذب والإرتياح الداخلي بين البشر (Scott,2003, 9).

ويعرف الحب في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه «مشاعر الود والإنجذاب التي يُكفها فرد نحو آخر، مع الإستمتاع بالتواجد معه، وإشباع غريزة الحب الطبيعية في الإنسان» (فرج عبد القادر طه، ٢٠٠٣، ٣١٨).

وجاء تعريف (Berk.2003) أن الحب الوالدي هو الوقت المنقضي والتفاعل العام مع الطفل بطرق إيجابية كالإنصات لمتطلباته وسد احتياجاته ورعايته رعاية كاملة من خلال العطف والودّ واتباع جميع السلوكيات التي تشعر الطفل بالقبول والأمن والأمان.

ويعرف (Helen fisher,2004) الحب مزيج من المشاعر الإيجابية المهمة مثل الشعور بالأهمية والقبول والتدليل والتفاهم والإهتمام بالآخر أو الإحتياج لغير الذات، تتناسب مع كل حالة شعورية تتاب الشخص.

كما أن الحب نوع من الأنشطة الإنفعالية الوجدانية التي تكمن داخل الشخص وتكون دافعاً لإستقرار حياته المزاجية (Harryz, 2004, 26).

وتعد السلوكيات الدالة على الحب الوالدي كثيرة ومتنوعة تشمل الدفء Warmth، العاطفة Affection ، التضحية بالذات Self-Sacrifice (Sillick,Schut-) (te,N.T,2006).

ويُعبّر أيضاً عن الحب الوالدي بمدى التقبل الذي يُعبر عنه الوالدين تجاه طفلها من خلال تصرفاتهما نحوه في مختلف المواقف اليومية (Nevelyn,2008).

كما أنه نوع من الأنشطة الإنفعالية التي تكمن داخل الشخص وتكون دافعاً لاستقرار حياته المزاجية وحياته الزوجية (Susan,L.Klin,2008).

وتكاد تتفق الأدبيات النفسية الحديثة على أن الحب حالة عاطفية عنيفة في انفعالاته، تتعاش في فوضاها المشاعر الرقيقة، البهجة مع الألم، والقلق مع الطمأنينة، والإيثار مع الغيرة، والسعادة مع الغم، وبأنه حالة من التوق الشديد للإتحاد بالآخر، وهذه الحالة العاطفية لها جذورها في النظامين البيولوجي والإجتماعي والنفسي (أحمد فؤاد، ٢٠٠٨، ١٥).

ويعرف الحب بأنه الإرادة الصحيحة التي تتميز بالعطاء والإيثار وقيادة المشاعر للعقل بسلوك يغلب عليه الأمل (Jeffrey,2009, 3).

وهذا ما أكد عليه (Gary Unruh) حيث يرى أن حاجة الطفل إلي الحب العاطفي الذي ينبثق من المودة والعطف والاهتمام أكبر من حاجته إلي ما نحضر له من مستلزمات ومتطلبات ، في حين أن العجز ونقص الكفاءة للوالدين يشعر الطفل بالدونية ويلزمه شعور بأنه غير مرغوب به مدى الحياة (Gary Unruh, 2010, 114).

والحب أسلوب تربوي يؤثر في الإنسان المربي والمتلقي، حيث يكون حب العمل، وحب المدرسة، وحب النجاح، وحب الذات المتفوقة، وحب الآخرين، وهذا الحب يدفع الإنسان إلى العمل والإستمرارية بروح معنوية متسامية، فتجده يعطي الطفل حقوقه من العناية في جميع جوانب حياته (Cardine,2010,19)

وهو شعور بالإنجذاب والإعجاب نحو شخص ما ،أو شيء ما، وقد ينظر إليه على أنه كيمياء متبادلة بين اثنين، ومن المعروف أن الجسم يفرز هرمون الأوكسيتوسين المعروف «بهرمون المحبين» أثناء اللقاء بين المحبين (ويكيبيديا الموسوعة الحرة، ٢٠١٠).

وعرفته (غادة محمد جلال، ٢٠١١) بأنه تقبل الوالدين لطفلهما كما أنه شعور الطفل بتقبله و يلتفت إلى محاسنه ويتفهم مشكلاته وهمومه، ويستمتع بالكلام والعمل معه، ويعطيه نصيباً كبيراً من الرعاية والإهتمام، ويشعر بالفخر بما يعمله، ويشعر

بالراحة عندما يتحدث إليه عن همومه. كما يجب أن يكون هناك موقف تفاعلي بين الوالدين و أبنائهم وهو اتجاه تكاملي للوالدين نحو أبنائهم، و هذا الاتحاد يجب أن يتسم بالحب و التسامح والعطف والرعاية، وفي موقف التقبل التفاعلي يدرك الابن أن والديه يعاملانه معاملة طيبة ويمنحانه الحرية ويلبيان رغباته في الأعم الغالب.

وتعرف (سناء محمد سليمان، ٢٠١٣) الحب بأنه إحساس داخلي جاهز فطري في داخلنا ينمو إذا واثته الظروف وهو ينمو دائماً من الداخل.

كما تم الوصول إلي تعريف شامل لمهارات الحب الوالدي بأنها «العاطفة المتوازنة القائمة علي التقبل غير المشروط للطفل المتأخر لغوياً والمضطرب نطقياً ، تظهر بهيئة سلوكيات والدية إيجابية داعمة للعمل العلاجي . بحيث يدركها الطفل ويتفاعل معها متخطياً العوامل النفسية والبيئية الأسرية المسببة لإعاقة التواصلية، ويعكس مدى واسع من العمليات والمهارات، مثل الدفء والحنان الوالدي، الألفة والمودة، الحب العاطفي والرعاية الوالدية المتكاملة. وكلها مرادفات للحب ترتكز على ثلاثة مصطلحات أساسية تمثل المكونات الرئيسية للحب الوالدي، هي (القدرة على التوجيه والإرشاد، القدرة على تحمل المسؤولية، القدرة على التهذيب والتربية) (إبراهيم عبد الجليل، ٢٠١٦، ٢٨).

▪ بعض النقاط المشتركة في تحديد مفهوم الحب الوالدي، نجمالها فيما يلي:-

١. على الرغم من تواتر التعريفات حول مفهوم الحب الوالدي إلا أنه ما يزال هذا المفهوم مرتبطاً بالدوافع الاجتماعية والنفسية (Bonnie Migliosi, 2010).
٢. أن الحب الوالدي عملية أو نتيجة لعمليات تتضمن التركيب الفسيولوجي للدماغ لكل من الأمهات والآباء، يقودها آليات سلوكية وعصبية، قد تتحكم في تعاملات الأمهات والآباء السلوكية تجاه أطفالهن (Pil Young Kim, 2009).
٣. تنتج هذه العملية عن ارتفاع القبول والرغبة في التقارب النفسي والبدني من الطفل، والإستمرار في التواصل والتفاعل الإيجابي مع الطفل والتعايش معه في معظم احتياجاته ومتطلباته اليومية.

٤ . يتوقف مستوي الحب الوالدي على درجات التضحية من أجل الطفل، ومدته بكل احتياجاته والوقت المنقضي من أجله، ودرجات الإهتمام بجميع متطلباته النفسية والبدنية والسلوكية.

٥ . قد يكون الحب الوالدي بجميع مكوناته (القبول، العطف، الودّ والتضحية وسد احتياجات الطفل) من سمات شخصية الوالدين، أي أن الأمهات والآباء يتصفون دائماً بالشعور بالحب الوالدي في كل من المواقف وتحت كل الظروف أثناء التعامل مع أطفالهم، وقد يكون الحب الوالدي حالة أي يتوقف على حجم العطاء والتضحية بالوقت والجهد والمال والتعاملات السلوكية الإيجابية مع أطفالهم (Lisa Johnson, 2007).

٦ . في جميع الأحوال فإن القبول الوالدي للطفل بجميع سلوكياته سواء سوية أو شاذة والقدرة على التعاملات الإيجابية مع سلوكيات الطفل والتعديل للسلوكيات الشاذة وتنمية السلوكيات الإيجابية للطفل تعد من مهارات الحب الوالدي (Kristen, 2003).

▪ المناحي والنظريات والنماذج المفسرة للحب: وفيما يلي عرض لتلك المناحي والنظريات والنماذج:-

(١)-منحى نمط الحب:

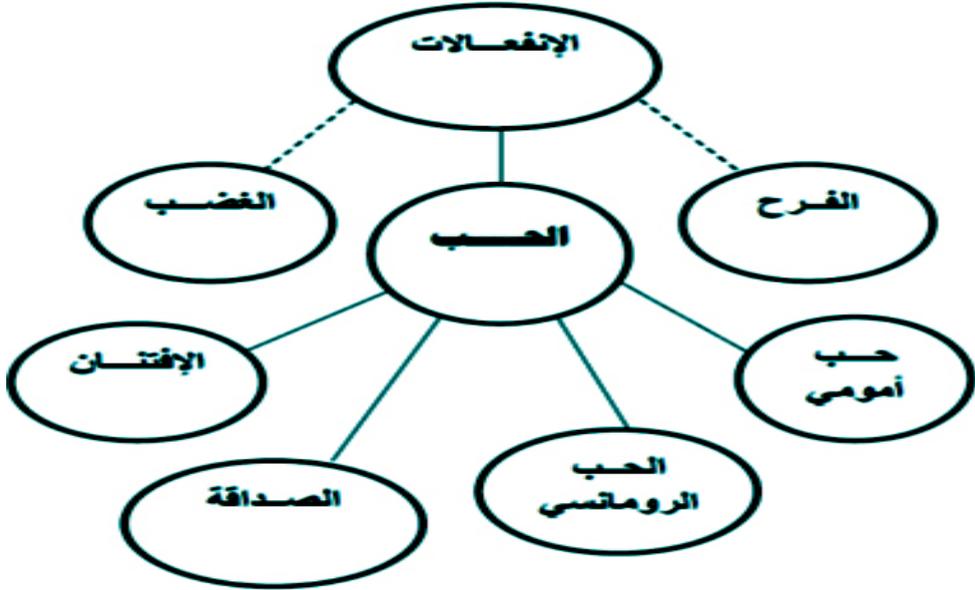
يعتمد هذا المنحى على جمع بيانات من مجموعة من الأفراد حول فهمهم لمعنى الحب، ومعتقداتهم ومعارفهم واتجاهاتهم نحو هذا المفهوم، وكذلك فحص استجابات هؤلاء الأفراد عندما يسألون عن هذا المفهوم، وكيفية تمييزهم لهذا المفهوم عم المفاهيم الأخرى المرتبطة به، كالفرق بين الحب والإعجاب مثلاً، وتصوراتهم لهذا المفهوم، وكيفية تأثير هذه التصورات في سلوكهم عند اختيارهم للشريك الآخر في العلاقة (Regan, 2003, 14).

ووفقاً لمبدأ التصنيف-الذي يلخص عدداً هائلاً من المتغيرات في فئات عرضة-
اهتم «إينور رواس E.Roach»-أحد رواد مبدأ التصنيف-سنة ١٩٧٣م بدراسة التصنيف
الهرمي للمفاهيم المتعلقة بالحب في اللغة الطبيعية، أي ترتيب المفاهيم المستمدة من
اللغة الطبيعية التي تتشابه بعضها مع بعض في فئات رئيسية، ويساعد هذا الإجراء
على الحكم بأن هذا المتغير محل الإهتمام يندرج تحت فئة معينة ويستخدم لوصفها
(Hendrick&Hendrick,2000, 205).

وتجسدت الأدلة التي قدمت في وقت مبكر لتصنيف خصائص مفهوم الحب في
أعمال «فيهر Fehr سنة ١٩٨٨م حيث طلب إلى مجموعة من الأفراد تصنيف الخصائص
الأساسية التي ترتبط بالحب، وتبين أن أهم الخصائص التي ذكرها الأفراد للحب
هي: الثقة، والإهتمام، والأمانة، والإحترام، والإخلاص، والإلتزام (Regan,2003, 16).

وفي مرحلة متقدمة حاول «فيهر وروسيل» (Fehr&Russel,1993, 425) فحص
أنواع الحب التي يفترضها الأشخاص، وترتيب هذه الأنواع وفقاً لدرجة أهميتها،
وقد توصل هذان الباحثان إلى (٦٨) نوعاً أو نمطاً من أنماط الحب جاء في مقدمتها
الحب الأمومي ثم تبعه الحب الأبوي، وحب الصداقة، والحب الرومانسي، والحب
العادي، والحب الجنسي، وغيرها. كما أوضحا هذان الباحثان أن الإنفعالات هي
الفئة العريضة التي تضم مفهوم الحب، وأن الحب بدوره-كإنفعال إيجابي- يضم
أنواعاً أخرى تندرج تحته كما سبق وأشارنا (Barnes&Sternberg,1997).

والشكل (٥) التالي يوضح بنية الحب كتدرج هرمي «لضيفر وروسيل»:



(إبراهيم زكي عبد الجليل، ٢٠١٦، ٣٢، عن: (Fehr&Russel,1991, 430)

(٢)- نموذج شيفر Shefer:

وفيه يصنف «شيفر» الوالدية إلى أربعة نماذج هي:

١. الوالدية غير المهتمة: وهي تتسم بالتساهل والسماح والإستقلالية وتكون القوة منخفضة والعدوانية أيضاً منخفضة.
٢. الوالدية المتسلطة: وهي تتسم بالسيطرة والتحكم وتكون القوة مرتفعة بينما يكون الدعم (الحب) منخفضاً.
٣. الوالدية ذات الحماية الزائدة: وهي تتسم بإرتفاع الحب والعطف (الدعم المرتفع) وزيادة الضبط (قوة مرتفعة).
٤. الوالدية الديمقراطية: وهي تتسم بإرتفاع الحب والعطف (دعم مرتفع) كما أنها تسمح بالإستقلالية (قوة منخفضة).

وربما يكون أسوأ أنماط الوالدية غير المهتمة خاصة وأن الطفل لم يكن قد وصل بعد إلى مرحلة النضج الكافي أو النمو الإنفعالي المطلوب وبالتالي فإنه شديد التأثير بإهمال الوالدين أحدهما أو كليهما، ومن أهم مظاهر سلوك الوالدية التي تعبر عن عدم الإهتمام إهمال الطفل من حيث المأكل والملبس والنظافة، إبتعاد الوالدين عن الطفل لفترة طويلة بما يشعره بالقلق، لأن غياب الوالدين أو إحداهما يؤدي إلى نوع من الإستثارة الإنفعالية تكون أحياناً على شكل ثورات غضب وصراخ، ومن مظاهر سلوك الوالدية غير المهتمة أيضاً، إهمال الإجابة على أسئلة الطفل أو عدم التعقيب على تقرير أو شهادة مدرسية أو عدم الثناء على الطفل لحصوله على جائزة، فكل هذه الأمور وما شابهها تشعره بأنه لا يمثل قيمة أو أهمية لوالديه .

(٣)- نموذج بامرند Bamrnd :

تشير «بامرند» إلى ثلاثة أنماط من الوالدية كل منهم يتسم بخصائص معينة تتعكس على شخصية الطفل وهي:

١ . الوالدية الرسمية: وفيها يتصف الوالدان بالحزم والميل إلى تربية أطفالهم على أساس العقل والمنطق، وتشجيع الأطفال على مزاولة أنشطتهم وإتخاذ قراراتهم بأنفسهم، وإن كان سلوك الوالدين في الوقت نفسه يتسم بالحنان، وينعكس ذلك في صورة خصائص تمتاز بها شخصية الطفل منها: الإستقلالية، المسئولية الإجتماعية، السيطرة الذاتية، حب الإستطلاع، الإعتماد على النفس .

٢ . الوالدية المتسلطة: وفيها يتسم الوالدان بالتحكم المتشدد ويكونان أكثر نقداً لسلوك أطفالهم وإتجاهاتهم، كما أن الوالدين يكونان أقل في التعبير عن الحب والعواطف وفي هذا النمط من الوالدية يصبح الأطفال مستأئين، لا يثقون بالآخرين، ولا ينسجمون إجتماعياً .

٣ . الوالدية المتساهلة: ويتسم فيها الأبوان بعدم السيطرة وعدم محاسبة الأطفال أو معاقبتهم إلا قليلاً، كما أنهم يتصفون بالحنان ويتقبلون سلوكيات أطفالهم،

وتتسم شخصية أطفال هذا النمط من الوالدية بأنهم يقتصرون على أنفسهم والتحكم في ذواتهم وإن كان لديهم اتجاهات إستكشافية.

٤- التوجه البيولوجي الطبيعي **Naturalistic/Biological Approaches**:

يمتد هذا التوجه بجذوره إلى الجسد، والنواحي العضوية والوراثية، خاصة النواحي الجنسية؛ ويتضمن هذا المنحى الحب العاطفي (Passionate Love) والذي يعرف بأنه حالة من الإندماج الكامل بين محبين اثنين مع تقلب المزاج وتذبذبه ما بين اللذة والألم) وحب العشرة (Love Companionate) والذي يعرف أيضاً بأنه العاطفة التي بها اثنان من الأشخاص يعيشان في تضافر وتشابك عميق) وهكذا فإن الحب يبدأ في حرارة وتوهج العاطفة، ولكنه ينتهي ببرود إلى توهج العشرة والرفقة، ويشير (Hatfield, 1988) إلى أن الأشخاص يحتاجون نمطي الحب (العاطفي، العشرة) في علاقات الحب الخاصة بهم؛ كما يتضمن هذا المنحى نشأة الحب فضلاً عن عمليات التعلق Attachment Processes وإسهامات بولبي « Bowlby, 1969 » في هذا المجال، حيث دراساته أنماط العلاقات (مثل العلاقات الآمنة، القلقة، وعلاقات التجنب) والتي يكونها الأطفال مع من يمنحونهم الرعاية.

٥- التوجه الاجتماعي النفسي **Psychologica/Social Approaches**:

ويتضمن هذا المنحى مفاهيم من قبيل المعرفة Cognition، الدوافع الاجتماعية، التفاعل، التواصل، والتطبيقات المتنوعة للحب، كما أنه يتضمن العديد من التوجهات والتي تتأرجح ما بين المنحى النفسي المعرفي وصولاً إلى المنحى الاجتماعي (-Sny der, C.R. & Lopez, sh. J., 2005, 474).

▪ محددات الحب **Love Fundamentals** : أما عن محددات ومقومات الحب فيجملها المنظرون في ثلاثة هي:

١. **القرب المكاني Proximity**: إن أبسط تفسير لتأثير القرب المكاني هو أن الناس المتقاربين أكثر حُباً ومودة من أولئك الذين يعيشون متباعدين، فالفرد لا يستطيع

أن يتجاوب أو يصادق شخصاً لا يعرفه، كما أنه من الصعب أن تستمر الصداقة مع شخص لا تراه بشكل متكرر؛ فضلاً عن قابلية التنبؤ بسلوك الشخص الآخر، فكلما زادت رؤية فرد لشخص آخر كلما زادت معرفته به، وكلما استطاع أن يتنبأ بشكل أفضل بسلوكه في المواقف المختلفة. (مصطفى الشرقاوي، ٢٠٠٠، ٨٤: ٨٥)

٢. التفاعل الإيجابي Positive Interaction: يجذب الناس عادة لأولئك الذين

يحققون معهم تفاعلات إيجابية، حيث يسهم هذا التفاعل في السيطرة على الأحداث ويزيد درجة التلاحم فيما بينهم ويؤدي إلى مزيد من الألفة، ويزيد هذا في مجمله من درجة حب الأشخاص لبعضهم البعض. (محمد عبد الرحمن، ٢٠٠٤، ٤٨٧)

٣. التشابه Similarity: إن هناك ميلاً قوياً لدى الناس إلى مجبة أولئك الذين

يشبهونهم، ويبدو أثر التشابه بصورة أوضح مع الناس الذين يتقاسمون صفات ثقافية وسكانية قومية، واتجاهات ومعتقدات وخلفيات مشتركة، فمثل هذه الصفات مهمة في تحديد كيف يفكر الناس، وكيف يعملون، كما أن الناس الذين يتشابهون في التفكير والعمل يسهل عليهم التفاهم معاً (مصطفى الشرقاوي، ٢٠٠٠، ٩٣: ٩٤).

هذا فيما يتعلق بالحب بشكل عام- كأحد مفاهيم علم النفس الإيجابي- أما فيما يتعلق بالحب الوالدي فإننا نجد أن غالبية البحوث النفسية في الحب تركز على الحب الرومانسي Romantic Love والتجاذب Attraction في مرحلة المراهقة والرشد مثل دراسات (Hendrick&Adler,1988) (Doin&Doin,1973) (Rubin,1970) بشكل يفوق تركيزها في الحب الوالدي المقدم في مرحلة الطفولة، وبمراجعة الأطروحات السيكولوجية التي تناولت الوالدية فقد ركزت جُل اهتمامها على مفاهيم التواد، التعلق Attachment Theory ، الأساليب الوالدية Parenting Styles . إن مفاهيم من قبيل الدفء الوالدي Parental Warmth ، المساندة، التربية، الرعاية، التواد، القرب عادة ما يتم استخدامها بشكل ومتكرر في الأطر النظرية التي تهتم بعلاقات الأبناء بالآباء، وهذه المفاهيم تقع تحت مظلة الدفء كبعد من أبعاد الوالدية، وجميعها يشير بشكل قوي إلى الحب الوالدي.

ولقد أشارت العديد من البحوث إلى أن الآباء يبتون أولادهم الحب عبر أربع طرق رئيسية هي: الدفء والتواد Warmth & Affection ، العدوانية والعدائية Ag- gression & Hostility ، اللامبالاة والإهمال Indifferences & Neglected ، الرفض غير المُحدَد (Sillick,T.&Schutte,N.,2006).

وتشير الوالدية-كأحد مرادفات الحب الوالدي-إلى تزويد الطفل بالمساندة، والرعاية، والحب بطريقة تؤدي به إلى النمو الكامل مع تقوية علاقة الطفل بالديه، وتشير أيضاً لتقبل الوالدين المسؤولية المادية للطفل، توجيهه، وإرشاده، ورعايته، والإهتمام به، وتشجيعه، وكل هذا من شأنه أن ينمي من تقدير الطفل لذاته (Drap-er&draper,1983, 14).

والحب الوالدي للطفل هو أكثر العوامل تأثيراً علي سلوكه، والطفل الذي يرفض من والديه هو أكثر خلقاً للمشكلات السلوكية من الأطفال الذين يتمتعون بحب أويهم. وكذلك الأطفال الذين يأتون من أب وأم منفصلين يكونون أكثر قابلية للقيام بالمشكلات السلوكية. والأكثر أهمية من ذلك أن موقف الآباء من التعليم يؤثر علي الأطفال سلباً أو إيجاباً، فالأطفال الذين يلقون اهتماماً من آبائهم يكونون أكثر نجاحاً وأقل مشكلات سلوكية من أولئك الذين لا يلاقون اهتماماً سواء نجحوا أو رسبوا. ويخطئ الآباء إذا لم يوفروا تعزيزاً لنجاحات أبنائهم (أوجيني مدانات، ١٩٩٢، ١٧٠).

كذلك الآباء الذين يصرون على أن تكون علامات أطفالهم ممتازة بشرط ألا يثير قلق الأبناء أي أنه يجب على الآباء أن يكونوا بمثابة عوامل دفع لأبنائهم في المدرسة إلي الأمام دائماً وإلى التفوق والإمتياز. وتؤثر الأساليب التي يمارسها الآباء في معاملتهم لأبنائهم على تكوينهم النفسي والاجتماعي، فإذا كانت هذه الأساليب المتبعة من قبل الآباء هادمة، أي تثير مشاعر الخوف وعدم الشعور بالأمن في نفوس الأطفال، ترتب عليها اضطرابهم النفسي والاجتماعي، أما إذا كانت هذه الأساليب المتبعة بنائية، أي متوجة بالحب والتفاهم، أدت إلى تنشئة أطفال يتمتعون بالصحة (عبد الغني عبود، ٢٠٠٤، ١٥٧).

ويمثل التفاعل بين الوالدين والأبناء عاملاً مؤثراً في تكوين شخصية الأبناء، فتفاعل الوالدين مع الأبناء وما يتصف به من دفاء وحنان أو قسوة وكراهية، ومن ديمقراطية أو تسلطية، أو تدليل زائد يؤثر في شخصية الأبناء وفي أفكارهم وتتأثر تصرفات الأبناء بالجوا الأسري المسيطر، وبأساليب التي يتبعها الوالدان لتصل بهم إلى ما يطمحون له. وإدراك الأبناء لأنماط معاملة الوالدين لهم يسهم بقدر كبير في فاعلية هذه الأنماط من المعاملة الوالدية، فمثلها يكون للوالدين غاياتهم التي يريدون تحقيقها من خلال هذه المعاملة الوالدية، كذلك فإن للأبناء طموحاتهم للإنخراط في عملية التفاعل بينهم وبين آبائهم، إنها عملية تسير في اتجاهين من الوالدين إلى الأبناء، وبالعكس منهم إلى الوالدين (شمسان المناعي، ١٩٩٦).

٦- نظرية مثلث الحب (Triangular theory of love) :

وهي نظرية عن الحب أبتكرها عالم النفس الأمريكي « Robert Jeffrey Stern- berg » وتقسم هذه النظرية الحب إلى ثلاث مكونات وهي:-

الألفة : وتعني الشعور بالقرب والمحبة والارتباط العميق والفهم المتبادل والزاج المشترك .

العاطفة المتقدة : وتمثل مشاعر الرومانسية والانجذاب بين الجنسين .

الالتزام : الشعور القوي المتبادل بتحول العلاقة إلى علاقة أبدية ويمثل في المدى القصير القرار الذي يتخذه الإنسان بأن يبقى مع شخص آخر . وفي المدى الطويل يمثل الانجازات المشتركة التي تحققت مع الشخص الآخر .

وتعتمد قوة الحب وكميته علي قوة هذه المكونات الثلاثة وتواجهها مع بعضها البعض وبناء علي هذه النظرية الثلاثية هناك ثمانية أنواع للعلاقات الاجتماعية نوجزها فيما يلي:-

أ- علاقة لا يتوفر فيها الحب : وهي تلك التي لا توجد فيها أي من هذه العناصر الثلاثة (مثل علاقة العمل).

ب- علاقة «الصداقة الحقيقية»: وفيها تتوافر الألفة ولكن من دون عاطفة متقدة أو التزام وهذا العلاقات تتميز بالقرب وشعور الشخص بالدفء والمحبة لأصدقائه، وهي علاقات تدوم عادة لفترة طويلة .

ج- علاقة « الحب المشتعل »: وفيها تتوافر العاطفة المتوقدة ولكن دون حميمية ودون التزام وهي التي يطلق عليها أحيانا « الحب من أول نظرة » وحيث توجد بين الشخصين مشاعر غريزية وعاطفية متصاعدة دون أن يكون بينهما قرب وتفاهم حقيقي ودون التزام طويل المدى . وحسب الدراسات فإن هذه العلاقات قد تختفي في أي وقت مع زوال جذوة العاطفة المتقدة .

د- علاقة «الحب الخاوي»: وسمي كذلك لتوافر عنصر الالتزام فقط . بينما هو خاو من الألفة والقرب من العاطفة المتقدة .

هـ- علاقة «الحب الرومانسي»: وهي العلاقة التي يتوافر فيها عنصرا الألفة والعاطفة والمتوقدة دون وجود الالتزام وهي ما يطلق عليه عادة في ثقافتنا العربية المعاصرة اسم « علاقة حب »

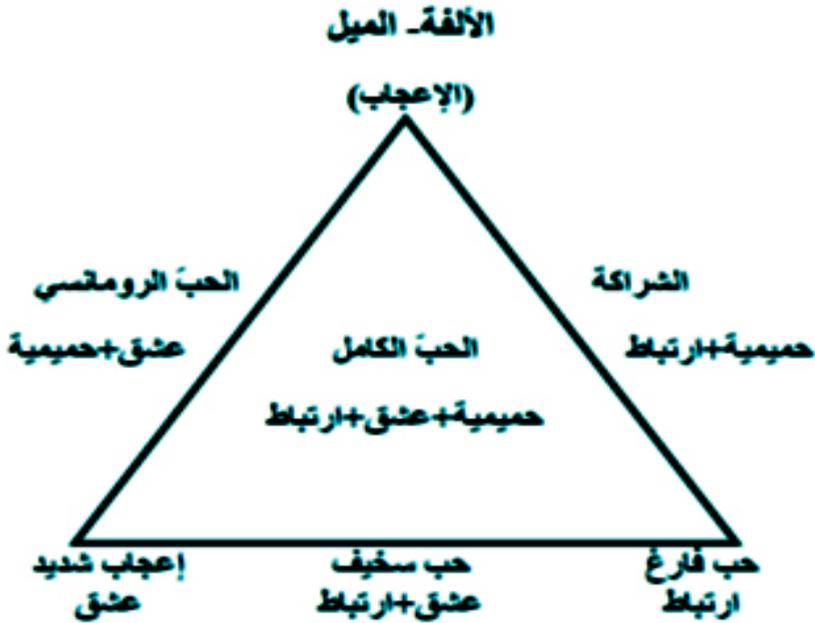
و- علاقة «الحب العطوف»: وهي علاقة تتوافر فيها الألفة والالتزام دون وجود عاطفة متوقدة . فيها الشعور الخاص بالمحبة والتفاهم والالتزام طويل المدى. مثل العلاقات ضمن الأسرة الواحدة . أو العلاقات الزوجية التي زالت منها الرغبة الجسدية المتوقدة . أو علاقات الصداقة الشديدة التي يتعاهد فيه الأصدقاء علي الصداقة والترابط والالتزام إلي الأبد .

ز- علاقة «الحب الساذج»: وهي العلاقة التي تتوافر فيها العاطفة المتوقدة والميل الجسدي والغريزي دون وجود الفهم المشترك والمحبة الحقيقية . وذلك عندما تنتهي هذه العلاقة بالزواج والالتزام بناء علي هذا الميل الغريزي . وهذه العلاقات تكون عادة غير مستقرة إلا إذا طور الزوجان علاقتهم الحميمة لاحقا .

ح- علاقة «الحب التام»: وهي العلاقة التي تتوافر فيها العوامل الثلاثة معا . وهي تمثل ذروة المتعة والشعور الإنساني الجميل نحو الآخر التي يحلم بها الناس .

ويري « Sternberg » أن المحافظة علي هذه العلاقة لفترة طويلة أصعب من الوصول إليها ولا يتم إلا بالتعبير المستمر عن الحب وعن العاطفة ، وفي كثير من الأحيان تستمر هذه العلاقة لفترة من الزمن ثم تتحول إلي علاقة حب عطوف. ولعل أهم ما توصل إليه « Sternberg » أن هذه العلاقات تتحول سريعا من شكل إلي آخر وأن أيا من هذه العوامل قد يختفي مع الزمن إذا لم تبذل فيه الجهود الكافية للمحافظة عليها وانه لا يوجد شيء اسمه « بقاء الأمور علي ما هي عليه » كما يظن الكثير من الناس الذين يعيشون علاقة حب ما (Robert Sternberg, 1986, 119:135; Barnes& Michael,1989, 72:85 ; Karin Sternberg,et al., 2008,61:65)

شكل(٦) يوضح نظرية النموذج المثلي للحبّ «استيرنبرج Sternberg»



المصدر: (جودت شاكر محمود، ٢٠١٣)، (Karin Sternberg,et al., 2008)

٧- نظرية العجلة الدائرة في نمو علاقة الحب وتتم هذه النظرية بأربعة مراحل هي :

تبدأ بالألفة (Rapport) ثم البوح الذاتي (Revelation self) ثم التبعية المتبادلة (the mutual Dependencies) ثم تحقيق الحاجة الشخصية (personal-ity need fulfillment) .

إن الحب الرومانتيكي أو الحب الجنسي أو الحب العقلاني أو أي نوع آخر من الحب يمكن تفسيره بمتابعة العجلة مروراً بمراحل الألفة فالمصارحة المتبادلة وأخيراً تحقيق الحاجات الشخصية . وتعتقد أن هذه العمليات تحدث بصفة أساسية في أي علاقة أولية مثل علاقة الصداقة ، أو علاقات الوالدين بأطفالهما أو علاقة الذكر والأنثى (عثمان الخرفان، ٢٠٠٣، ١٢١).

٨- نظرية ألوان الحب :

والتي ابتدعها عالم النفس « John lee » ونشطت خلال الأعوام (١٩٧٣ - ١٩٨٣) وقد حددت هذه النظرية ستة أنماط من الحب يستخدمها الناس في علاقتهم الشخصية نوضحها فيما يلي :

أ- « Eros » هو حب الجمال وجاء من اللفظ اللاتيني «Limerence» وهو الصورة النمطية للحب الرومانسي والانجذاب من النظرة الأولى بالاعتماد على الحدس . وهو كذلك الحب الجسدي علي أسس عاطفية والتمتع بالجمال . ومن مساوئ هذا الحب : العيش في الخيال والاضمحلال السريع للعواطف . الاسترخاء المفرط في المشاعر والأفكار ووصف بأنه نوع من السذاجة .

ب- « Ludus » ويقصد به الحب المؤقت مثل حب شخص لعبت معه ليعبه في النادي أو تبادل معه أطراف الحديث . والتركيز هنا علي كمية العلاقات العاطفية من نوعيتها . ومن مساوئ هذا النوع : احتمال الخيانة : ووصف بأنه «المجون»

ج- « Storge » وهذا النوع من الحب يعتمد علي أسس التشابه في الميول والهوايات . وغالبا ما يبدأ بالصداقة ويتطور ببطء ليغدو حبا . وأشار « John lee » إلي أن

هذا النوع من الحب قد ينتهي سريعا لأنه خالي من العواطف فتعود الصداقة كما بدأت وتستمر حتى بعد نهاية العلاقة .

د- “pragma” وهو الحب الواقعي والعملي . ويتم فيه التفكير بعقلانية حول التوقعات من الآخر في هذا النمط من الحب يتم البحث عن القيم عند الطرف الآخر والعلاقة مخطط لها كقائمة تسلسلية وكأنها ستنتهي إلي هدف ينبغي تحقيقه ، وهو الحب المتحفظ والذي يدار بدقة من العقل وليس من القلب علي أساس الفوائد المكتسبة والتكاليف المترتبة وهذا النمط قد يتحول إلى «البغاء»

ه- “Mania” الهوس : وهو حب شديد التقلب قائم علي الإحساس بالحاجة للآخر كقيمة وإحساس بالطمأنينة . الزواج في هذا النمط تملك . والأطفال لمنافسة الحبيب أو لاستبداله والهوس هو الصفة السائدة يغذيه انخفاض مستوى تقدير واحترام الذات . ومن مساؤه الغيرة العمياء والاستحواذ والشهه وينقلب هذا النمط أحيانا إلى إدمان .

و- “Agape” الدهشة « الحب المفعم بالإيثار والتضحية بالذات . وهو الحب الراقى المعتمد علي الوفاء . ويرتبط غالبا بقيم روحية أو دينية تؤكد معناه مثل الحب الوالدي . ويتميز هذا النمط بالكرم العاطفي . أما عن مساؤه فهي الشعور بالذنب بشكل دائم والإحساس بعدم الكفاءة للشريك (, Rachel Shields , 2009 , pp 93-103 , Karin Sternberg , 2008 , (54:56)

٩- نظرية الجفاف العاطفي Limerence :

أو ما يعرف بمرض الحب والتي أبتدعها عالم النفس Tennov عام ١٩٧٩ وطورها Mc Whirter عام ١٩٨٤ وهو نموذج يعبر به الليميرنس حين يكون السقوط في الحب ليس فقط معميا بل قهريا compulsive يخترق فكر الفر وأوليواته وكل شيء . وكأنه أشبه بأفكار تجديفية أوسواس . كما تفترض أن الأفراد يواجهون ثلاثة أنماط من الحب : (العقلاني ، الخوف من الرفض ، الأمل بالمستقبل) هذا ما يضعنا أمام ثلاثة أنواع من الروابط العاطفية تختلف فيها بينما من حيث مدة الارتباط :

الرابط الوجداني Affectional bond : ويقصد بها الحب لشخص واحد لا شريك له أبداً . Limerent – Nonlimerent bond وهو العلاقة القائمة علي الحب ولكن مع وجود شريك آخر. Limerent – limerent bond وهو العلاقة التي تحتوي علي مظاهر الحب مع وجود شركاء عديدون (Nathaniel Branden , 2008 , 53:55). وتذهب « Dorthy في كتابها (Love and limerence) أن العلاقة العاطفية تحتاج في المتوسط إلي ثلاث سنوات حتى يتبين ما إذا كانت علاقة حب حقيقي أم مجرد نزعة عارضة .

(١٠)-نظرية (Roben 1973) :

حيث أجرى الدراسات العديدة مستخدماً خلالها تقنيات القياس النفسي ووصل إلي نظريته القائلة أن الحب الرومانسي يتكامل من خلال ثلاث مكونات هي : التعلق : Attachment : أي احتياج الفرد إلي الوجود الجسدي والمساندة الانفعالية من الآخر .

الرعاية caring : أي شعور الفرد بأهمية وجود من يهتم به ويكون مسئولاً عنه.

الألفة: Intimacy أي الرغبة بالاتصال الحميم بإنسان موثوق به (Nathaniel, 2008, 214).

(١١)-نظرية (Hate led 1988):

والتي حاولت أن تفسر الآلية النفسية التي ينبثق منها الحب . بافتراضها أن (الإستثارة) التي يتلقاها الفرد من الخارج . و (التصنيف) الذي يعطيه لتلك الإستثارة. هما اللذان يحددان احتمال نشوء الحب من عدمه . وقد قدمت الكثير من الدراسات التجريبية التي تعزز هذه النظرية . إذ تبين أن الاستثارة الانفعالية التي يتعرض لها الإنسان في موقف ما . يمكن أن ترفع من شدة مشاعره العاطفية نحو الجنس الأخر. أي كلما أزداد توتر الموقف الذي يجد الإنسان نفسه فيه . كلما وجد في نفسه قدرة أكبر علي الحب .

ففي إحدى هذه الدراسات صمم الموقف بحيث يتسنى لمجموعة من الرجال المتطوعين للاشتراك في تجربة علمية وهمية . أن يلتقوا بنساء جذابات قبل لهم بأنهن شريكات لهم في التجربة ، وبعد أن تم اللقاء . أخبر بعض هؤلاء الرجال بأنه سيتعرضون إلي صدمات كهربائية مؤلمة جدا بوصفة شرطا من شروط هذه التجربة العلمية . وحين سئلوا بعد ذلك عن مقدر رغبتهم في ترتيب موعد لاحق للقاء شريكاتهم في التجربة . تبين أن الرجال الخائفين من التجربة (أي المستثارين) قد عبروا عن انجذاب أكبر نحو المرأة التي شاركتهم التجربة . إن تواتر هذا النوع من التجارب أفضى في النهاية إلي استنتاج يحدد الآلية الفسيولوجية للحب بالاتي : إن هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدة الكظرية في حالات الانفعال نتيجة تأثر منطقة الهايبوثالاموس (تحت المهاد) في الدماغ البشري بالاستثارة الخارجية . يحفز النزوع الرومانسي لدى الكائن البشري للاندماج بكائن آخر من نفس نوعه .

١٢- نظرية كارن هورني :

حول العلاقات الأسرية والحب الوالدي : وتركز هذه النظرية علي أهمية علاقة الحب بين الأطفال ووالديهم وغيرهم من الحاجات المرتبطة بشكل أو بآخر بالحب والقبول الاجتماعي . ويلاحظ أن نظرية « هورني » تأثرت بفكر فرويد . ورأت أن الحب الوالدي هو البديل الصحيح لفكرة الجنس الفرويدية . كما أنها تقلل من أهمية الحتمية البيولوجية ككل وتستبدلها بدافعية النمو ، وأن فقدان الحب هو الذي يؤدي إلي اضطراب الشخصية . والتي قد تعزي نسبيا إلي الخبرات اللاشعورية (Rachel shields , 2009, 84:89) .

وهكذا يتضح أن العلاقات الأسرية القائمة علي التواصل والحث هي الركيزة الأساسية لنمو شخصية الطفل علي نحو سوي . وإن إهمال ورفض الوالدين للطفل يكون بمثابة السبب الأساسي « the basic Evil » لنمو الانحراف واضطرابات النفسية والعقلية ويلاحظ أن مشاعر الكراهية « the basic Hostility » الناتجة عن ممارسة الوالدين الخطأ تسبب قلقا يكبته الطفل ، مما يجعله يعيش ازدواجية الكراهية والحب .

١٣- نظرية « Erich Fromm » :

قسم الحب في هذه النظرية إلى خمسة أقسام وخصص لكل قسم منها فصل في كتابه « the art of loving » والأقسام التي بنى عليها « Erich Fromm » جاء كرد فعل لتقسيم فرويد الحب إلى :

أ- الحب النرجسي: وهو حب الإنسان لذاته ولكل ما يتعلق بها أو يخدمها ، وهنا يبحث الإنسان عم يشبه صفاته أو يحقق رغباته

ب- الحب الموضوعي: وهو حب الإنسان لشخص أو لشيء خارج حدود ذاته . وهنا لا يتشابه المحبوب مع المحب بقدر ما يتكامل معها (Erich From , 2000) .

١٤- لغات الحب الخمسة عند الأطفال :

وترتبط بـ « Garry Chapman & Ross Campbell » و الذي خرج في ضوء دراساته العديدة إلى وضع تصور عملي لتنمية الحب الأسري وذلك من خلال خمسة مبادئ عامة يمكن إيجازها فيما يلي :

لغة الحب الأولى : وتتمثل في كلمات التعزيز الإيجابية فالإطراءات المنطوقة ، وكلمات التقدير والثناء ، تعتبر موصلات قوية للمحبة ، فالإمكانات الكامنة داخل الطفل . قد تكون في انتظار كلمات التشجيع من الوالدين . ويرى “Garry Chapman” أن التعبير عن حبنا للطفل أمر وجوبي ، ينبغي توظيفه في علاقتنا بالطفل علي أن تكون الكلمات منسجمة مع نغمة الصوت . فأحيانا تقول كلماتنا شيئا ونغمة الصوت تقول شيئا آخر . وبذلك نرسل رسائل مزدوجة فيفسر الطفل رسائلنا عادة علي أساس نبرة أصواتنا لا علي أساس الكلمات التي يسمعها .

لغة الحب الثانية : وتتمثل في تكريس وقت خاص : يحتاج الطفل من الوالدين أن يكرسا له وقتا كافيا من خلاله تنظيم حوار مشترك . يعبر عن تمتع الوالدين بصحبة الطفل وعن رغبتهما في القيام بالتنشئة المتكاملة . فالتعبير عن المحبة الفعال لا تعني أن يجلس الوالدان علي أريكة ويشاهدا التليفزيون معا والطفل موجود فقط بل أن تكريس وقت خاص يعني أن يولى المرء انتباها غير منقسم .

لغة الحب الثالثة : وتتمثل في تلقي الهدايا : إن الهدية تعبير عن المحبة . وهي شيء يمكن أن تنتظر إليه وتقول « أنها كانت تفر في » أو « إنه يذكرني » وما الهدية في ذاتها إلا رمزا لذلك التفكير فليس مهما تكلفتها المادية . بل المهم هو التفكير بالطفل .

لغة الحب الرابعة : أعمال الخدمة : يقصد بها أن يقوم الوالدين بأعمال من شأنها معاونة الطفل دون أن نفقده المبادرة والاستقلالية . ومن أعمال الخدمة . علي سبيل المثال : طهو وجبة طعام . إحضار ملابس . المساعدة في ترتيب ألعابه . ترتيب خزانة الملابس ، المساعدة في التعليم وكتابة الفروض . وهذه كلها أعمال تقتضي تفكيراً وتخطيطاً وجهداً وطاقة . وإذا تم القيام بها بروح إيجابية . كانت بالحقيقة تعبيرات عن المحبة .

لغة الحب الخامسة : التلامس الجسدي : إن التلامس الجسدي هو وسيلة فعالة للتعبير عن المحبة فالإمساك بالأيدي والتقبيل والعناق وغيرها . هي كلها طرق للتعبير عن الحب الوالدي . فالطفل عادة لا يقبل إلا ملامسة الوالدين فقط وهذا إحساس بالأمان . ويمكن لنفس اللمسات أن ترسل رسالة تفيد إما بالبغضة أو الحب (Garry Chapman & Ross Campbell , 2005) .

١٥- نظرية « Shininhi Suzuki »

أ- في التنشئة بالحب : وتطلق نظريته من الميادين الإيجابية التي تساهم في تنشئة طفل بحس مرهف وحب للنظام والاحتمال « ويقتني قلبا نقياً وجميلاً » وتنشأه القواعد الأساسية لطريقة « Suzuki » بتسلسل اكتساب الطفل للغة وتتلخص النقاط التالية :

ب- مسئولية الوالدين : فالوالدين هما من يقومان بدور المعلم الطبيعي .

ج- البداية المبكرة : إن السنوات المبكرة في عمر الطفل هي السنوات الحاسمة في نموه العقلي . وتدريب الحواس وقدرات التحكم العضلي الدقيقة . وتكون القدرات السمعية للطفل في قمة حساسيتها لاكتساب اللغة وأيضا لاكتساب الحس الموسيقي .

د- الإستماع : إن الأطفال يكتسبون اللغة من بيئة مليئة باللغة ويستطيع الوالدين أيضاً أن يجعلوا الحب جزءاً من البيئة المحيطة بالطفل . فهذا يهيئ الطفل لامتصاص العواطف . كما يمتص اللغة الأم من البيئة .

هـ- التكرار : وهو عامل مهم جداً لاكتساب أي مقدرة ، والحاجة إلى التكرار تختلف من طفل لآخر . فالمعلم والوالدين عليهم المتابعة بصبر حتى يأخذ الطفل حاجته من التعاطف والحنان .

و- الحث والتشجيع : إن مقابلة مجهودات الطفل بالثناء والتشجيع المفرح هو الذي يحث الطفل على الاستمرار في النمو وبناء قدراته . وموقف الوالدين مهم جداً في هذا الأمر . فالتشجيع الإيجابي من المحيطين بالطفل عند تعلم الكلمات الأولى يحفزه لمحاولة نطق كلمات أكثر . لا يجب أن نتوقع الكثير من الطفل لكننا ينبغي أن نمتدح كل تقدم مهما كانت الخطوة صغيرة حيث يقول (Suzuki) إذا كان الحب عميقاً . يمكننا أن نحقق الكثير .

ز- معدل التقدم الطبيعي: إن كل طفل ينمو ويتقدم حسب المعدل الخاص به والمناسب له . من الخطأ أن نربط معدل التعلم وعمر الطفل . وفي فلسفة «Suzuki» لا يجب مقارنة الطفل بأخر من أقرانه في نفس العمر فمعدل التقدم يحدده الطفل نفسه .

ح- التواجد المستمر مع أطفال آخرين : إن الأطفال يستمتعون بملاحظة ما يفعله الأطفال الآخرون في كل المراحل . ويفرحون بمشاركة أقرانهم في التحديات والإنجازات . وهذا ما يخلق بيئة من المتعة والفرح وروح الفريق وبشكل عام لا يؤيد « Suzuki » روح التنافس بين الأطفال بل يشجع على دعم مجهودات أقرانهم .

ط- التفاعل مع الآخرين : لاحظ « Suzuki » أهمية الاحتكاك بالآخرين لما لذلك من أهمية في بناء الثقة . كما أن ثناء الآخرين هو منح وتشجيع

ى- المنهج الموحد المتدرج : حرص « Suzuki » علي ابتداء خطوات إيجابية للتربية ورأي أن سبب الخطوات تحيط عالم الطفل بالمتعة الفكرية مما يمد الأطفال بحافز قوي . وهذا يتطلب وعياً وفكراً واضحاً لدي الوالدان . وليس من خلال تمارين تقنية جافة (shinihi Suzuki , 2000) .

١٦- نظرية Bowen :

إن دراسة علاقة المريض (المضطرب) بوالديه تمثل نقطة البداية عند «بوين»، فقد أكد أن المرض عند المريض ليس إلا عرضاً للأسرة كلها فالأسرة وحدة واحدة وكائن عضوي، والعضو المريض داخل الأسرة هو الفرد الذي من خلاله تعبر الأسرة عن اضطرابها. فالعمليات المرضية تشمل الثالث المكون من : الأم - الأب - الإبن المضطرب»، خاصة وإن كانت الأم قاصرة (Inadequate) وفقيرة التكيف بشكل صريح تعتمد إلى السيطرة على إبنها، وتفعل كل شيء لحمايته (علاء كفاي، ١٩٨٩، ٣٥:٤٤).

فالطفل عصبي المزاج يفصح عن أبوين ينتهجان سلوكاً عصبياً معه والطفل هادئ الطبع يفصح عن سماحه والديه. ووفقاً «لبولبي» فإن نوعية علاقة الطفل بوالديه في السنوات الأولى من الحياة تحدد سعادة هذا الطفل في المستقبل وصحته النفسية، حيث تبين أن الطفل الذي لا يشعر بالتواد والإرتباط بوالديه في هذا الوقت سوف يكون في أزمة نفسية خطيرة عندما ينمو. فتلقي الحب الوالدي في باكورة حياة الإنسان ربما يرتبط بنتائج الحياة الإيجابية Positive Life Outcomes (هيام شاهين، ٢٠١٠، ٨).

فتمة جهازاً وجدانياً ذات ملامح وقسمات معينة يتكون في شخصية الطفل، ولعنا نزعم أن السمات الجوهرية الأساسية لهذا الجهاز النفسي تكتمل خلال الخمس سنوات الأولى من عمره، وما يحدث بعد ذلك من تغيرات في ذلك الجهاز يكون بمثابة تنقيح لا يتعلق بجوهره. فالطفل صاحب الجهاز الوجداني الفاسد-وقد تأكد عطبه خلال الخمس سنوات الأولى من عمره-لا يصلح حاله الوجداني بعد ذلك مهما قابل من أسباب الحب والثام في أرته، وعليه فمسؤولية الوالدين في الواقع كبيرة إزاء ما يمكن أن يحدثاه من أثر بالغ وخطير في حياة الطفل العاطفية، ولعنا نشبه الحب

والكراهية بالصحة والمرض، فالطفل الذي ينشأ على صحة جيدة وقد تمتع ببنية متينة خلال سنوات طفولته الباكرة يمكن أن يتمتع بصحة جيدة وممتازة طوال حياته. ولعلنا فيما يلي نحدد خصائص شخصية الطفل- الذي ينشأ في حضن والدين يحبانه ويحبان بعضهما البعض وما ينجم عن هذا الحب من نتائج تتبدى في سلوكه، **ومن أهم هذه الخصائص مايلي:-**

١. الهدوء النفسي: فما لاشك فيه أن الطفل الذي يعيش في مناخ دافئ بما يشيع من حب بين والديه، يكون بالتالي متمتعاً بالهدوء النفسي، والشخص الهادئ نفسياً تجد ملامح وجهه تدل على تمتعه بذلك الهدوء.

٢. إتساق السلوك: والشخص الذي يترعرع في بيئة أسرية مفعمة بالحب يكون صاحب سلوك متسق بحيث يمكنك التنبؤ بتصرفاته، فهو لا يصدر سلوكاً مفاجئاً، أي لا يفضب بغير سبب واضح.

٣. إشاعة السعادة حول المرء: والطفل الذي ينشأ في جو نفسي سعيد، يكون بالتالي راغباً في إسعاد الآخرين، ذلك أن الحب الذي عاش في ظله وترعرع في أحضانه يجعله شاعراً بالبهجة الداخلية.

٤. الخلو من العقد النفسية: فالواقع أن العقد النفسية والانحرافات السلوكية التي تصاحب الإصابة بتلك العقد النفسية لا تصيب الشخص الذي تمتع بالحب في طفولته. فالحاجات الأساسية وعلى رأسها حاجة الطفل إلى أن يَحِبَّ وَيُحَبَّ تكون قد أشبعت ولم يستشعر الحرمان الوجداني، ونحن نعرف أن المصابين بالانحرافات النفسية هم أولئك الذين حرّموا من الحب الوارد إليهم والصادر عنهم خلال مراحل حياتهم الأولى بدءاً بالطفولة الأولى التي تبدأ منذ الميلاد وحتى الخامسة.

٥. الفكر البناء الإيجابي: فصاحب الطفولة السعيدة بحب الوالدين بعضهما لبعض يكون شخصية بناءة وإيجابية، أنه لا يعمل على هدم أحد، بل يسعى جاهداً لمساعدة جميع المحيطين به على بناء أنفسهم وتقوية دعائمها.

وعليه فحرمان الطفل من الحب الوالدي في مراحل النمو المبكر يؤدي إلى إنعدام قدرة الطفل على إقامة علاقة حب مع الآخرين ويرى «بون» أن العرض الأساسي لهذا الحرمان من الحب الأمومي هو التبدل العاطفي وإنعدام القدرة على التواصل مع الآخر وإنعدام القدرة على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وهذا ما أكدت عليه نتائج دراسة كل من: (Webster,Stratton,1989)، (Wright,2000)، (Tuma,Hersen,Eis-)، (Ounton,1996)، (Ier,2012).

١٧- النظرية البيولوجية الطبيعية:

منذ قرن تقريباً، قد العلماء مزيداً من الأدلة والبراهين على أن الشعور بالحب ظاهرة بيولوجية من صلب التكوين الجيني للإنسان، حتى إنه يؤدي دوراً أساسياً في بقاء الجنس البشري وقد أكتشف الباحثون هرمونات وجزئيات بيولوجية مختلفة على صلة مباشرة بظواهر الحب. ويمتد هذا التوجه بجذوره إلى الجسد، والنواحي العضوية والوراثية، خاصة النواحي الجنسية؛ ويتضمن هذا المنحى الحب العاطفي (والذي يعرف بأنه حالة من الإندماج الكامل بين محبين إثنين مع تقلب المزاج وتذبذبه ما بين اللذة والألم) وحب العشرة (والذي يعرف بأنه العاطفة التي يشعر بها إثنان من الأشخاص يعيشان في تضافر وتشابك عميق) وهكذا فإن الحب يبدأ في حرارة وتوهج العاطفة، ولكنه ينتهي ببرود إلى توهج العشرة والرفقة (هيام شاهين، ٢٠١٠، ١٩).

هذا ويؤكد البيولوجيين أن الحب غريزة بشرية كالجوع والعطش، ولهذا فقد قسم الحب إلى ثلاث مراحل (الشهوة والإنجذاب للجنس الآخر ثم الارتباط به)، فالشهوة تتحدد في الرغبة الجنسية تجاه شخص معين يعقبها الإنجذاب الجنسي له والرغبة في الارتباط به.

ومن أهم الأعراض والتغيرات الفسيولوجية للحب على الإنسان منها:

١. طاقة متدفقة إضافية في الجسم تنتج عم إحتراق الكربوهيدرات والسكريات المخزنة.

٢. إتساع في حدقتي العين.
 ٣. إزدياد نبض القلب إلى معدلات ملحوظة.
 ٤. إحمرار في الوجه والصدر وسواعد اليدين.
 ٥. زيادة في إفراز العرق، الغدد الدمعية.
 ٦. زيادة في إفرازات الغدد الزيتية للشعر فيلاحظ لمعانه.
 ٧. عزوف عن شراهة الطعام والرغبة في إتباع عادات غذائية صحية والمحافظة على الوزن الملائم.
 ٨. سهولة الإقتناع بالإبتعاد عن العادات السيئة مثل التدخين.
 ٩. نشاط غير إعتيادي في كهربائية الخلايا الجبهية بشكل خاص، والخلايا السطحية بشكل عام، مقابل سكون نسبي لباقي خلايا الدماغ.
 ١٠. إفرازات مفرطة لهرمون الإدرينالين وإنخفاض مستوى السيروتين.
- وعليه يعرف الحب طبقاً لهذه النظرية بأنه «الخبرة النفسية لحالة الإستثارة البيولوجية التي يمر بها الفرد نتيجة لقائه بشخص من الجنس الآخر يراه جذاباً (Tallies,F,2004, 104) .

هذا وتفسير النظرية البيولوجية للحب الوالدي الذي يتمثل في علاقة الغدد والهرمونات بالحب، وذلك من خلال إحدى التفسيرات البيولوجية لغريزة الوالدية، وكيف أن القلوب بين إصبعي الرحمن يقلبها كيفما شاء، ولماذا لم وص المولي عز وجل الأم والأب على أولادهما الضعفاء ولكنه سبحانه أوصي الأبناء على والديهم، لأنهم بالطبع لا يملكون تلك الغريزة عندما يكبر كل منها ويصبح الوالدان هم الضعفاء والأبناء هم الأقوياء، ولعنا نندهش لوجود تلك التغيرات الهرمونية، والمرتبطة بشعور الوالدين نحو طفلهم منذ الشهور الأولى لحدوث لعمر الطفل (عبد الهادي مصباح، ٢٠١٣، ١).

١٨- نظرية التواصل Communication Theories :

تؤكد هذه النظرية على أن كل سلوك يعتبر تواصل ولا يستطيع أي فرد ألا يتواصل مع الآخرين، وأن كل تواصل يتضمن أوامراً تحدد طبيعة العلاقة، ويسمى محتوى التواصل بالرسالة أو التقرير (Meyers, 1984, 84).

وقد يتضمن التواصل بين أفراد الأسرة خلافاً وظيفياً عندما يشوهون محتويات الرسالة أو أوامر الإتصال، وينشأ الصراع في علاقات التواصل عندما تظهر المجادلات غير البناءة. كما تركز نظريات التواصل على ضرورة تغيير القوانين الأسرية بمرور الوقت، لأن عدم قدرة الأسرة على التغلب على تغيير قوانينها قد ينعكس على نشأة ونمو المشكلات السلوكية أو الإنفعالية لدى أحد أفرادها، وهذه المشكلات قد تعوق بصورة غير مباشرة عملية التواصل . وفي بعض الأحيان تكون مشكلات الطفل مخرجاً للضغوط الأسرية أو تكون وسيلة للإبتعاد عن التوترات والصراعات بين الزوجين، فغالباً يلعب إضطراب الطفل دور كبش فداء حيث يبرر الوالدان صراعاتهما الزوجية بتركيز الملائمة والمشاعر السلبية على الطفل مما يزيد الإنحراف داخل النسق الأسري.

وكثيراً ما يتجاهل الوالدان التغييرات التي تحدث في سلوك الطفل، أو يضعون ضغوطاً كبيرة على الطفل، أو قد يتمتع الطفل بعلاقة قريبة بأحد الوالدين فيقوم بالتأثير مع هذا الوالد أثناء مجادلات الأسرية مما يثير الصراع حتى لو تحرك الوالدان نحو الإصلاح والتوفيق فيما بينهم (إميل إسحق، ٢٠٠٣، ٨٥: ٨٦).

فإن الفشل وخيبة الأمل التي واجهها الوالدان لهما أثراً كبيراً على اضطراب الطفل، حيث يتوقع كلاهما أن يجد عند الآخر ما يفقده هو. وسرعان ما يشعران بالإحباط. وهذا الشعور عند الوالدين هو المناخ الملائم الذي تنشأ فيه المهيئات المرضية. والطفل في هذه الأسرة ينشأ مثل غيره من الأطفال قاصراً ضعيف الحيلة يحتاج إلى مساعدة الآخرين. ولكنه يتحقق بعد ذلك أن هناك شيئاً مختلفاً بالنسبة لإعتماده على مساعدة والديه. ويعيش تحت تهديد مستمر بأن يفقد حب الوالدين إذا فكر وحاول أن يخرج عن الأساليب المحددة له (علاء كفاي، ٣٥: ٤٤).

لذلك يوصف التواصل بأنه فعال حينما يكون المعنى الذي يقصده المرسل هو الذي يصل بالفعل إلى المستقبل. والتواصل هو أساس كل تفاعل إجتماعي، فهو يمكننا من نقل معارفنا، ويسر التفاهم بين الأفراد (محمد عاطف، ١٩٩٥، ٧٢).

ومن أهم مفاهيم نظريات التواصل مفهوم ماوراء التواصل -Meta communication- ويقصد به عملية الرجوع خطوة عن التفاعل أو الحديث المباشر نحو التواصل. فإذا استمر النزاع بين أفراد الأسرة إلى ما بعد التواصل فإن تفاعلاتهم ستزداد تشوهاً، وتصبح الرسائل صراعية وغامضة مما يؤدي إلى مشكلات السلوك.

ومما سبق يتضح أن الطفل ليس ضحية الصراع الأسري بمفرده، وعلى النقيض لهذه النظرية يشيرون إلى أن أمراض الطفل النفسية ناتجة عن سلسلة سببية خطية تتحرك من الوالدين نحو الطفل، وعليه فهذه الإضطرابات تفترض تأثيرات متبادلة ومسببات دائرية في عملية نمو الصراع الأسري وظهور المشكلات الاسرية بصفة عامة ومشكلات الأطفال بصفة خاصة.

وعلى الرغم من أهمية وضوح واتساق التواصل إلا أن الأفراد يحتاجون إلى إكتساب مهارات حل المشكلة وقد أعطى كل من (Watzlawick&Fisch, Weakland, 1974).

تفاصيل لطرق عديدة توضح سوء التعامل مع المشكلات: فعلى سبيل المثال قد لا يؤخذ الفعل أو السلوك عندما يكون ضرورياً وذلك بسبب إنكار الأسرة لوجود مشكلة، وقد يؤخذ السلوك عندما لا يجب ذلك، وهذا إما بسبب فشل الأفراد في أن يقتنعوا بأن التغيير أمر ممكن أو بسبب توقعاتهم غير الواقعية. وأحياناً يؤخذ السلوك بمستوى خاطئ حيث يركز أفراد الأسرة على محتوى التضارب في آرائهم أكثر من علاقاتهم وطريقة تحديد هذه العلاقات (Meyers, 1984, 71:72).

استمدت نظريات التواصل العديد من الأساليب العلاجية وتتمثل فيما يلي:-

١. فتح قنوات جديدة أو غلق قنوات تواصل موجودة ولكنها غير فعالة.
٢. تدعيم قنوات تواصل وتوضيح الرموز والمفاهيم بين الأفراد داخل الأسرة.

٣. تدعيم عمليات التغذية الراجعة ضماناً لعدم إعاقة دائرة التواصل.

٤. تهيئة المناخ المناسب وإزالة وتخفيف معوقات التواصل (إميل إسحق، ٢٠٠٣، ٨٦).

ويمكن توضيح مدى الإستفادة من نظريات التواصل في تنمية مهارات الحب الوالدي على النحو التالي:

(أ)- التعرف على الطفل، إحتياجاته، وطبيعة مشكلاته (اضطراباته).

(ب)- تحديد المهارات التي تحتاجها الأم لتتعامل بكفاءة مع طفلها (مهارات الحب الوالدي) وصياغاتها في صورة رسائل قصيرة.

(ج)- يتم إرسال الرسائل إلى الأمهات (تبصير الأمهات بطبيعة اضطراب الإيكولاليا، وأهم مهارات التعامل مع الطفل) من خلال البرنامج الإرشادي.

(د)- تستقبل الأمهات الرسائل وفي ضوءها يتم التفاعل مع الطفل بإيجابية.

(هـ)- ينعكس ذلك على الأطفال، الأمر الذي يؤكد نجاح البرنامج الإرشادي.

١٩)- نظريات التحليل النفسي لتفسير الحب «فرويد»:

وضع لنا «فرويد» ثلاث نظريات لتفسير الحب هي، «الحب والهوية الجنسية- الحب والندرجسية-العلاقة بين الحب وضياع الإنسان» انصب محور اهتمام النظريات الثلاث في بوتقة العلاقة والرغبة الجنسية المكبوتة وما ينتج عن إظهار المحبة من صراعات (Bergmann,et.al,1998, 107).

حيث وصف لنا فرويد من خلال نظرية الحب في التحليل النفسي للأم والأب بوجودها المتقبل الراضي لوليدهما، وأنها مانحة شرعية الوجود وشرعيته، وأن قبولهما لطفليهما شرط لقبوله بعد ذلك لنفسه وحبهما له شرط لقدرته بعد ذلك على أن يحب نفسه ويحبه الآخرين ويرى نفسه «أهلاً للحب ومستحقاً له».

وعليه فإن إهتمام الأم بالسنوات الأولى من عمر طفلها يؤدي إلي مراحل نمو سوية في بلوغه ورشده والعكس صحيح فإضطراب العلاقة بين الأم وطفلها (علاقة

الأنا-الأخر) بالسنوات الأولى من عمره يؤدي إلى اضطرابات وإختلالات في سلوك الطفل حيال الآخرين وحيال نفسه، وتعد مرآة صادقة لإختلالات مماثلة في بنائه النفسي؛ وهو ما عبر عنه «زيور» بقوله «إن الموضوع الأساسي لعلم النفس هو هذا الحوار الديالكتيكي بين الانا والأنا الآخر بين (أنا-أنت) حوار درامي إجتراري لا تفتادى به الذات الإلتقاء الديالكتيكي بذات الآخر»، ومن ثم فإن المحللين النفسائين يرون أن أي دراسة في علم النفس لا تتخذ هدفها هذه العلاقة؛ إنما تقع خارج المرمى (كرمن حسن، ٢٠٠١، ١٠).

▪ مبادئ لتنمية وتفسير الحب نستعرضها على النحو التالي:-

(١)- لغة الحب الأولى وتتمثل في كلمات التعزيز الإيجابية: فالإطراءات المنطوقة، وكلمات التقدير والثناء، تعتبر وصلات قوية للمحبة، فالإمكانات الكامنة داخل الطفل، قد تكون في إنتظار كلمات التشجيع من الوالدين. حيث يرى (Chapman Glar-ry,2005) إن التعبير عن حبنا للطفل أمراً وجوبياً، ينبغي توظيفه في علاقتنا بالطفل على أن تكون الكلمات منسجمة مع نغمة الصوت، فأحياناً تقول كلماتنا شيئاً ونغمة الصوت تقول شيئاً آخر، وبذلك نرسل رسائل مزدوجة فيفسر الطفل رسائلنا عادة على أساس نبرة أصواتنا، لا على أساس الكلمات التي يسمعها.

(٢)- لغة الحب الثانية وتتمثل في تكريس وقت خاص: يحتاج الطفل من الوالدين أن يكرسا له وقتاً كافياً يتم من خلاله تنظيم حوار مشترك، يعبر عن تمتع الوالدين بصحبة الطفل، وعن رغبتها في القيام بالتشئة المتكاملة، فالتعبير عن المحبة الفعال لا تعني أن يجلس الوالدان على أريكة ويشاهد التلفزيون معاً والطفل موجود فقط بل أن تكريس وقت خاص يعني أن يتولى المرء إنتباهاً غير منقسم.

(٣)- لغة الحب الثالثة وتتمثل في تلقي الهدايا: إن الهدية تعبر عن المحبة. وهي شيء يمكن أن نتظر إليه وتقول: «إنها كانت تفكر في» أو «إنه يذكرني» وما الهدية في ذاتها إلا رمزاً لذلك التفكير. فليس مهماً تكلفتها المادية، بل المهم هو التفكير في الطفل.

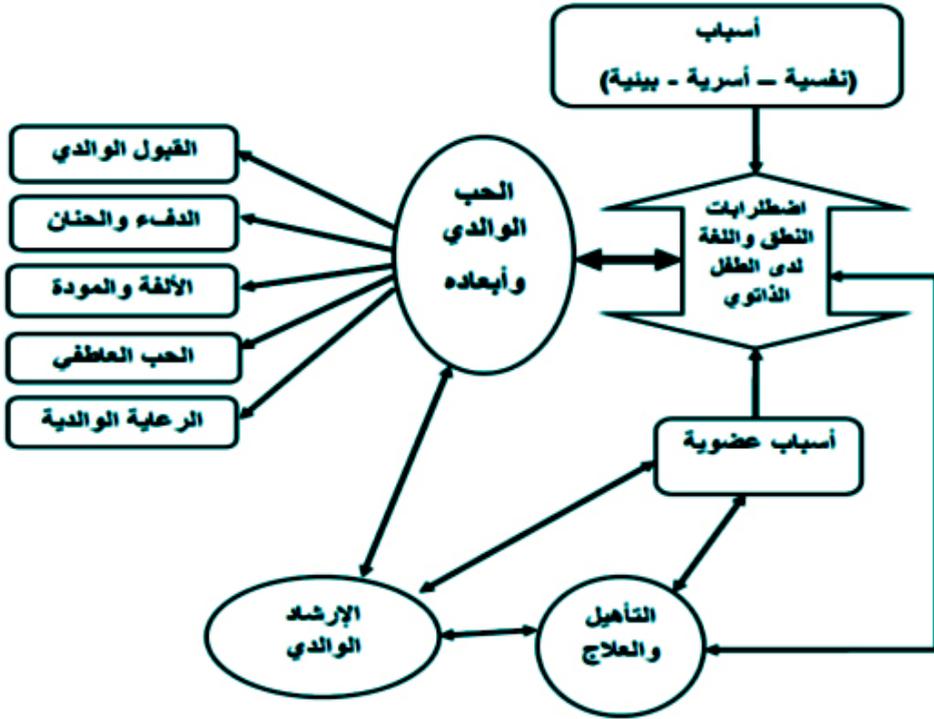
٤)- لغة الحب الرابعة أعمال الخدمة: يقصد بها أن يقوم الوالدين بأعمال من شأنها معاونة الطفل دون أن تفقده المبادرة والإستقلالية، ومن أعمال الخدمة، على سبيل المثال: طهو وجبة طعام، إحضار ملابس، المساعدة في ترتيب ألعابه، ترتيب خزانة الملابس، المساعدة في التعليم وكتابة الفروض، وهذه كلها أعمال تقتضي تفكيراً وتخطيطاً وجهداً وطاقة، وإذا تم القيام بها بروح إيجابية، كانت بالحقيقة تعبيرات عن المحبة.

٥)- لغة الحب الخامسة التلامس الجسدي: إن التلامس الجسدي هو وسيلة فعالة للتعبير عن المحبة فالأمساك بالأيدي والتقبيل والعناق وغيرها، هي كلها طرق للتعبير عن الحب الوالدي، فالطفل عادة لا يقبل إلا ملامسة الوالدين فقط وهذا إحساس بالأمان، ويمكن لنفس اللمسات أن ترسل رسالة تفيد إما البغضة أو الحب (Glarry & Ross, 2005, 32).

وعليه إن تبادل كلمات التقدير والثناء والإثابة الدائمة للطفل خاصة خلال سنوات عمره الأولى، يزيد من ثقة الطفل في نفسه ويقوي علاقته بوالديه؛ بل وأفراد الأسرة جميعاً. الأمر الذي أكدته نتائج دراسة كل من: (Nadine, 2000) ، (Elizabeth, 2003)، (Johanston, 2001).

إن عرض النماذج النظرية السابقة يحفزنا علي اقتراح نموذج نظري جديد يتم اختباره تجريبياً وفق أهداف هذه الدراسة . ويمكن توضيح هذا النموذج وفق ارتباطه مع اضطرابات النطق واللغة وتأهيلها وفق الشكل التالي :

شكل (٧) يوضح العلاقة بين أبعاد الحب الوالدي واضطرابات النطق واللغة .



(إبراهيم عبد الجليل، ٢٠١٦، ٥٢)

ويظهر النموذج السابق التفاعل بين مكونات الحب الوالدي والأسباب غير العضوية لإضطرابات النطق واللغة لدى الطفل الذاتوي، كما يوضح التكامل بين الجهود العلاجية التدريبية للأطفال . وعملية الإرشاد النفسي للوالدين في اتجاه التغلب علي الأسباب النفسية، الأسرية البيئية لهذه الإضطرابات .

▪ مفهوم المهارات الوالدية Parental skills

عرفت جودي بيرينسون وآخرون Bareson et al مهارات الوالدية على أنها المهارات التي تهدف إلى تزويد الوالدين بأساليب تهذيب السلوك الفعالة والروابط مع الطفل كأساس العلاقات القوية بين الأب والطفل والنمو الصحي السوي للطفل (Bareson & et.al., 2000,3).

▪ النظريات التي تناولت مفهوم الحب والحاجة إليه:

١- نظرية هرمية الحاجات (ماسلو، ١٩٥٤):

بدأ «ماسلو» بمقدمات منطقية من أن الكائن البشري جيد بطبيعته وأن سلوكه ينبع من دافع واحد وهو السعي نحو تحقيق الذات Self- actualization والمساهمة الخاصة التي قدمها ماسلو لعلم النفس الإنساني هو مفهومه الخاص بهرم الحاجات الذي بناه نظرياً من أن أساس الإنسان يجب أن يبدأ أولاً بإشباع حاجاته التي تقع في قاعدة الهرم، صعوداً إلى قمته حيث الحاجة إلى تحقيق الذات (صالح أبو جادو والطارق، ١٩٩٨، ٢١٥).

ولقد افترض «ماسلو» سبع مستويات للحاجات، كل واحدة منه يجب أن تشبع بدرجة ما قبل الانتقال إلى الأخرى التي هي فوقها. على النحو الآتي: الحاجات الفسيولوجية حاجات الأمن، حاجات الحب والانتماء، حاجات الإحترام، حاجات تحقيق الذات، الحاجة إلى الفهم والمعرفة، الحاجات الجمالية.

ويؤكد «ماسلو» أن لمنح الحب للطفل أهميته بوصف ذلك شرطاً جوهرياً من شروط الشخصية السليمة، وأنه من دون إشباع الحاجات الأساسية للطفل ومن دون الحب والأمن والشعور بالاحترام فإنه سيواجه صعوبة في نموه وتحقيق ذاته (صالح، ١٩٨٨، ١٣٦). وهذا ما أكده فرويد في علاقة الحب بالنضج والشخصية السليمة إذ يعده العلامة الأساسية لهما (جورارد والندزمن، ١٩٨٨، ٣٢٩).

وفي حالة عدم إشباع هذه الحاجة واكتمال النضج العاطفي تحدث اضطرابات في العلاقات الاجتماعية والصراع النفسي واضطرابات في العلاقات الحميمة (انتصار يونس، ١٩٧٢، ١٦١).

فالفرد ذا الشخصية المرضية، عصابية، ذهانية، مضطربة لا يمكن أن يحب الآخرين حباً حقيقياً (قاسم صالح، ١٩٨٨، ٢٤٤).

وهذا ما أشار إليه فرويد في علاقة الصحة النفسية بسعة الحب (Dietch, 1978, 628) وبالرجوع إلى نظرية الدوافع الكلاسيكية نجد أن الحب حاجة لدافع، والحب عامل لتحقيق زيادة هذا الدافع وأنه ليس فقط حاجة أساسية ومهمة ولكنه من العمليات التي تقود إلى تحقيق وذات الفرد، ويرى ماسلو لكي يتقدم الأطفال بإشباع حاجاتهم تبعاً (Fredric, 1975, 366).

ويجب منحهم الدفاء والقبول في بيئة تساعد على إشباع حاجاتهم بمرونة ويسر. كي ينتقلوا من مستوى إلى مستوى آخر في هرم الحاجات إلى أن يصلوا إلى مرحلة الرشد، عندها يكونون قد بلغوا النقطة التي سينتقلون منها إلى تحقيق ذواتهم. أما إذا كانت بيئة الأطفال مفتقرة إلى الحب، وغير مستقرة وذات مطالب مفروضة عليهم فسيظلون حين يبلغون مرحلة الرشد منشغلين بتحقيق الحاجات الدنيا وغير قادرين على تكريس أنفسهم لتحقيق الحاجات العليا وبالذات الحاجة إلى تحقيق الذات. فالفرد المضطرب نفسياً من وجهة نظر ماسلو هو ذلك الذي حرم أو حرم نفسه من الوصول إلى إشباع حاجاته الأساسية أو إرضائها فيشعر بالتهديد وانعدام الأمن والاحترام القليل للذات. كما أنه سيشعر بالحاجة إلى العلاقات العاطفية مع الأفراد على نحو عام وخاصة بين مجموعته وعائلته لذلك سيعمل بقوة أكبر لغرض الاتصال والانتماء، فالبيئة التي تكون مصدر والحاجة في التغلب على مشاعر الوحدة (Fredric, 1975, 367).

تهديد للفرد ولا تسمح له بإشباع حاجاته الأساسية سوف تعيق نموه، فيدرك العالم على أنه عدائي وخطير ومهدد ولذلك تظهر عنده بوادر السلوك المضطرب وسوء التوافق ومن ثم اضطراب في صحته النفسية، أما البيئة التي لا تكون مصدر تهديد للفرد وتسمح له بإشباع حاجاته الأساسية فأنها تكون مصدر إسناد للفرد وتدفعه نحو النمو باتجاه إشباع الحاجات العليا (حاجات النمو) (Ryckman, 1978, 320).

٢- نظرية التعلق لعالم باولباي (١٩٨٠) :

تعد هذه النظرية من النظريات التي تفسر حركية الحب فنظرة التعلق في الحب نظرة نشوئية وتطورية، فالعلاقة العاطفية بين الأم وطفلها علاقة حتمية عند

الكائنات البشرية والثدييات. فعندما يحتاج الطفل إلى والدته وهي غير موجودة (مثل حالة الانفصال) يصبح الطفل متهيجا، قلقا، مشوشا ويحتج ويسعى من أجل استرداد والدته فإذا فشل في استردادها يصبح حزينا ومكتئبا ومن ثم يدخل في حالة الإهمال والتجاهل وتجنب الأم إذا عادت فالتعلق كما يشير إليه باولباي، نظام سلوكي يحتوي على مجموعة من السلوكيات مثل (البكاء، والابتسامة، والتحرك، والنظر،..... الخ). هذه السلوكيات تعمل معا لتحقيق القرب من واهب الرعاية (الأم)، والهدف البيولوجي لمثل هذا السلوك الفطري هو بقاء الطفل قريبا من والدته والحصول على حمايتها في السنين الأولى التي يكون فيها بحاجة إلى حبا وحنانها ورعايتها. فتعلق الطفل بوالدته يكون تعلقا عميقا وبالغ الأثر وبذلك يستطيع أن يطور (النماذج الفعالة الداخلية للتعلق) مثل: التمثيل الفكري للذات والطريقة التي يرتبط بها الآخرون بالذات، والتي ستقود إلى تشكيل سلوك الفرد فيما بعد في علاقاته مع الآخرين خلال حياته (Bowlby, 1980, 12).

النظريات المفصرة لديناميكية الحب:

(١)- التحليل النفسي للحب - فرويد (١٩٠٥):

ينظر فرويد إلى الحب من منظور الرغبة الجنسية، فالحب والجنس لهما جذور متأصلة منذ الطفولة، وأن الأم هي الحب الأول للشخص. ويرى فرويد أن الحب الناضج والجنس هما امتداد للأشكال الطفولية إلى جانب هذا يعد فرويد الحب بمثابة تيارين موجودين هما الحب / الحنان والحساسية: ينشأ التيار الأول في وعي الطفل بالرعاية، والاهتمام والتغذية مما يتلقاه من والديه.

أما التيار الثاني فله علاقة بالنشاط الجنسي أو ما يسميه فرويد اللبيدو وهو الشهوة الجنسية ويرى فرويد أن الحب السعيد هو اندماج لهذين التيارين وأن انفصال هذين التيارين أو كبت أحدهما ينتج عنه العصاب، ويشير فرويد أيضا إلى أن الغرائز الجنسية تمتلك هدف البحث عن الرضا أو الاشباع ويرى أن كبت هذا الهدف يمكن أن يدفع الرغبة الجنسية إلى التحول إلى حب علاقات طويلة الأمد مثل علاقة الزواج.

(٢)-نظرية ثلاثية الحب - ستير نبييرغ (١٩٨٦):

مكونات الحب:

١. العلاقة الحميمة: تشير إلى الدوافع التي تقود إلى الرومانسية والانجذاب الجسدي والجماع الجنسي والظاهرة المتعلقة بعلاقات الحب.
٢. المودة: تشير إلى مشاعر القرب والارتباط في علاقة الحب.
٣. القرار أو الإلتزام: يشير القرار أو الإلتزام إلى قرار الفرد بحب فرد آخر ولمدة قصيرة أو لمدة طويلة يلتزم خلالها بالمحافظة على الحب (Sternberg, 1986, 119).

والأهمية النسبية لهذه المكونات الثلاثة تختلف في حالة العلاقات القصيرة الأجل عن العلاقات الطويلة الأجل، إذ يكون عنصر العلاقة الحميمة دائما مهما جدا في العلاقات قصيرة الأجل في حين عنصر القرار أو الإلتزام يكون فيها أقل أهمية، لكن في العلاقات طويلة الأجل يعد عنصر المودة عنصر مهما جدا لكن عنصر العلاقة الحميمة يكون أقل أهمية وتوصل ستيرنبييرغ (Sternberg, 1986,312) إلى وجود أنواع عديدة من الحب تتكون من العلاقات المختلفة لهذه العناصر الثلاثة: العلاقة الحميمة، والمودة والقرار والإلتزام، ومن هذه المكونات الثلاثة للحب تتفرع سبعة أنواع من الحب هي:

١. الإعجاب أو الصداقة: هذا النوع يتضمن المودة لكنه لا يشمل القرار أو الإلتزام والعلاقة الحميمة.
٢. الحب(الرومانسي): يتضمن المودة والعلاقة الحميمة ولكنه لا يحتوي على القرار أو الإلتزام.
٣. الحب الرفاقي: يتضمن المودة والقرار أو الإلتزام لكنه لا يتضمن العلاقة الحميمة.

٤. الحب الفارغ أو الأجوف: يتضمن القرار أو الالتزام ولكنه لا يتضمن العلاقة الحميمة والمودة.
٥. الحب الأحمق (العابر): ويتضمن العلاقة الحميمة ولكنه لا يتضمن المودة والقرار أو الالتزام.
٦. الحب المتيم: ويتضمن المودة ولكنه لا يتضمن العلاقة الحميمة والقرار أو الالتزام.
٧. ٧-الحب الذي ينتهي بالزواج: وهو أقوى أنواع الحب لأنه يشمل كل المكونات الثلاثة: المودة والعلاقة الحميمة والقرار أو الالتزام.

٣- نظرية طبيعة الحب: جسدية، وعاطفية، وروحانية:

يرى البعض أن الحب حالة جسدية، أي أنه لا يعني شيئاً سوى استجابة جسدية تجاه شخص آخر يشعر بالإنجذاب الجسدي نحوه، لذلك نجد الحب يشمل مجال واسع النطاق من السلوك بما فيه الاهتمام، والإصغاء، والرعاية، والمعاملة التفضيلية للآخرين... الخ. ومن الجانب الفيزيائي والوراثي فأن العلماء يلغون فكرة الحب بمعنى أنه يتأثر بالحافز الجسدي، فهم يرون الجنسية الغريزة الجنسية الفطرية وهي التي تشترك فيها جميع الكائنات الحية المعقدة، فالأجناس البشرية تتوجه فيها بوعي أو من دون وعي باتجاه الاشباع الجنسي.



الفصل التاسع

العلاقة بين

مهارات الحب الوالدي وعلاج طفل التوحد

- مقدمة:
- فسيولوجية الحب:
- أنواع الحب:
- المهارات الوالدية:
- الآثار النفسية لسلوك الحب:
- بعض الصفات التي يتصف بها الحب:
- الأضرار والأزمات التي تصيب الوالدين نتيجة طفل التوحد:
- السمات المشتركة لوالدي الأطفال الذاتويين:
- أهم مهارات الحب الوالدي:
- أبعاد المهارات الوالدية هي:
- أهم أساليب الحب الوالدي لتربية الأبناء:
- تأثير مهارات الحب الوالدي على الحالة السلوكية والنفسية لطفل التوحد:



■ مقدمة:

قال تعالى: بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ [إِنَّ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ سَيَجْعَلُ لَهُمُ الرَّحْمَنُ وُدًّا]. سورة مريم: الآية (٩٦)

ويقول الشاعر:

الوُدُّ لَا يَخْفَى وَإِنْ أَحْفَيْتَهُ ●●● وَالْبُغْضُ تُبْدِيهِ لَكَ الْعَيْنَانِ

(زهير بن أبي سلمى)

وقيل:

كُنْ بَلَسْمًا إِنْ صَارَ دَهْرُكَ أَرْقَمًا ●●● وَحَلَاوَةً إِنْ صَارَ غَيْرُكَ عَلَقَمًا
 إِنْ الْحَيَاةَ حَبَبْتُكَ كُلُّ كُنُوزِهَا ●●● لَا تَبَخَّلَنَّ عَلَى الْحَيَاةِ بِيَعْضِ مَا
 أَحْسَنَ وَإِنْ لَمْ تُجْزَ حَتَّى بِالثَّنَا ●●● أَيُّ الْجَزَاءِ الْغَيْثُ يُبْغِي إِنْ هَمِي؟
 مَنْ ذَا يَكْفِي زَهْرَةَ فَوَاحِيَّةً؟ ●●● أَوْ مَنْ يَثِيبُ الْبَلْبَلِ الْمَتْرِنَمًا؟
 عُدَّ الْكِرَامَ الْمُحْسِنِينَ وَقَسَّهُمْ ●●● بِهِمَا تَجِدُ هَذِينَ مِنْهُمْ أَكْرَمًا
 يَأْصَاحُ خُذْ عِلْمَ الْمَحَبَّةِ عَنْهُمَا ●●● إِنِّي وَجَدْتُ الْحُبَّ عِلْمًا قِيمًا
 لَوْ لَمْ تَفْضَحْ هَذَا وَهَذَا مَا شَدَا ●●● عَاشَتْ مَذْمَمَةٌ وَعَاشَ مَذْمَمًا
 أَيَقِظُ شُعُورَكَ بِالْمَحَبَّةِ إِنْ غَفَا ●●● لَوْلَا الشُّعُورُ النَّاسُ كَانُوا كَالدَّمَى

(إيليا أبو ماضي)

ونظرا للتركيز على دور الوالدين وأهميته في تنمية قدرات هؤلاء الأطفال وتأهيلهم فقد ظهرت الحاجة إلى إرشاد الوالدين وتدريبهم للقيام بهذا الدور، حيث غالبا تكون المعلومات المتوفرة لديهما عن طبيعة الاضطراب وأبعاده قاصره وغير مترابطة فتصعب الاستفادة منها. كما أنهما قد يجهلان في بعض الأحيان كما يرى الشناوى والتويجري (١٩٩٥).

ونظرا لأن الوالدين هما الأقرب إلى الطفل والأكثر تعاملًا معه واحتكاكا به وهما المسؤولان بدرجة كبيرة عن تلبية احتياجاته اليومية فهما في حاجة ماسة إلى التدريب على التعامل السليم مع طفلهما وتشجيعه على اكتساب السلوك الاجتماعي

المرغوب والتخلص من مظاهر السلوك غير المرغوب والدفع بالطفل إلى الاندماج مع الآخرين حيث يؤدي تدريب الوالدين على أساليب التعامل المناسبة مع طفلهما إلى الارتقاء بمستواه الأدائي السلوكي الفردي والجماعي.

ويتمثل أهم ما يحتاجه الوالدين في هذا الإطار في الوقوف على أساليب التعامل التي تناسب طفلهما وتعيّنه على اكتساب العديد من الأنماط السلوكية الملائمة ومن هنا كانت هناك خطوات أو إجراءات يجب أن يسيرا وفقا لها فيصبح الحصول على المعلومات في هذه الحالة أمراً هاماً بالنسبة لهما حتى يتمكن من القيام بدور فعال في هذا الصدد ويزداد تقبلهما لطفلهما.

▪ **فسيولوجية الحب:**

تحدث مجموعة من التغيرات الكيميائية والفسيولوجية لدى الإنسان إذا كان في حالة حب منها:

١. عزوف عن شراهة الطعام والرغبة في اتباع عادات غذائية صحية والمحافظة على الوزن الملائم.
٢. ملاحظة نشاط غير اعتيادي في كهربائية الخلايا الجبهية.
٣. إفرازات متزايدة في هرموني الإدرينالين وانخفاض مستوى السيروتينين (Tallis,F,2004, 81).
٤. طاقة متزايدة في الجسم تنتج عن حرق الكربوهيدرات والسكريات المخزنة.
٥. اتساع في العيون (Paul Dobransk,2007, 9).
٦. احمرار في الوجه واليدين.
٧. ارتفاع نبضات القلب بشكل ملحوظ.
٨. زيادة في العرق، إفراز الغدد الدمعية (8, Frankalus,2005).

▪ أنواع الحب:

توجد عدة أنواع وأشكال مختلفة للحب، وقد ظهرت هذه الأنواع في إطار التصورات المتباينة من جانب الباحثين للأنواع المفترضة للحب، فقد صنف الباحثون أصحاب منحنى نمط الحب إلى عدة أنواع، وقد أوضح كل من: (Feeney, 2002)، (Fehr&Rusell,1991)، أن هذه الأنواع جاء في مقدمتها: الحب الأمومي، والحب الأبوي، حب الصداقة، والحب الرومانسي، والحب الجنسي وغيرها (Regan,2003, 170).

كما افترض «بيرسون وسيلجمان Peterson&Seligman ثلاثة أشكال للحب حب الأبناء للآباء، وذلك للحصول على المشاعر، والحماية، والإهتمام والثاني: حب الآباء للأبناء وفيه يشعر الآباء بالسعادة عندما يكون أبنائهم سعداء، مما يجعلهم يضعون احتياجات هؤلاء الأبناء في مقدمة احتياجاتهم، والثالث: الحب الرومانسي، وهو الإرتباط الوجداني بشخص له خصوصية بالنسبة لنا، كما يعتبرنا هذا الشخص ذوي خصوصية بالنسبة له. (Peterson&Seligman,2004, 304)

وفي هذا السياق افترض (Lee, 1983) عدة أنواع للحب تزودنا معاً بتفسير لمعظم الأساليب التي يتفاعل بها الأشخاص بعضهم مع بعض في إطار علاقات الحب، ومن هذه الأنواع: الحب الوسواسي، والحب الإيثاري، والحب العملي.

كذلك طرح كل من (Hatfield, 2006)، (Brehm et al.,2002, 234)

نوعين للحب:-

الأول: الحب الرومانسي؛ ويشار إليه بأنه «حالة من الإرتباط الوجداني الشديدة تمتد لتتصل بشخص آخر»، وحب العشرة، ويشار إليه بأنه «الحب الذي نشعر به نحو الأشخاص الذين ترتبط حياتنا معهم بشكل عميق (Hatfield et al.,2008, 35:64).

ومن ناحية أخرى أقر (Hazan&Shaver,1987, 511:529) بوجود ثلاثة أنواع للتعلق الوجداني يمكن أن تفسر أنماط السلوك المختلفة التي يظهرها الأشخاص في علاقات الحب، وهذه الأنواع هي: التعلق الوجداني القلق، والتعلق الوجداني التجنبي،

والتعلق الوجداني الآمن، ويفسر النوع الأخير الطرق التي يرتبط به الأشخاص بعضهم مع بعض في علاقة يسودها الأمان، والثقة، والإعتماد المتبادل.

وأخيراً أشار (Sternberg, 1986, 119) وفقاً لمكوناته الثلاثية المفترضة للحب وهي الحميمية، والإنجذاب العاطفي، والحرص على استمرار العلاقة-إلى أن هذه المكونات تتفاعل بعضها مع بعض لتشكل ثمانية أنواع من الحب هي: لا حي، والإعجاب، والإفتتان، والحب الأجوف، والحب الرومانسي، وحب العشرة، والحب غير الناضج، والحب المكتمل.

▪ **المهارات الوالدية Parental Skills:**

يعرفها كل من جيرالد ماهوني وآن كايزر Mahoney & Kaiser بأنها اكتساب الوالدين للمعلومات التي تسمح لهم بالتدخل والتعامل مع أبنائهما، وتتضمن تعليمهما استراتيجيات بعينها لمساعدة أبنائهم على تحقيق المهارات النمائية، كما تساعدهم على إدارة سلوك أبنائهم في المواقف والأعمال الحياتية اليومية وتعزيز مهارات الوالدين لجذب أبنائهما والتفاعل الإيجابي معهم (Mahoney & Kaiser, 1999, 131) وتتضمن مهارات الوالدية تدريب الوالدين ليصبحوا معلمين لأبنائهم ومشاركين بصورة أفضل في تربيتهم وتعليمهم، هذا بالإضافة إلى تعليمهم التفاعل الإيجابي في الأنشطة والممارسات اليومية التي تتضمن الأبناء والوالدين معا.

▪ **أساليب التقبل والمساواة والاتساق.**

أ- أسلوب التقبل:

ويقصد به تقبل الوالدان للطفل متعدد الإعاقة والرضا عنه ومعاملته كما يعامل الأطفال العاديين (الطبيعيين) في الأسرة دون إحساس بالرفض أو النكران له ودون تبرم أو ضيق بالمسئوليات نحوه والنتائج المباشرة وغير المباشرة المترتبة على ذلك والاتلفتات إلى محاسنه وتفهم مشكلاته والاستمتاع بالحديث والعمل معه والتفكير في عمل ما يسره من أشياء وإعطائه نصيبا كبيرا من الرعاية والاهتمام.

ب- أسلوب المساواة:

ويقصد به عدم التفرقة بين الأبناء في المعاملة أو تفضيل الطفل السوي أو إعطائه مزايا عن الطفل متعدد الإعاقة وعدم الانحياز لأحد الأبناء على حساب الطفل متعدد الإعاقة وتلبية رغباته مثل إخوته والمساواة بينه وبينهم في الثواب والعقاب وتجنب إشعاره بأن قدراته وإمكانياته أقل منهم.

ج- أسلوب الإتساق:

ويقصد به ثبات أساليب المعاملة التي يستخدمها الوالدان مع الطفل متعدد الإعاقة في المواقف نفسها وعدم تناقض أسلوبهما عند مقارنة أسلوب كل منهما بالآخر أو داخل أسلوب الوالد الواحد تجاه نفس السلوك الصادر من الطفل، وبمعنى آخر توافق أو التقاء أسلوب الأب مع أسلوب الأم من ناحية ومن ناحية أخرى ثبات أسلوب كل منهما وتجنب التذبذب في تربية الطفل متعدد الإعاقة (Batler, 2000,413).

▪ الآثار النفسية لسلوك الحب:

أظهرت الدراسات أن سلوك الفرد في الحياة يتأثر تبعاً لطبيعة العلاقة التي تربطه بالآخرين من محبة أو كره، ولذلك كان للمحبة آثار نفسية وتربوية كبيرة على الفرد نفسه (سواء كان طفل أو طالب أو شاب) والأسرة والمجتمع يمكن تصنيفها على النحو الآتي:-

أولاً: الآثار على الفرد نفسه (حفل أو طالب أو شاب):

١. ترسخ قواعد ومبادئ الذكاء الوجداني في تعامله مع المحيطين.
٢. يلتزم الفرد في إطار عقيدة الوالدين الروحية والدينية والتي غالباً تنظم علاقة أفراد الأسرة بعضهم البعض. (عثمان الخرفان، ٢٠٠٣، ٧٤).
٣. غرس معاني الصدق والتفاني في قلب الفرد وإظهارها في سلوكه وتعامله مع الآخرين.

- ٤ . استثارة وجدان الطفل في تقوية الروابط الإجتماعية مع الآخرين (سعيد علي، ١٩٩٩، ١٤).
- ٥ . التركيز المرتفع وحدة النباهة العقلية اللازمة للإبتكار والإبداع.
- ٦ . إنسانية الأفكار وطلاقة الكلام والعقوبة التلقائية (Randal,D,2010, 43).
- ٧ . المناعة النفسية والقدرة العالية على تجنب الضغوط وتبرير الأحداث بعيداً عن الإحباط.
- ٨ . المناعة الفسيولوجية والمقاومة البيولوجية العالية للأمراض.
- ٩ . الإقتداء بالنموذج الوالدي في حل مشكلاته.
- ١٠ . إزالة العواطف الضارة التي لا تليق بطبيعة الإنسان السوي الصحيح (Gary unruh,2010,81).

ثانياً:- الآثار على الأسرة :

- ١ . تقوية الروابط والعلاقة الإجتماعية بين جميع عناصر الأسرة وترسيخها بما يضمن للأسرة علاقات وروابط إجتماعية مستمرة.
- ٢ . بناء العلاقات الإجتماعية والروابط الإسرية على أسس على أسس صحيحة قوية خالية من الإضطراب والتمزق والخلاف (عثمان الخرفان، ٢٠٠٣، ٧٤).
- ٣ . تخفيف الإحتقان النفسي والخلافات الأسرية.
- ٤ . تعديل السلوك الجماعي لأفراد السرة وتوجيهه تلقائياً نحو الإيجابية والعطاء والإيثار.
- ٥ . تحقيق الإلتزام بالمسئوليات المناطة بكل أفراد الحياة الأسرية (Cardine Bowen,2010, 9).
- ٦ . تدعيم قواعد وروابط الإستقرار العاطفي لدي جميع أفراد الأسرة وحمائتها من التفكك والإنفصام العاطفي، فالإخفاق العاطفي ينشئ تفككاً كبيراً بين أفراد الحياة الأسرية (علياء شكري، ٢٠٠٠، ٢٢٩).

٧. ترسيخ قواعد الأسرة الفعالة المتكيفة والخالية من النزاعات والخصومات المفرقة بين أطراف الحياة الزوجية، فعلاقة المحبة بين الزوجين هي صمام الأمان لأسرة إيجابية تتكيف عملياً مع الحياة (Gary Unruh,2010, 82).
٨. ترسيخ مبادئ الصداقة بين الوالدين وأطفالهم، بحيث يشعرون أن العلاقة الأسرية التي تربطهم بعضهم مع بعض ليست مانعاً من المصاحبة والمكاشفة في كثير من شؤون الحياة (سنة الخولي، ٢٠١٣، ١٨٨).
٩. المحافظة على الوحدة الأسرية من الإنهيار، وتمنع اختلال الأنساق والأبنية الاجتماعية في الأسرة الكبيرة الممتدة (عثمان الخرفان، ٢٠٠٣، ١٢٠).

ثالثاً:- الأثار على المجتمع :

أن الحياة العائلية هي أول محيط إجتماعي يتعلم فيه الأفراد النماذج الحية لمختلف الإتجاهات، وفي ظل هذا الإطار العائلي تتولد مشاعر وأحاسيس الحب والكراهية والغيرة والتعاون والتنافس والتسلط والخضوع والعنف على تكوين الإتجاهات وسلوكيات عدوانية لدى أفراد الأسرة الواحدة الصغيرة، والتي تنعكس آثارها في النهاية على حياة وأفراد المجتمع الكبير وفئاته المختلفة (Erich Fromm,2000, 43:44).

ولقد اجتهد الفلاسفة قديماً وحديثاً في تصور المدينة الفاضلة أو المجتمع الفاضل إلى جعلت المحبة فيه عنواناً شاملاً وقانوناً سائداً، ولم يتجاوز أمرهم نطاق الحلم غير الواقعي القائم على المثالية والإبهار، وسبب ذلك أن البناء الإجتماعي الذي تصوره كان يعوزه من المقومات الأصلية التي تمنح أي مجتمع التماسك وتعطيه صلابة المناعة، كما ينقصه الملائمة بين التصور والواقع، فالمحبة التي رصدت للمدينة الفاضلة برأي علماء الإجتماع كانت مبرراً لرقى أفكارهم وروعة تجلياتها وحافزاً لدراستها (سعيد علي، ١٩٩٩، ١٤).

▪ الملاح السيكولوجية للحب :

إذا كانت الطبيعة البشرية قد درست وحلت بتفصيل كبير ، فإن الحب ظل بعيداً عن الدراسة المكثفة وذلك علي الرغم من القيمة العظيمة التي تسبغها جميع الأجيال

في كل الحضارات علي « الحب » فالحب مفهوم يرتبط في أذهان الغالبية العظمى من الناس بمعنى (الحب بين الجنسين) وقد تعامل التحليل النفسي في أول نشأته - ولا يزال - مع (الحب والجنس) علي أنهما ظاهرة واحدة . ولم يحصل أي تقدم فيما يتعلق بالتحليل النفسي للحب منذ أن أعلن « فرويد » أن الحب ليس سوي جنس مكفوف الهدف (Helen Fisher , 2004, 3).

وإن للحب دلالات ومضامين وتأويلات أخرى مختلفة تماما في المنظور السيكولوجي المعاصر . حيث تجاوزت الدراسات الخلط بين (الحب والجنس) وميزت بين أن يكون الفرد محبا ومفعم بالعاطفة ، وبين أن يكون محبوبا ، وبين أن يكون رجلا مديرا أو قائدا أو أبا ، أو امرأة أو أم أو طفلا صغيرا معاقا أو متعدي عليه (Jonina einarsdottir, 2008, 6).

وبحث الحب بوصفه إحدى ظواهر علم النفس الاجتماعي وعلم نفس النمو، وعلم النفس الأسري، وكلها ذات ارتباط تكويني بشبكة جدلية من العوامل الفسيولوجية والسوسيولوجية والحضارية ، فالانفعالات الشديدة التي يتضمنها «الحب» ما عاد بالإمكان تفسيرها موضوعيا دون التفتيش عن صلتها الوثيقة في حياة الأسرة والأفراد ويعمل الغدد الصم وفسولوجية الجهاز العصبي وآلية التفكير (ثيودورايك، ٢٠٠٢، ٢٣: ٢٤).

إن الجذور الأنثروبولوجية والاقتصادية والطبية لظاهرة الحب أصبحت الخلفية الضرورية للأرضية التي يجري عليها البحث النفسي إيمانا بحقيقة وحدة العلوم وتكاملها دون أن يؤدي إلي الإخلال بمبدأ الاستقلالية والتمايز بين هذه التخصصات العلمية .

وتؤكد البيولوجية Helen Fisher أن الحب غريزة بشرية كالجوع والعطش. ولهذا فقد قسمت الحب إلي ثلاث مراحل (الشهوة والانجذاب للجنس الآخر ثم الارتباط به) فالشهوة تتحد في الرغبة تجاه شخص معين يعقبها الانجذاب الجنسي له والرغبة في الارتباط (Helen Fisher, 2004, 6).

ويضيف "Lawrence kasper" أن الحب لا يمكن أن يكون جزءا من الطبيعة البشرية بل هو نتاج الثقة ، وارجع ذلك إلي أن الحب قد لا يوجد في بعض الثقافات والمجتمعات إنما تطور من خلال آليات اجتماعية معرفية وعاطفية (Karin Sternberg, 2008 , 5).

هناك صور سلبية تتطلق من مشاعر الحب عندما ينحرف عن السوية فيكون في صورة الحب الجنسي المثلي ، الذي يعد شذوذا جنسيا ، والحب العصابي الذاتي عندما يحب الشخص نفسه كما لو كان موضوعا خارجيا وهو عندما يتعاطى مع الطرف الآخر كأن يكون زوجا مثلا فهو في الصورة الخارجية يشبع بمشاعره الطرف الآخر ظاهرا . ولكن في الواقع يشبع كل منهما في الآخر ناحية عصابية وليس تعلق أحدهما بالآخر (Paul Dobransky , 2007, 2).

وهناك الحب الشفاف الذي يتجاوز حدود الموضوع الجنسي ليؤول في إطار المحبة المتجردة الشفافة ، التي تتشكل مداها من التوافق وإرادة كل من الطرفين علي تطير تلك العلاقة بالطهر والشفافية ولغة الاستمرارية رغم كل الحواجز المعيقة بصورة الحب الزوجي الحقيقي أو المنشود في الديانات . حيث ينطلق إلي الجوهر ويتجاوز الحقيقة الشبكية المحضة . وربما تفتقد تلك المعاني حقيقة في واقعنا مع كافة أشكال الأزمات التي تهدد العلاقات بين البشر وربما نجدها ولكن في مساحة جد ضئيلة في واقعنا المتخم بالماديات ولغة المصالح وتضخم الأنا والنزوات الشخصية المحضة (ميشيل لي ، ٢٠٠٩ ، ١١٥ : ١٢١).

وتحدث "Erich Fromm" عن "الحب العصابي" "Neurotic love" وقصد به أن المحب لا يتعامل مع شخص حبيبه الفعلي والواقعي ولكنه يتعامل معه باعتباره شخصا معيناً في خيال المحب ، وغالبا ما يسقط صورة أحد الوالدين علي محبوبه ، فحبة لوالديه اللذان عاش معهما طفولة سعيدة وذكريات لا يريد أن ينساها، ويريد أن يستعيدها مع محبوبه الحالي ، ولما كان أشهر العلاقات الزوجية غير السوية ، والتي تكون وراء كثير من الحالات الفاشلة من الزواج فسعى الإنسان للحب هو سعي للاكتمال وتحقيق الذات ناتج عن شعور بالافتقار إلي السعادة في الحياة ، فالحب الناضج هو الرغبة في الوجود بشكل كامل (Erich Fromm, 2000, 62:63).

أما علم النفسي التطوري فيرى أن الخبرات والسلوكيات المرتبطة بالحب تتشابه وتفسر نمط نسوء وتطور البشرية فعلي سبيل المثال تم اختيار لغة الإنسان وتطورها

كميدان للدراسة السيكولوجية عبر مراحل نمو الفرد . واعتبرت اللغة كنوع من « الإشارة المرافقة» التي تسمح بالحكم علي كمية العواطف الكامنة والتي تنتج بصورة سلوكية متنوعة وإيجابية ، ووصف « Miller » علم النفسي التطوري كمكان لانطلاق مزيد من الأبحاث : « علم النفسي المعرفي والعصبي والذي نحاول حصر التغيرات الحاصلة في الدماغ ، والأهم من ذلك تجميع الملاحظات بشأن التكيف الأفضل مع واقع الحياة . من خلال الجوانب القابلة للقياس من الحب والعواطف ذات التأثير في بيئة التفكير عند الفرد وفي تعديل سلوكه سلبا أو إيجابا (John Marsden , 2009 , 14) .

كما شهد عام (١٩٧٠) أولي محاولات القياس النفسي في سيكولوجية الحب بقياس العالم النفسي « Zick Rubin » بدراسة الحب عامليا ، ، التعريف بمكوناته ، وأثمرت دراسته عن استخراج ثلاثة عوامل هي علي التوالي: (الألفة intimacy) ، التعلق attachment ، الرعاية caring (Zick Rubin, 1970, 30:99) .

وفي عام (١٩٨٦) يضطلع « scott peck » بالحب من منظور علم النفس التطبيقي محاولا إيجاد تعاريف واقعية لكل من الحب والشر فوجد أن الحب ليس مجرد مشاعر بل هو مزج بين القلق «للمو الروحي في الآخر» والنجسية البسيطة (Scott peck, M, 2003,14) .

والجدير بالذكر أن التكهانات لدى العلماء فيما يخص سيكولوجية الحب بدأت بعد ملاحظة Darwin's أن هناك إشارات إيجابية ترصد عند الأفراد لمجرد عرض مؤثرات ممزوجة بالعواطف والأحاسيس وتلك المؤشرات السلوكية تفوق جلسات العلاج بالموسيقى ، وان الفرد الذي يعايش الحب في طفولته سيغدو والدا محبا وسيمرره « help pass » غير الجينات المورثة لأطفاله وأحفاده (Gary Unruh, 2009, 10) .

وتعد الحاجة إلى الحب والتقبل من الآخرين من أهم الحاجات النفسية والاجتماعية التي يسعى الفرد إلي إشباعها . وتبدأ هذه الحاجة منذ الصغر ، يعتمد في إشباعها علي الأم ، بحيث يشعر الطفل أنه في حاجة إلى أن يكون محبوبا من أبوية وإخوته مما يولد لديه الثقة بالنفس وفي الآخرين ، وعدم إشباع هذه الحاجة يؤدي

إلى الشعور بالقلق والتوتر والاضطراب وسوء التوافق والحرمان والجوع العاطفي (محمد الشهري، ٢٠١٠، ٣٣).

▪ بعض الصفات التي يتصف بها الحب أهمها ما يلي:

١. أنه تلقائي عفوي لا دخل للإنسان فيه رغم محاولاتنا في البحث عن سبب الحب أو ذلك من منطق نفسي إجتماعي، جمالي، إقتصادي.
٢. إنه ليس سلبياً يقتصر على ما يسيطر على الإنسان من حزن، بل هو إيجابي يسعى فيه العاشق إلى إسعاد معشوقه والتضحية من أجله.
٣. أنه دائم الحركة يسعى كل طرف منه لإمتلاك الطرف الآخر.
٤. الشدة والعنف: حيث يبدأ بشكل تدريجي حيث يبدأ الحب بسيطاً ويتدرج في قوته إلى أن يصل إلى درجة من التأجج بحيث لا يستطيع العاشق أن يترك معشوقه.
٥. استحالة عقد مصالحة بين الحب والعقل لأن العقل معناه النزوع نحو الإستقرار في حين أن الحب يتجاوز كل الحدود والإلتزامات الإجتماعية رغم معرفته بنتائج ذلك ومعارضته لكل القيم والمعايير الإجتماعية (منال عبد الظاهر، ٢٠١٤، ٢١).

▪ الأضرار والأزمات التي تصيب الوالدين نتيجة اضطراب طفل التوحد:

حيث يتطلب رعاية الطفل التوحدي مجهوداً مضاعفاً من الوالدين يصعب على الوالدين تحمله.

فيشعران بمشاعر سلبية ويتحملان بمشكلات أسرية، فضلاً عن المظاهر العضوية والنفسية المصاحبة للضعف (Rao & Beidel, 2009).

وفي هذا يشير إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (٢٠٠٤، ٢٤٠) إلى أن اكتشاف إعاقه الطفل التوحدي يجلب كثيراً من الضغوط والتحديات النفسية والبيئية لوالديه وأسرته فيواجه الوالدان ضغوطاً وتحديات متعددة.

وهذا يعني أن اكتشاف إعاقة الطفل التوحدي يعد موقفاً وحدثاً ضاغظاً يؤدي إلى تغيير في الأدوار والتوقعات الأسرية وما يصاحب ذلك من ردود فعل انفعالية لفقدان الوالدين آمالهم وطموحاتهم المرتبطة بميلاد الطفل (Davis & Carter, 2008)

ويكون الآباء والأمهات هم الأكثر تأثراً وتضرراً ومعاناة وإنهاكاً بسبب أطفالهم لأنهم يتحملون الأعباء معظم الوقت، حيث يعاني والدا الطفل التوحدي من صدود طفلها لهما نتيجة عجزه عن الاستجابة، وهذا يضاعف من تعاستهما، كما أن عدم قدرة الطفل التوحدي على إشباع الحاجة للأبوة والأمومة يولد لدى الأب والأم شعوراً بالإخفاق والفشل ويمثل ضغطاً شديداً لهما (Pottie & Ingram, 2008)

ويشرح كيماك (Kimak, 2006, 42) قصة الوالد لدى كل واحد منا، فهو لدى أحدنا أب متخيل Imaginary ولدى الآخر أب رمز Symbolic ولدى الثالث أب حقيقي Real، وهو لدى الرابع أب فعلي Actual، ويفسر بحسب ما أورد لكان Lacan كيف تختلف صورة الأب باختلاف شخصيته ومكانته ورمزية وجوده (حضوراً وغياباً)، وأدواره ووظائفه التي تبدأ من كونه حقيقية مملوءة بالمال إلى كونه مصدراً من مصادر قوة الأسرة، إلى كونه والدا سيكولوجياً، وهي صور تختلف باختلاف نسق الأسرة وما فيها من ترتيبات وتغييرات.

وقد حدثنا علم النفس عن غريزة الأمومة بينما لم يذكر الكثير عن غريزة الأبوة، رغم أنها - أي الأبوة - شعور يهب الوالد إحساساً بالكفاءة الكاملة وقابلية للشجاعة والإقدام والمسئولية ودافعا للتخطيط من أجل سعادة الأبناء، هذا إلى جانب منزلة رفيعة ومكانة خاصة تقرها الأديان السماوية وتؤكد عليها ثقافة المجتمعات الإنسانية.

وقد لخص فرويد كل ذلك في مقولته بأنه ليست هناك حاجة في الطفولة تماثل في قوتها الحاجة إلى حماية الأب (Ginott, 1965, 167).

وبناء على نظرية إريكسون Erckson فإن الوالدية هي الأخرى تمر بمراحل ارتقائية نمائية تتغير فيها المهام والأدوار مثلما تتغير احتياجات الأبناء، كما تتغير

الاتجاهات وتتطور القدرات المعرفية والمهارات السلوكية، ومن هنا تأتي أهمية برامج التربية الوالدية التي يجب أن تلاحق الحالة الارتقائية للوالدية بتوفير فرص التعلم المناسبة لكل مرحلة.

وفى نموذج إريكسون أيضا تظهر الوالدية استجابة لما يسميه: أزمة التدفق في مقابل الركود، وبحسب إريكسون فإن رعاية الأبناء التزام إنساني أبدي، غير أنه ليس كل مثال للوالدية مثال للتدفق، فبعض الآباء تنقصهم الخبرات اللازمة لرعاية جيل جديد، والبعض يعتبرها «مهنة»، وقد يكون الوالدان مهرة في إدارة مصنع يملكه ولكن تعوزهما مهارات الوالدية، والبعض الآخر تحركه دوافع مختلفة تجاه الوالدية كالضغوط الاجتماعية والرغبة في تدعيم المكانة الاجتماعية (آمال صادق وفؤاد أبو حطب، ١٩٩٩، ٣٩٦).

▪ سمات مشتركة لوالدي الأطفال الذاتويين يمكن تلخيصها فيما يلي:

١. الراضون لأطفالهم بشدة: ويتميز هؤلاء بأنهم عدوانيون بشدة، غير ودودين وغير مستحسنين للنصح ونقاد، وجافون ويسعون جادين في إحكام السيطرة على أطفالهم عن طريق الأوامر المستبدة، ويفتقر أمثالهم العلاقات الدافئة والاجتماعية والثقة.

٢. الراضون وعديمو الإكتراث: وهم كما الفئة السابقة يتميزون بنفس الكراهية واللامبالاة تجاه الطفل. لكن بدلا من مضايقته باستمرار فهم لا يكثرثون بما يفعله ويتجاهلون تمام. فالأب رافض غير مكترث بأطفاله ولديه القليل ليفعله من أجلهم وإذا تعارضت مصلحة الطفل ورفاهيته مع مصلحة والدية فإن الطفل عادة هو الذي يعاني.

٣. الآباء المتقلبون والمستبدون: يعتقد الأب هنا أن سلطته تفوق رغبات أطفالهم ويكونوا مستبدين ويتخذون هذا الأسلوب منهجا لهم في جميع المواقف الكبيرة منها والصغيرة. ولا يحاولون التمسك بمواقف ودية. ولا شيء يمنعهم من اللجوء إلى الحزم في المواقف المهمة، ومع ذلك فهم يهتمون نسبيا بأطفالهم

وودودين . وتختلف ردود أفعالهم واستجاباتهم العاطفية من يوم لآخر فهم لا يتميزون بالثبات .

٤ . الوالدان المحبان ولكن متقلبان: الوالدان في هذا النمط يقدقان في الحب والود المتقلب يتساهلون بإعطاء الحرية للطفل ليفعل ما يحلو له . وليس لديهم أي حزم أو سياسة ثابتة في التعامل مع أطفالهم . وغالبا ما يبتعدون عن العقاب بل يدللونهم في أغلب الأوقات .

٥ . الوالدان المحبان (المتقلبون - المتقبلون): وهم كالمجموعة السابقة رغم أنهم عادة ما يكونون أقل مغالاة ، فمن الناحية العاطفية يكونون ناضجين ليس لديهم تعلق عصابي بأبنائهم حيث يعترفون بمواطن ضعفهم ، لكنهم يرون أن الحرية في أفضل طريقة لتنمية طاقة وقدرات الطفل ولأنهم متقلبون في علاقاتهم لا يغمرون أطفالهم بالحنان . ولا يسعون لحمايتهم حماية زائدة بل يترك الأطفال علي هواهم معظم الوقت . ويستسلم لهم الوالدان حين ينشأ صراع . حيث يبدو ذلك أسهل من المواجهة عندهم .

٦ . الوالدان ديمقراطيان ولكن متقلبان (القبول): هذا النمط الوالدي نوع مركب من الحب والود بنفس الوقت . يعاملون الأطفال كأقران لهم في العائلة فتسودها الديمقراطية ويؤثر هذا في كل مراحل حياة الأبناء وفي هذا النمط يسمح للأبناء بنقد ولديهم، وبالتعبير عن آرائهم ويتخذ الأطفال قراراتهم في معظم القضايا الثانوية البسيطة وبعض القضايا الرئيسية .

٧ . الوالدان ديمقراطيان ولكن متقلبان: في هذا النمط يكون الوالدان ناضجين عاطفيا ويعتقدون في مشاركة الأطفال في قرارات الأسرة واستقلالهم كأفراد . وبعضهم يؤكد عن عمد تعبيرات الحب والحنان . كما يحاولون أن يكونوا موضوعيين وعمليين في تعاملهم مع الأطفال . يخشون التأثير عليهم كثيرا بحيث لا يساعدونهم غالبا حتى حين يحتاج الطفل معونتهم لكي يصبح مستقلا معتمدا علي نفسه بقدر الإمكان . فالآباء من هذا النمط يحاولون أن يكونوا

عقلانيين حيث يحترم الطفل علي أنه فرد ويشجع علي الإدلاء برأيه . وغالبا ما يتم استشار ويستمع لقراراته أن تعبر عن نفسها بدون إجبار من الكبار . يكون البيت هنا متمركزا حول الطفل في كثير من الجوانب . ولكن بطريقة فكرية أكثر منها عاطفية . وفيه يلتقي الطفل مع الأب حو مائدة فكرية يميزها إطار ودي من الصداقة (معتز غريب ، ٢٠٠٩ . ص ص ٩٣ - ١٠٢) ، (إسماعيل مراديان ، ٢٠٠٥ ، ص ٩٠) ، (shaun whiteside,2009,p.61) ، (Stephen Gilligan, 1997,p56) .

▪ أهم مهارات الحب الوالدي هي:-

(١)- مهارة التواصل المتنامي:

هي مهارة الوالدين في استجابات القبول الوالدي، الدفاء والحنان، الرعاية الوالدية، الألفة والمودة، الحب العاطفي ، بما يعمل على زيادة ثقة الطفل بنفسه وتفاعله مع البيئة المحيطة وفي ضوء ذلك نجد أن أهم أساليب مهارة التواصل المتنامي هي:-

(أ)- أسلوب التواصل اللفظي: ويقصد به قدرة الوالدين ومهارتها في تبادل الحوار اللفظي مع طفلهم الذاتوي الإيكولالي باللغة المبسطة التي يستطيع أن يدركها، والإستماع الجيد لما يقول الطفل أو يعبر عنه لفظياً أو غير لفظياً، ومشاركته أفكاره، وإبداء الإهتمام بمايقول وتدعيمه لمواصلة الحديث مما ينعكس على زيادة ثقة الطفل في نفسه وكفاءته الإجتماعية.

(ب)-أسلوب التواصل غير اللفظي: يقصد به حركات وإشارات الجسم وإيماءات الأم باليدين أو الرجلين أو أجزاء من الوجه مثل العينين والشفيتين. وعلى الرغم من أهمية هذه المهارة إلا أنها يعترها العديد من المعوقات نستعرضها على النحو التالي:-

• **معوقات التواصل:** تتعرض مهارة التواصل المتنامي لدي الوالدين للعديد من المعوقات التي تؤدي إلى إخفاقهم في التواصل الفعال مع أطفالهم وأهم هذه المعوقات ما يلي:-

١. الأفكار اللاعقلانية للوالدين حول أهمية التواصل مع طفلهم الذاتي الإيكولوجي.
٢. تبني بعض الوالدين بعض الإستجابات السلبية التي تعوق فاعلية التواصل مثل أساليب التهديد، والإنتقاد، واللوم، والسخرية، وعدم القبول.
٣. قصور مهارت الوالدين على الإستماع الفعال لطفلهم أو إهماله.
٤. عدم قدرة الوالدين على ضبط الذات ونقص مهارات التحمل لديهم.
٥. إفتقاد بعض الوالدين لمهارة التحدث الفعال وإجراء حوار إيجابي مع أطفالهم.

(ج)-مهارة ضبط الذات:Self Control Skill_ إن وجود طفل ذاتوي بالأسرة يؤدي بالوالدين إلى عدم قبوله نتيجة للسولكيات الشاذة التي تصدر عنه وكذلك لإضطراب اللغة لديه واللغة الإيكولوجية، إلا أنه إذا لم يتم ضبط سلوك عدم القبول لدي الوالدين بطريقة إيجابية قد يؤدي إلى مشكلات عديدة مثل الإساءة للطفل، فعندما يكون الفرد غاضباً بعد حدوث مشكلة ما ، يكون من الضروري أيضاً أن يسيطر على غضبه ويعبر عنه بطريقة هادئة وبناءة. وهذا ما يقصد به مهارة ضبط الذات.

وتتطلب هذه المهارة التدريب على ثلاث مراحل على النحو التالي:-

١-المراقبة الذاتية Self-Monitoring:

هذه المرحلة تشتمل على وصف وتحديد لسلوك الفرد، وهنا ينتبه الفرد بشكل متعمد لسلوكه، ويجمع معلومات حول الأسباب التي توجه سلوكه وخاصة السلوك الذي يرغب بتعديله.

٢-مرحلة التقييم الذاتي: Self-Evaluating Stage

في هذه المرحلة يضع الفرد توقعات لما يجب أن يكون عليه سلوكه وفق المعلومات التي حصل عليها في مرحلة المراقبة الذاتية. وتتم هذه المرحلة أيضاً مقارنة بين المعلومات التي حصل عليها الفرد من خلال ما قام به فعلاً وما يجب أن يقوم به أو ما كان يأمل أن يقوم به. إذاً فهي مقارنة بين أداء الفرد وبين المعايير الموضوعية لسلوكه، وفي هذه المرحلة يحصل الفرد على تغذية راجعة يوظفها في تعديل سلوكه إذا كان بحاجة إلى تعديل.

٣-مرحلة التعزيز الذاتي Self-Reinforcement:

تشتمل هذه المرحلة على عمليات دافعية، فإما أن يحصل الفرد على المكاسب نتيجة سلوكه الصحيح ويقوم بتعزيز ذاته أو يعاقب ذاته نتيجة فشله في تحقيق أهدافه (مروة نصر أحمد، ٢٠١٤، ٤٧: ٤٨).

ويعتقد كانفر (Kanfer) أن هناك ثلاث فئات من العوامل تؤثر على

الضبط الذاتي:

الفئة الأولى: تتعلق بتأثير العوامل البيئية.

الفئة الثانية: تتعلق بالتقييم الذاتي وما يرتبط به من تعزيز ذاتي أو عقاب.

الفئة الثالثة: تتعلق بالنظام البيولوجي للفرد وما يرتبط به من حاجة أو إشباع.

(٢)- مهارة الأمن النفسي:

جعل الرسول -صلى الله عليه وسلم-الأمن النفسي من مقومات السعادة في الدنيا حيث يقول (من بات معافاً في بدنه أمناً في سربه عنده قوت يومه، فقد حاز الدنيا وما فيها).

تعريف الأمن النفسي: يعد الأمن النفسي أحد الحاجات المهمة للشخصية الإنسانية، حيث تمتد جزوره إلى طفولة المرء، والأم هي أول مصدر لشعور الطفل

بالأمان، ولخبرات الطفولة دور مهم في درجة شعور المرء بالأمن النفسي، فأمن المرء النفسي يصير مهدداً في أي مرحلة من مراحل العمر إذا ما تعرض لضغوط نفسية أو إجتماعية لا طاقة له بها، مما قديؤدي إلى الإضطراب النفسي، لذلك يعتبر الأمن النفسي من الحاجات ذات المرتبة العليا للإنسان يتحقق بعد تحقيق حاجاته الدنيا (وفاء علي سليمان، ٢٠٠٩، ١٣).

العوامل المؤثرة في الأمن النفسي (التنشئة الإجتماعية): يعد تدريب الوالدين على إكتساب مهارة الأمن النفسي أمر غاية في الأهمية، هذا وقد تم التدريب وفقاً للتعرف الإجرائي لمهارة الأمن النفسي لهذه الدراسة والذي نستعرضه على النحو التالي: «مهارة الأمن النفسي هي إشباع الوالدين للحاجات المختلفة لطفلهم على نحو يشعره بالطمأنينة والتحرر من الخوف، والثقة بالنفس».

وفقاً لذلك أشار الكثير من المنظرين إلى أهمية الدور الوالدي ولا سيما دور الوالدين في تشكيل السلامة النفسية أو المرض النفسي للطفل، وأوضحوا العلاقة بالأشخاص ذوي الأهمية النفسية لديه هي التي تحدد خصائصه النفسية، وذلك وفقاً لما يدرکه من أمن نفسي وإهتمام واحترام وضوابط من الوالدين. وفي هذا الإطار يشير «ماسلو» إلى إشباع حاجات الامن Safety needs يلي في الأهمية إشباع الحاجات الفسيولوجية (الطعام-الشراب-الخ...) وإنه إذا لم يتم إشباع الحاجة إلى الأمن، فإن الفرد يشعر بالتهديد، ولا يستطيع أن يحقق ذاته (هشام عبد الله، ١٩٩١، ٢١).

وترى (Rohner,2010) أن الشعور بالأمن النفسي ينتج عن قدرة الآباء على إعطاء أبنائهم التقبل والحب والإهتمام بميولهم ومشكلاتهم ووضع ضوابط وحدود معقولة وواضحة ومتسقة لهم، وإعطائهم حرية التعبير عن الرأي والإستماع لوجهات نظرهم، والسماح لهم بالمشاركة في صنع بعض القرارات الأسرية.

ويرى (Roner,2000) أن شعور الأبناء بالأمن النفسي يرتبط بشعور الآباء ذاتهم بالأمن النفسي، فالراشدون الذين سبق أن أدركوا الرفض من قبل والديهم في مرحلة الطفولة يعانون من فقدان المحبة، ولا يستطيعون أن يقدموا المحبة التي فقدوها إلى

أبنائهم، فيشعر الطفل بأنه غير محبوب وغير مرغوب فيه أو مهمل من قبل الآخرين مما يؤدي إلى شعوره بعدم الأمن وإنخفاض تقدير الذات والعجز والشعور بعدم الكفاية وعدم القدرة على المواجهة واليأس.

ويعتبر (Randal,2010) أن العلاقة الآمنة التي يسودها الدفء والحب بين الطفل ووالديه تمثل عاملاً واقياً للفرد يؤدي إلى شعوره بالكفاية والثقة والقدرة على المواجهة والتحدى، بينما عدم وجود علاقة حميمة يمكن الوثوق بها يمثل مفتاحاً للتنبؤ بالقلق والإكتئاب واضطراب الشخصية، ويرى «راتر» كذلك أن الشعور بعدم الأمن النفسي ناتج عن تعرض الطفل للإساءة النفسية والإنفعالية من رفضه وتهديده بسحب الحب ومقارنته بأقرانه، وتجاهله.

ويشير (Bowlby,2001) إلى أن الوالدية الناجحة هي مفتاح الصحة النفسية للأبناء، قائمة على التواجد البدني والنفسي أو الإنفعالي الناجحة تتمثل في علاقة آمنة المتمثلة في إشباع حاجات الطفل الأساسية، وإشعاره بالحب والإهتمام والرعاية والحماية، واللعب معه، وفرض ضوابط معقولة عليه يجعل الطفل يكون ويتكون لديه الشعور بالثقة في ذاته وفي الرعاية الوالدية.

هذا ويفسر (Bowldy,2001) الشعور بالأمن النفسي معرفياً، بأن كل موقف نقابله أو نتعرض له في حياتنا يفسر تحت ما يطلق عليها النماذج التصورية أو المعرفية Rep-resentational or Cognitive وهذه النماذج تشكل صيغة نستقبل بها المعلومات الواردة إلينا من البيئة المحيطة عبر أعضاء الحس، كما تحدد تصوراتنا عن أنفسنا والعالم الآخرين. وهذه النماذج هي تكوين منظم يتكون من خلال التفاعل مع الوالدين والآخرين، وتعمل بطريقة تلقائية لا شعورية، ويتم إدماج كل خبرة جديدة فيها، وتعمل هذه النماذج كقواعد للسلوك وتنظيم الذات والعلاقات الإجتماعية والإنفعالات، كما أنها تحدد وتنظم الإستراتيجيات المختلفة لمواجهة الضغوط والمواقف المختلفة، فإذا كانت النماذج المعرفية إيجابية فإنها تجعل نظرة الطفل لذاته وللآخرين وللمستقبل إيجابية، فالطفل الذي يدرك إستجابة الوالدين لحاجاته وتقديرهما وجهما له وعدم

تحكمهما فيه كثيراً يكون لديه نموذج تصوري إيجابي عن ذاته، أما الطفل الذي لا يستجيب الوالدين لحاجاته يدرك أنهم لا يحبونه ولا يمكنه الوثوق فيهم، وينظر لنفسه أنه ليس له قيمة وتمتد هذه النظرة إلى المستقبل فيشعر بفقدان الأمل والتشاؤم (عماد مخيمر وهبة محمد، ٢٠٠٩، ٩١ : ٩٣).

▪ الممارسات التي ينبغي التدريب عليها لتنمية مهارة الأمن النفسي :-

- ١ . إشعار الطفل بأنك مصدر حمايته والدفاع عنه.
- ٢ . الإبتعاد عن أساليب تهديد أو تخويف الطفل.
- ٣ . الإهتمام بتنمية ثقة طفلك في نفسه.
- ٤ . إنماء مفهوم الإنتماء للأسرة لدى الطفل.
- ٥ . الإهتمام بتلبية احتياجات الطفل النفسية.
- ٦ . الحرص على توفير جو أسري هادئ ومطمئن.

(٣) - مهارة التقبل Acceptance skill :

تعد مهارة التقبل من المهارات الهامة التي تحتاج إليها الأم في تعاملها مع طفلها ولا سيما إذا كان الطفل ذو اضطراب ذاتوي يعاني من الإيكولاليا . وإتقان الام لهذه المهارة يجعلها تحسن وتوطد علاقتها بطفلها وتقبل عيوبه وتحاول التغلب عليها فتساعده على ذلك، وهذا ما أطلق عليه الباحثين مصطلح التدريب على الأمومة . ويلاحظ أنه لا توجد أم مهما إمتدت خبرتها في تربية أطفالها، إلا وهي تحتاج إلى مساعدة وتوجيه . وهنا لا يتم توجيه الأم وتدريبها على الأساسيات في رعاية الطفل صحیحاً، بل الأساليب أو المهارات التي تساعد الأم على أن تكون أمّاً مثرية نفسياً، عن طريق تنمية عدة مهارات من أهمها مهارة التقبل (Mahoney,Kaiser,1999, 14).

تعريف مهارة التقبل: في ضوء تحليل تعريفات كل من: (Kerns,2007)، (Horn,Wade,1990)، (هيام شاهين، ٢٠١٠)، (إبراهيم عبد الستار، ١٩٩٣)، ونصوغ

التعريف الإجرائي التالي للتقبل فيما يلي: تعرف مهارة التقبل إجرائياً بأنها: «مهارات الوالدين لتحسين علاقتهما بطفلهن وقناعتهم بمزاياه وعيوبه».

▪ عدة اعتبارات وضعها "Smith" لتنمية هذه المهارة أهمها مايلي:-

١- أن قبول الطفل والإهتمام به وتقديره وقت الأزمات من قبل الأم يجعل الطفل يشعر بالأهمية والقيمة والإستقلالية والإنجاز والفعالية والتمكن ولا سيما إذا كانت الأم تشجع فعالية الطفل.

٢- كما يرى "Smith" أن قبول الطفل شرط هام لإرتفاع تقدير الذات لديه.

كذلك يرى (Schoenbrodet,2011)، أن قدرة الأم على قبول طفلها وفهم مشاعره والإهتمام بحاجاته يجعل تقدير الطفل لذاته مرتفعاً (Smith,1996, 80).

إن تنمية مهارة التقبل لدى أمهات الأطفال الذاتويين الإيكولاليين أمر غاية في الأهمية ومن ثم فإن من أهم ممارسات هذه المهارة نجلها فيما يلي:-
أ- إكتشاف مهارة الطفل.

ب- إشعار الطفل بأنه مرغوب ومحبوب من قبل المحيطين.

ت- إشعار الطفل بأهميته ودوره المهم داخل الأسرة.

ث- إشباع حاجات الطفل للتقدير الإجتماعي بتوليته بعض المهام والأدوار الإجتماعية.

ج- مشاركة الطفل في ممارسة هواياته المفضلة وتشجيعه على ذلك.

٤- مهارة الدفاء الوالدي Parental warmth skill :

إن الفرد الذي تكونت لديه خبرات خاصة بإدراك الدفاء الوالدي والحب في الطفولة يكون أكثر تلقائياً وتعبيراً عن مشاعره، وأكثر قدرة على التعاطف والإهتمام بالآخرين، ويستطيع أن يعطي الحب لأنه محبوب، وأن يتلقى الحب لأنه محبوب، بينما الذي حرم من خبرات الدفاء الوالدي لا يستطيع أن يعطيها للآخرين

(عماد مخيمر، هبة محمد، ٢٠٠٩، ٩٤). وفقاً لذلك جاء الإهتمام بتمية هذه المهارة لدي والدي الأطفال الذاتويين والذين تظهر لديهم الأعراض الإيكولوجية (ترديد الكلام).

▪ الممارسات الضرورية لإضفاء الدفاء الوالدي على جو الأسرة مايلي:-

أ- استثمار المناسبات الإجتماعية والتعبير لأفراد الأسرة عن مدى حبك وإهتمامك ومشاركتك لطفلك في إختيار هدايا باقي أفراد الأسرة، مثال : إختيار هدية لنفسك-ماذا تحب أن نلعب؟.

ب- استشارة الطفل في بعض الأمور الأسرية البسيطة وتدعيم رأيه، مثال نعمل أكل إيه النهاردة-بتحب مين أكثر؟

ج- تكليف الطفل ببعض المهام أو المسؤوليات البسيطة، مثال: كرر الكلمة هذه مرة واحدة، أو الجملة.

د- تدريب الطفل علي الاستقبال السمعي الجيد، لتحقيق ادراك كافي للمعالجة السمعية لاستقبال المعلومة وتحليلها، مثال : إنصت إلى كلمة ماما جميلة والمطلوب تكرارها مرة واحدة.

هـ- يطلب من الطفل التوقف والإنصات ثم الاجابة، وإعطاءه فرصة للإستيعاب، هذا يجعله قادر علي تحليل المعلومة المرسله، ومن ثم اصدار استجابة مناسبة. **مثال:** ماذا تحب أن تأكل؟ ومرة أخرى ماذا تحب أن تشرب؟.

و- تدريب الطفل علي الإختيار من شيئين، ثم من ثلاث أشياء ثم من متعدد، هذا التدريب يجعل من رغبته في الشئ إستجابة مناسبة. مثال: نعرض علي الطفل مجموعة من من الأشياء مثل وردة، ولعبة ، وعروسة (دمية).

ز- يعطي الطفل الإجابة الصحيحة مباشرة بعد طرح السؤال مع إطفاء التلقين تدريجياً لأنه يعزز التردد لو إستمر، وتستخدم مع الأطفال ضعاف الإستيعاب لتطوير مهارات الفهم اللغوي.

ط- عرض صورة ذات مدلول وسؤال عنها، السؤال والإنصات والإنتظار لمعالجة الطفل البصرية للصورة وإصداره الإجابة .

ي- إتاحة حرية التعبير للطفل من أجل التعبير عن رأيه، مثال: إيه رأيك في فسحة (نزهة) اليوم.

ك-ترك الطفل يختار ملابسه وحاجاته بنفسه، مثال: إحضر ملابسك للخروج.

ل-التعبير للطفل عن الحب الدائم بعبارات بسيطة، مثال: أنا بحبك قوي مع تلميس على رأس الطفل والإبتسامة وإحتضانه .

م-الإبتعاد عن تهديد الطفل أو جرحه بالألفاظ.

▪ أبعاد المهارات الوالدية هي:

١- مهارات حل المشكلة: Problem solving skills

يعرف جورنس وباميال (Guerny & Pamela 1987) مهارات حل المشكلة داخل الأسرة على أنها المهارات التي تمكن الوالدين من استنباط حلول مبتكرة للمشكلات على وكذلك تمكنها من مساعدة الآخرين المحيطين بهم على إيجاد حلول مبتكرة لمشكلاتهم وهذه الحلول هي التي تزيد الإشباع المتبادلة للحاجات، وبالتالي تكون حلولاً عملية و متماسكة (Gurney & Pamela, 1987, 15) .

٢- مهارات التواصل: Communication skills

يرى هارلسون هي المهارات التي يحتاج إليها الوالدان في معاملها مع أطفالهما وبعد مشاركة معلومات واتجاهات الوالدين مع بعضهما وإن إخفاق الوالدين في التواصل مع طفلها يمثل مشكلة داخل النسق الأسري. (Harrelson, 1996,1)

٣- مهارات الاستجابة الفعالة Affective Resopnsiveness skills

يرى بومر يند Baumrind (١٩٩١) أن الاستجابة الفعالة للوالدين تشير إلى المساندة والدفء الوالدي كما تشير إلى تعزيز الوالدين للاستقلالية والتنظيم الذاتي

وتأكيد الذات بكونهم مساندين وقادرين على تلبية المطالب والحاجات الخاصة بالأطفال (Baumrind, 1997, 62).

٤-مهارة القيام بالأدوار الأسرية Family roles skills :

يشير بتيرسون أنها هي مجموعة النماذج السلوكية التي عن طريقها ينجز أفراد الأسرة وظائفهم وحاجاتهم الأسرية والتي تضمن توفير المصادر دور التنشئة المساندة والمحافظة مع النسق الأسري وتوزيع الأدوار بصورة عامة (Patterson & Green, 1999,2).

٥-مهارات المشاركة الفعالة Affective Involvement skills :

يشير إيبستين أن مهارة المشاركة الفعالة إلى درجة اهتمام ومشاركة الوالدين في أنشطة واهتماماتهم بشئون طفلهم (Epstein & et. al., 1986,172).

٦-مهارة ضبط السلوك Behavior control skills :

يرى إيموند كورستين Corsini (١٩٩٩) أنها محاولات تأثير الوالدين على سلوك الطفل وذلك باستخدام وسائل عديدة منها الإكراه والإقناع وتقديم المكافآت والتهديد والعقاب وبمعنى آخر وضع السلوك غير المرغوب حيث الضبط والسيطرة (Corsini, 1999,780).

٧-مهارات مواجهة الضغوط parenting stress skills :

تشير سمية جميل (١٩٩٨) هي قدرة الوالدين على مواجهة الضغوط المرتبطة بدور كل من الأب والأم لقيامهما بدورهما الوالدي في تنشئة أبناء أسوياء أو متخلفين عقلياً (سمية جميل، ١٩٩٨، ٣٠).

▪ عوامل ومكونات الرعاية الوالدية التي تشتمل علي الحب الوالدي :

تتكون الرعاية الوالدية من عدة عوامل أهمها (الحب، التواصل، الإيثار، الكفاءة الوالدية)، كما توصلت إلى التالي:

- أ- يرتبط إدراك الأطفال للحب الوالدي بمعنى توفير متطلباتهم ورعايتهم نفسياً .
- ب- عدم وجود فروق بين الذكور والإناث بما يتعلق بإدراك الحب الوالدي والإيثار.
- ج- وجود فروق بين الذكور والإناث باتجاه الإناث بما يتعلق بإدراك الحاجة في كل من التواصل والكفاءة الوالدية. حيث عبرت كل الإناث عن رغبتهم بمزيد من التواصل مع والديهم .
- د- وأوصت الدراسة بضرورة مراعاة متطلبات النمو عند الطفل من خلال دراسة إرشادية أسرية تركز علي تلقين معاني الحب وتثقيف الآخر بأساسياته .
- (Schneider, Rosen, & Burke, 1999)

وتوصلت دراسة (Shinichi Suzuki , 2000) إلى العلاقة بين التنشئة الوالدية والطفل التوحدي فيما يلي:-

- أ- شيوع أساليب تنشئة غير صحية عند والدي الأطفال الذاتويين .
- ب- هناك ترابط بين طرق العقاب الوالدي والسلوك التدميري للتعبير عن الغضب عند الأطفال .
- ت- لم يميز الآباء بين الذكور والإناث خلال وصفهم لسلوكيات التعامل معهم .
- ث- لم يظهر الوالدين أي ملامح تشجيعية لإنجازات الطفل .
- ج- انخفاض درجات الوالدين علي مستوي القبول للطفل في اتجاه الرفض والإستياء منه .
- ح- سيادة التوقعات السلبية التي يبنها الوالدان علي أطفالهم .
- خ- لم يظهر الوالدان نمطاً اجتماعياً للتعاطف مع الطفل ومتطلبات نموه وبقي التعاطف في أدنى درجاته .

▪ **حدد جيولي فريكار وآخرون (Julie Fricker , et al., 2002) دور أنماط التعبير عن الحب في تحقيق إيجابية العلاقة الأسرية فيما يلي:-**

- أ- الأمن النفسي والحرص هما الأكثر ارتباطا بأغلب أنماط الحب الأسري السائد .
- ب- عدم وجود ارتباط بين التجنب وأي من أنماط الحب الأسري .
- ت- يمكن التنبؤ بأشكال التعلق (متغيرات الدراسة) بواسطة أنماط الحب التي تم دراستها .
- ث- يمكن التنبؤ بجودة العلاقة الأسرية من خلال الارتباط بين أشكال التعلق وأنماط الحب الأسري .

وفي نفس المجال أجري (Trumpeter Nevelyn , els , 2008) دراسة تستهدف العلاقة بين التعاطف والحب الوالدي المتصور وبين درجات أو مستويات النرجسية والغرور (احترام الذات المتضخم) والاكْتئاب . وتكونت عينة الدراسة من ٢٣٢ طالبا من طلاب الجامعة (٧٨ ذكور ، ١٥٣ إناث) طبق عليهم استبانة التعاطف الوالدي واستبانة الحب الوالدي . مقياس النرجسية ومقياس للأعراض الاكتئابية وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية :

▪ **توصل «ترامبيتر نيفيلين» وآخرون (Trumpeter Nevelyn,et els, 2008) إلى أهمية الحب الوالدي على الحالة السلوكية والنفسية لطفل للتوحد فيما يلي:**

- أ- أن التزود بالتعاطف الوالدي يرفع مستوى التكيف الذاتي مع البيئة المحيطة .
- ب- الإفتقار للحب الوالدي أو الحصول عليه بشكل متعارض بين الأم والأب له علاقة بالاختلال النفسي .
- ت- التعاطف الوالدي مقترن ومتلازم مع التنمية الذاتية الصحية للفرد .
- ث- قدرة التعاطف الوالدي علي التنبؤ بكل من فعالية الذات والتوافق الإيجابي .

ج-عاطفة المحبة الوالدية تزود الفرد بمناعة نفسية ضد أعراض الإكتئاب (بالرغم من وجود الإحباط والقلق) .

ح-علاقات الحب والعطف الوالدي تتضارب مع النرجسية والاكتئاب والغرور .

▪ **حدد «جراي» Gary M . Unruh (2009) من خلال دراساته أن الحب الوالدي يشتمل على ما يلي:-**

أ- (٨٠)٪ تصورا أن استجابة الوالدين للطفل يجب أن تكون واضحة وصريحة وليس هناك وسط .

ب-(٧٠)٪ تصورا أن الحب الوالدي ينطوي على الإجراءات والكلمات التي تنقل رسائل باستمرار من خلال : التفاني والحنان والتعلق الحنون وبأن الطفل محبوب .

ج- (٧٥)٪ تصورا أن الحب يقوم على حاجة فطرية لدينا جميعاً . وهذا حقيقة جيدة ولكن سلوكنا في بعض الأوقات يحتاج إلي تحسين .

د- (٦٠)٪ تصورا أن مشاعر الحب تجعل الطفل يكتسب من صفات الوالدين ما ينتج الاعتقادات الراسخة التالية : أنا جيد . أنا مبتهج . شخص كفؤ قادر علي جذب الاهتمام والحب والاعتراف من الآخرين .

هـ-(٥٠)٪ تصورا أن عواطف الطفل هي التمثيل الأساسي لما سيكون عليه الطفل . فالحب الوالدي يجب أن يركز علي مشاعر الطفل أولاً .

و-(١٥)٪ تصورا أن حل مشكلات الطفل تكمن في إيجاد مستوي المساعدة التي تحدد نجاح طفلك (٩٨)٪ من الوقت وذلك يساعد الطفل أن يكون أكثر استقلالية ومسئولية .

▪ **أوضح «جراي» Gary M . Unruh (2010) أن إطلاق العنان لقوة الحب الوالدي يتطلب خطوات يمكن من خلالها زيادة ابتهاج وسعادة الأطفال ورفع ثقتهم بأنفسهم وتتمثل تلك الخطوات فيما يلي:-**

أ- احترام مشاعر الطفل أولاً ثم سلوكه ثانياً .

ب- يجب أن تكون في مركز اهتمام و صلب تفكير طفلك . حيث وجود الأفكار والمشاعر وذلك من خلال محاورته ومشاركته عالمة وألعابه وعدم انتقاده .

ت- التواصل مع الطفل من مكان وجود الطفل وليس مكان تواجد الوالدين .

ث- إنشاء التوقعات الواقعية وبرمجتها سلوكيا في مظاهر تناسب عمر وقدر الطفل التي بنسبة ٩٨٪ .

ج- التدريب علي تقنيات الحوار النشط من خلال تجنب الحكم السريع والتعليقات السلبية . والمحافظة علي الهدوء وقلت الكلام والإكثار من الاستماع .

ح- امتلاك شجاعة الاعتراف بالأخطاء الوالدية .

▪ العوامل المؤثرة على أنماط المعاملة الوالدية والحب الوالدي من أهمها:

١-المستوى الثقافي، الإجتماعي والإقتصادي: الأطفال ذات المستوى الإجتماعي الإقتصادي المنخفض قد يدركون رفضا من والديهم أعلى مما يدركه أطفال الأسر الأعلى في المستوى الإجتماعي الإقتصادي، بمعنى أن المستوى الإجتماعي الإقتصادي له دور هام في التنشئة؛ لأن الفقر والحاجة يمثلان مصدرين للتوتر الذي يؤثر على قدرة الوالدين في مواجهة مصاعب الحياة، وتحقيق مطالب النمو؛ مما ينعكس على علاقة الوالدين بالأبناء ويضعف من تقديم الحب والعطف للأبناء، كما يؤثر المستوى الإجتماعي الإقتصادي المنخفض في معاملة الوالدين للأبناء، حيث يتصف تعامل الوالدين بالقسوة والصرامة بينما نجد العكس في الأسر ذات المستوى المرتفع في تعاملهم مع الأبناء وإسعادهم والتعامل معهم بكل حب وعطف وحنان (ممدوحة سلامة، ١٩٨٧).

ويتأثر نموذج الشخصية الذي يقتدي بها الطفل في أسرته، والذي تعتمد عليه عملية التنشئة الإجتماعية بإختلاف المستوى الثقافي الإجتماعي للأسرة، حيث نجد أن المعاملة الوالدية في المستويات الثقافية الإجتماعية الدنيا تتسم بالطاعة التي يطالب الأب في فرضها على أبنائه، وعجز الوالدين عن التعامل مع أطفالهم بسلوكيات

إيجابية يملؤها الحب والودّ نظراً للشعور الدائم لدي الوالدين بالنقص والحاجة المادية لمعظم متطلبات الحياة، بينما نجد أن تلك التشنئة تتسم في المستويات الثقافية الإجتماعية المتوسطة بالمحافظة على العادات والتقاليد والقيم، وتعود الأطفال على ضبط النفس، نتيجة لتقديم بعض العطف والود والحنان والإهتمام والرعاية من قبل الوالدين (فؤاد البهي السيد، ١٩٩٣).

ويرى (محمد مياسا، ١٩٧٩) أن لدى الآباء ذوي المستوى الإجتماعي والإقتصادي المرتفع فرصة أوسع لمستقبل أبنائهم وتبادل المشاعر والدفع العاطفي على عكس الآباء ذوي المستوى الإجتماعي والإقتصادي المنخفض، فإنهم قد يكونون بعيدين عن الأبناء ولا يشعرونهم بحنانهم ربما لانشغالهم بهموم الأبناء المادية، أمّا الآباء ذوو المستوى الإجتماعي والإقتصادي المتوسط فيبادلون الأبناء المحبة والود والعطف بصورة معتدلة وقد يهملونهم أحياناً.

▪ يلخص كل من «مارتن وماكوبي» نتائج الدراسات المتعلقة بمتغير الطبقة الإجتماعية على النحو التالي:

- أ- يظهر الآباء من الطبقة المتوسطة حباً ودفئاً أكثر تجاه أبنائهم.
- ب- يشجع آباء الطبقة المتوسطة الأبناء على الأخذ والرد في الحديث (ممدوحة سلامة، ١٩٨٤).

١. المستوى التعليمي للوالدين والعلاقات الوالدية السائدة: بينت بعض الدراسات أن الأمهات ذوات المستوى التعليمي المرتفع أكثر استعداداً للتسامح في الضبط من الأمهات الأقل تعليمياً، وأنهنّ أقل ميلاً للإشراف المباشر أو المطالبة بالإذعان لقواعد محددة للسلوك (مصطفى حوامده، ١٩٩١). فمستوى التعليم يؤثر في أسلوب المعاملة التي يستخدمها الوالدان مع أطفالهما؛ حيث يصبح الآباء المتعلمون أكثر إدراكاً للأساليب الواجب استخدامها في كل مرحلة عمرية من مراحل نمو أبنائهم؛ وبإمكانهم معرفة أي الأساليب أنسب لتحقيق الهدف المنشود من التربية (مي الغرباوي، ١٩٩٨).

٢ . جنس الطفل: يتفاعل الآباء بطرق مختلفة بحسب جنس الطفل بحيث نجد زيادة في دفاء العلاقة بين الأب وابنته عنها بين الأب وابنه، كما أن الوالدين يكونان أكثر حزمأً وضبطأً للبنات وتقييدأً لأنشطتهن عن البنين، وإن كانوا أقل رغبة في توقيع العقاب عليهن، بينما تستخدم أساليب الإجار مع البنين بشكل أكبر (ممدوحة سلامة، ١٩٨٤).

٣ . كما يختلف مسلك الوالدين مع أبنائها تبعأً لإختلاف جنس الإبن، ولهذا المسلك أثره في أساليب المعاملة التي تحدد مسار النمو الإجماعي للطفل ومن التجارب التي توضح مدى اختلاف علاقة الأم بأبنائها تبعأً لإختلاف الجنس ذكراً كان أم أمأً، حيث وجد أن الأم لا تستجيب لبكاء وصراخ الذكور بسرعة بينما تستجيب لبكاء وصراخ الإناث، وقد يكون ذلك بسبب أنها تعلم أن تدخلها لا يجدي وذلك لأن الذكور أكثر عناداً من الإناث، أو أنها تريد أن تكون أكثر حزمأً من الذكور، أو لأنها تفترض أن الذكور يجب أن يكونوا أكثر احتمالاً من الإناث وهذه التفرقة في مسلك الأم تحدد مسلكاً للمعاملة الوالدية للذكور يختلف عن مسلك المعاملة الوالدية للإناث (فؤاد السيد، ١٩٩٣).

▪ أساليب الحب الوالدي لتربية الأبناء نستعرضها على النحو التالي:-

- ١ . كلمة الحب: لن الصورة التي يرسمها الطفل عن نفسه هي أحد نتاج الكلام الذي يسمعه، فإما أن تكون الكلمات مملوءة بالعطف والود والحنان أو عكس ذلك.
- ٢ . نظرة الحب: حيث أن نظرة الحب المنطلقة من عين الوالدين (الأم والأب) تجاه طفلها لها آثار ونتائج إيجابية على الحالة النفسية للطفل الذاتي.
- ٣ . إعطاء الحب: كأن يقدم الوالدين إلى طفلهم الذاتي الأشياء التي يرغب فيها وتكون مفيدة له من غذاء أو شراب ومساعدته في تناولها مع الإبتسامة والكلمات الودودة التي تعبر عن قبول الطفل.

٤ . لمسة الحب: وهي مجرد اللمس على الطفل بحب وقبول ينمي الإحساس لدي الطفل وشعوره بالود والدفء .

٥ . دثار الحب: وهذه قد تحدث عندما يأتي الوالدين سواء الأب أو الأم إلى طفلها وهو بين اليقظة والمنام ويقبل جبينه سيترسخ هذا الشعور والمشهد في عقل الإبن وعندما يصحو في الغد سيتذكر أن والديه قريبان منه دائماً بحب وعطف، وهذا من شأنه أن يقرب المسافة بين الوالدين والأبناء .

٦ . ضمة الحب: حيث على الوالدين أن لا يبخلا على أولادهم بأحضانها. فحاجة الأبناء إلى الأحضان كحاجتهم للطعام والشراب والهواء كلما أخذوا منه سيظلون في حاجة له.

٧ . قبلة الحب: القبلة هي واحدة من أهم التعابير التي يحتاجها الصغير والكبير فيجب الحرص على تقبيل الأطفال .

٨ . بسمة الحب: وذلك بإبتسام الوالدين في وجه أبنائهم ابتسامة تدل على المحبة والتفاؤل والسعادة. هذه كلها عبارة عن وسائل للحب من يمارسها يكسب محبة من يتعامل معه، وهي لا تخص فقط الآباء والأمهات فبإمكاننا جميعاً إستخدامها في كل الظروف ومع أي فرد من البشر.

▪ تأثير مهارات الحب الوالدي على الحالة السلوكية والنفسية لطفل التوحد:-

إن التركيز على دور الوالدين في الإطار النظري لهذه الدراسة له مبرراته، بإعتبار أن الوالدين وخاصة الأم لها ثقل خاص في التنشئة والرعاية الوالدية وأثرها البارز في شخصية أبنائها صحة أو مرضاً. وعليه فإن تدريب الوالدين لتحسين مهارتهم في التعامل مع طفلها بشكل إيجابي، هو احد التدخلات الفعالة في خفض أعراض إضطراب الإيكولاليا لدي الطفل الذاتوي، وتعرف هذه المهارات بإسم (مهارات الحب الوالدي) ومن المفيد أن نشير لتعريف المهارة بأنها قدرة عالية مكتسبة لأداء أفعال معقدة بهدوء ودقة وسرعة (Sigman,et al,1999, 906).

كما أن تحديد المبادئ التي تشكل قيم واتجاهات الوالدين الإيجابية نحو أطفالهم عامة ، والمعاقين علي وجه الخصوص ، يمكن أن تنظم بعض الأساليب العشوائية في تعاملهم مع الأطفال . والتي غالبا ما تكون محكومة من اندفاعات غرائز الأمومة والأبوة. أو العقد النفسية للأبوين . أو حتى ضغوط الحياة علي الوالدين . وبعض الحالات العصبية الموجودة لدى أسر المعاقين . هذا ما أكدت عليه المصادر التي جمعت منها المهارات، ويمكن استعراضها فيما يلي :

أولاً : الوالدان النموذج والقذوة :

إن الآباء والأمهات مراقبون بشكل جيد من عيون طفل فضولي يجمع ردود فعل الوالدين علي كل صغيرة وكبيرة ، ويحاول أن يفسر ببساطة تلك السلوكيات المعقدة للوالدين ، فكل ما نسميه ايجابيا يراه كسلوكيات تعبر عن الحب ، وكل ما نسميه سلبيا يفسره بالكره والشر (Gary Unruh , 2010, 82).

فالحياة الأسرية المنظمة تتطبع عند الطفل قوانين وقيم ، والسلوك الإيجابي ينعكس أسلوبا عند الطفل في حل مشاكله . أما إسقاط اللوم ونوبات الغضب فيوجد فيها الطفل أسلوبا لحياة تعتمد القوة والإكراه. التسلط والتحكم الشديد يترك أثره سلوكاً متمرداً من دون وضوح الهدف ، كما أن العقاب المستمر وغير المنطقي يحول الطفل إلي كائن يصصر علي خطأه بطريقة سيكوباتية (Shaun Whiteside, 2009, 61)

إن الحقيقة التي ينبغي علي كل مرب أن يعيها . هي أن كل عضو في الحياة الأسرية يتأثر بشكل كبير ومباشر بالأجواء التي تسود العلاقة بين الزوجين . فكلما كانت الحياة الزوجية قائمة علي المحبة والود . حققوا بذلك آثارا تربوية إيجابية في تكوين شخصية أطفالهم (Gary Unruh , 2009, 81).

ثانياً: المشاركة في ألعاب الطفل علاج له ونمو :

يحقق الإدماج بألعاب الطفل غايات عديدة تفسر في ضوء المكان وحالة الطفل فالطفل ينمو باللعب. ووجود أحد الوالدين معه بألعابه قد يقدم الطفل دروسا عديدة

في تنظيم لعبه وكما أن أسئلة الوالدين للطفل عن لعبه ما قد يحفز ذهن الطفل وينقله لمستويات أعمق من التفكير. كما أن الأساليب العلاجية للطفل المعاق تتمحور في معظمها علي اللعب المنظم الهادف مع الطفل (87 , 2008 , Daniel Siegel) .

ثالثا : من الحكمة تدعيم المحبة بهدايا رمزية :

ينجذب الطفل للمظاهر الاحتمالية وما يحكمها من مشاعر الفرح التي تعم المناسبة، فالحكمة تتجلى أن يشارك الوالدان نجاحاتهما باقي أفراد الأسرة وإضفاء مشاعر البهجة والسعادة بوجود الأطفال . لما لهذا السلوك من أثر تدعيمي للأمل والتفاؤل (57 , 2004 , Harryz G) .

إن تقديم بعض الهدايا الرمزية وما يصاحب ذلك من ترسيخ مشاعر الحب والتي غالبا ما تعجز عنها كلمات الوالدين . وعموما نرى أن الطفل يعود إلي هديته في حالة الحزن وينظر إليها وقد يطرح علي تلك الهدية أسئلة عن معني وجوده في ظل إغضاب الوالدين له (37 , 1997 , Stephen Gilligan) .

رابعا : التأديب من خلال المحبة :

والموازنة بين أسلوب إغداق الحب الوالدي وحجبه « Giving and withholding love)) الطفل ضيق الإدراك لكثير من الأمور ، التجارب هي ما يزيد من إدراكه ومن قدراته علي تفهم قوانين الحياة التي لم يشارك في وضعها . والتفكير في صناعة سلوك الطفل ينبغي أن يتم من خلال تعزيزه أحيانا وكبحه أخرى (82 , 2009 , peter Goldie) .

أشار المتخصصون إلي ضرورة انتهاج المهارات التربوية النفسية الداعمة إلي التقييم الذاتي للمشاعر والعواطف التي تحكم سلوكيات الوالدين وتقويمها . فالتفاعل الوالدي القائم علي التسامح الكلي مع هفوات الطفل وإغداق الحب وشموله لكل ما يتعلق بمتطلبات حياته بدون أي حدود أو ضوابط قد يقلب البنية النمائية لإدراك الطفل ويسلبه استقلاليتة وقدرته علي حل مشكلاته . ويضع الطفل ضمن المصنفين بضعف التكيف واتخاذ القرارات اللازمة لرفع أسلوب الحياة (88 , 2009 , Alfie Kohn) .

إن حب الأبوين لطفلهما وحرصهما عليه لا يجب أن يكون موضع مساومة أو نقاش أو مكافأة نحرمة منها إذا قام بعمل لم نوافق عليه . فعطف الوالدين علي طفليهما وحنوهما عليه هو حق له عليهما وينبغي الوفاء به بغض النظر عن تصرفاته ورضا الأبوين عنها . أو معارضتهما لها ذلك أن هذا العطف يلقي بالدفء علي علاقة كل منهما بالآخر . ويجعل حياة الطفل في كنفهما ممتعة وذات مغزى (محمد عدس، ١٩٩٧، ٣٦٤)

وإن تأديب الطفل من خلال المحبة عملية برمجة سلوكية إيجابية تبدأ بالشعور الداخلي والعاطفة القوية التي تضمن استمرارية السلوك وبناءه علي أسس متينة (مصطفى أبو سعد، ٢٠٠٤، ١٢٥).

كما أن إزالة العواطف الضارة التي تتشكل في حياة الإنسان بحاجة إلي عواطف خيرة وصالحة فالعاطفة تحارب العاطفة ولا تحارب بشيء آخر ، فعاطفة المحبة التي يغرسها الوالدان في نفوس أطفالهم لها القدرة الكافية علي أن إلغاء كل عاطفة لا تليق بالطبيعة البشرية التي فطر الإنسان عليها (عثمان الخرفان، ٢٠٠٣، ٨٩) .

ومن جهة أخرى فإن ارتباط الحياة الأسرية بمناخ إنفعالي سلبي وتشارك أفرادها في نسق متباين من التفاعل الرمزي السلبي قائم علي العنف الأسري واستخدام الشدة والقسوة . سيؤدي هذا في النهاية إلي اتساع دائرة العنف الأسري فتتحول العلاقات الأسرية إلي فتنتين فئة المهاجمين وفئة الضحايا . ويحصل الخطأ عندما تتهدد السلطة الوالدية فيلجأ كل من الوالدين إلي العنف مع أطفالهم بهدف تأديبهم وتهذيب أخلاقهم . فيتخذ الزوج الموقف السلبي نفسه في تأديبه زوجته فيحط من شأنها ويقلل من مكانها بهدف الإغلاء من ذاته (Shaun Whiteside , 2009, 24:26).

خامساً: التسامح قانون نفسي مدخل لضبط الخطأ :

التسامح سلوك يحرر صحابة من تأثير ردود الفعل الانفعالية ، ويخفف من وطأة الضغوط ويخلق ارتياحا وهدوء في الحياة الأسرية فإذا تسامح الوالدان مع بعضهما ومع طفلهما ، سيتسامح الطفل مع أخيه وصديقه ومعلمه . إذا فمحاولة تعليم الطفل

بأن يبدأ يوماً جديداً كلما طلعت الشمس ينسي فيه كل أخطاء الماضي ، وأن كل يوم يحمل معه فرصة جديدة . يمكن أن يشكل دعماً للطفل أكثر من ذي قبل وتساعده علي تفسير أسباب خطأه وتجاوزه(Alfie Kohn, 2009,50) .

إن الخطأ سلوك إنساني ، والخطأ الأكبر التركيز علي السلوك الخطأ الذي يصدر من الطفل وتعميمه علي شخصية الطفل أو نعتة بهذا الخطأ . ووصفه بالفاشل أو الغبي ، وهذا أسوأ أنواع الإيحاء والبرمجة السلبية (92 , 2010 , Gary Unruh) إن الوالدان يلاحظان أخطاء الطفل البسيطة باستمرار . فمنهم من يتقبلها ويعمل علي تعديلها بإيجابية ومنهم من يتخذ موقفاً سلبياً ويبدى عدم تسامحه مع تلك الأخطاء ويعاقب الطفل بعنف وقسوة . وهذا سلوك لا يضر الحب للطفل (مصطفى أبو سعد، ٢٠٠٤ ، ٤٣) .

سادساً: التذكير بتضحيات الوالدين يخلق مشاعر الإحباط :

إن الإبتزاز العاطفي لضعف الطفل يفقده توازنه ويحيله لصراعات نفسية لن يتغلب عليها أبداً . فالتوعية السلبية للطفل بمسئوليات الوالدين الطبيعية يضعف البنية النفسية للطفل ويحبطه . فضلاً عن تنمية متضخمة للجانب العاطفي في قضايا وأساليب حل المشكلات واتخاذ القرار لدي الطفل (William P., 2008, 75:76) .

سابعاً: الصبر علي تساؤلات الطفل :

إن تعليم الأطفال التفكير الإيجابي ينطلق من ايجابية الوالدين . فمثلاً عند سؤال الطفل عن سبب تمزيقه للملابسة بعد عودته من المدرسة سيجيب بطريقة درامية خيالية تحكمها مرحلة نمو التفكير . بحيث يكون فيها الطفل بطل أو مظلوم والإيجابية هنا تقدير ذلك وتجاوز العتاب والزجر واستبدال تكذيب الطفل بقول جميل من مثل يبدو من قصتك أنك قضيت وقتاً ممتعاً في اللعب اليوم . أليس كذلك؟ ولكن بعد ذلك انتبه للملابسك وأحرص عليها (Clare Wood , 2006 , 101)

كما أن إدراك الوالدين لمسئولياتهما كمعلمين أوليين للطفل . يحتم عليهما الحرص علي نقل بعض خبراتهما المناسبة لسن الطفل . بطريقة تشبع فضوله الاستكشافي وتفسر له العلاقات غير الواضحة بين الأشياء وما هو غامض منها . ولعل الإجابة الحكيمة عن تساؤلاته تحقق ما سبق (Walter Toman, 1993, 42)

ثامنا : استغلال كافة فرص الحوار مع الطفل وتنويعاً:

إن التنوع في استغلال الفرص يعتبر ذكاء وجدانيا من الوالدين . ونقترح هنا بعض الأفكار مثل: مشاركة الطفل في وجبات الطعام- مناقشة الطفل حول برنامج كرتوني يتابعه- كتابة ورقة صغيرة قرب سريرة - أو داخل حقيبته فيها كلمات حب أو التشجيع- لما لذلك من أثر يشعر الطفل أن الوالدين يفكران فيه دائماً .

وللحوار قدرة تعليمية علاجية يتشارك خلالها الوالدان خبرتهما مع الطفل وله دور في تحفيز الطفل علي الرد المتعقل كما أن للإنصات حدودا ومهارة ينبغي عدم التفريط بها . ويتحقق هذا من خلال طرح رأيك علي الطفل وإعطائه فرصة للرد والتعبير (De lacy, 2007, 27) .

تاسعا : تجنب مقارنة الطفل بمن يفوقه :

والمثابرة علي تشجيعه حتى في حالات الفشل : إن التشجيع الحسي أو المعوي عنصر ضروريا من عناصر التربية لا غنى عنه . ولكن بدون إفراط كما أن للتشجيع دورا كبيرا في تنشئة الطفل . وفي تقدم حركته الإيجابية البناءة وكذلك في كشف طاقاته الحيوية وأنواع هواياته . كما أنه يزيد في استمرارية العمل ودفعه قدما نحو الأمام بمردود جيد (Daniel siegel, 2008, 6)

والتنافس يحرك في الإنسان عامة . وفي الطفل خاصة مشاعر وطاقت مكنونة لا يعرفها الإنسان إلا عندما يضع في نفسه منافسة شخص للفوز عليه . فالمنافسة والتشجيع مهارة يحتاجها الوالدان لاستخدامها في الأوقات المناسبة لتثقيف نفوس الأطفال ورفع منسوب هماتهم ونشاطهم (Harold Bessell, 2006, 50) .

كما أن التنافس ينمي في الطفل روح الجماعة عن الفردية والطفل الذي يبصر بمعنى المنافسة ويحضر علي بذل الجهد يحاول أن يثبت لوالديه مهاراته وإلي أي درجة وصل (Martha Kahane, 2001, 49).

عاشراً: تدريب الطفل علي الإستقلالية ضمن الحرية الواعية :

إن التعبير عن حبنا للطفل بطريقة عملية ومن بعد قناعتنا بجدواها يحتم علينا الاهتمام برأيه . واستشارته في بعض الأمور . وتقدير مشاعره وإشعاره بأنه فرد مهم في الأسرة . وأن الجميع يفهمونه ويقدرون مزاياه وميوله ، مع العفو عن هفواته وأخطائه . وان نمتلك شجاعة الاعتذار إن أخطأنا معه أو قسونا عليه .

الحادي عشر : منح الطفل الثقة بالنفس :

أن بث الثقة في نفس الطفل يبدأ من خطة بسيطة وذلك بتشجيعه وإظهار التقدير للمجهود الذي يبذله وليس فقط بتقدير النتائج التي حققها (عبد الباري داود، ٢٠٠٤، ٩٤) .

ويضيف البعض أن إظهار الثقة أمام الطفل يتطلب امتلاكها أولاً ، فالطفل بفطرتة قادر علي استشفاف التوتر والتردد في سلوك الوالدين واكتسابه وتعميمه علي كلي ما يفعله حتى علي ألعابه ولغته (Alfi Kohn , 2009, 88).

الثاني عشر : تجنب الأطفال الخلافات الزوجية :

الطفل كائن مرهف الإحساس يلتقط القلق من نبرات الصوت وإيماءات اليد والوجه ويسقطه علي سبب وجوده بالحياة . فمن المعروف أن الطفل يعتبر نفسه في مرحلة ما مركز العالم وهو إحساس ضروري لمتطلبات النمو النفسي السليم ولكن تسوية هذه المرحلة بوضعه بأجواء مشحونة وتوتر عالي المستوي بين الأبوين أو بين أحد الأبوين والأخ الكبير يفكك وثاق الارتباط مع أسرته قبل الأوان الطبيعي ، ويشحنه لا شعوريا ضد أدوار الأب والأم بالحياة (Toman, 1993, 28) .

كما أن العلاقات المصطنعة الجافة بين الوالدين والتي تفتقر للحرارة في العمق . تظهر التوتر والصراع الخفي بين أفراد الأسرة . فكل فرد يريد الآخر أن يتغير ليلاءم ما يظنه أفضل صورة ويصبح الطفل هدفا للاستحواذ عليه وتملكه من جانب . أو يكتسب اعتمادية مفرطة استسهالا لكل ما يفوق قدراته (Ellen Kirschman, 2007, 19)

ورأي البعض أن الهدوء والإستقرار الأسري أساس للصفاء الذهني للطفل (Shaun Whiteside, 2009, 2) .

وأن الجو المشحون بالكثير من الخلافات بين الأبوين، واللذين يتكرر ارتفاع صوتيهما بالغضب والانزعاج ويهين أحدهما الآخر، أو يحمله أوزار وأخطاء العائلة كلها أو يدفعه إلي الشعور بالألم وعدم الثقة، ويجعل الطفل أسير للمخاوف والاضطرابات، ويتشتت ذهنه فهو يحب أبوية معا . إلا أنه يدخل في صراع داخلي مع أي طرف يقف . وقد تتنابه مخاوف إمكانية افتراقهما وتحطم الأسرة (Kellert M, 2003,120) .

ومن ثم فإن حياة الأطفال في بيئة أسرية سعيدة خالية من الكراهية تخلق لديهم القدرة علي الإبداع والتفوق في شتي نواحي الحياة فكثير ممن فشلوا في صنع حياتهم هم أناس قد حرموا من عاطفة المحبة وتعرضوا إلي الغلظة والشدة والقسوة من قبل آبائهم ومربيهم (محمد عدس، ١٩٩٧، ٣٥٤) .

الثالث عشر: الإستجابة لمتطلبات المرحلة العمرية والمساواة بين الأخوة :

جاءت الشريعة الغراء لتقييم وتنشئ أمة وتنظم مجتمعا . فجاءت بالعدل الذي يكفل لكل فرد ولكل جماعة قاعدة متينة في التعامل لا تميل مع الهوى ولا تتأثر بالعلاقات الشخصية ولا الحالات النفسية . وعلي الوالدين أن ينهضا بواجب حق ا لتربية . وهو أمر فوق العدل إذا أن عليهما منع النزاع والشقاق بين الأولاد . وإيجاد المودة والرحمة بينهم . وقد أثبتت الدراسات أن صحة الطفل النفسية والعاطفية تعتمد إلي حد كبير علي نوع المعاملة التي يتلقاها من الوالدين . وأن الأطفال الذين يعانون من تفضيل الوالدين لبعض الأخوة عليهم . يضر نموهم الشخصي والإجتماعي والنفسي (ماجد الحمدي، ٢٠٠٨، ٩٠ : ٩٥) .

الرابع عشر: التوجيه المناسب في الوقت المناسب وبالطريقة المناسبة :

الاصطدام مع الطفل وتحديه أشبه بالدوران في حلقة مفرغة . فأخطاء الطفل واردة ويجب تصحيحها بشكل يعدل من سلوكه ولا يكبته أو يقهره . فليس المهم ما يجب قوله للطفل . بل المهم كيف نقول وبأي صيغة (Randal. D, 2010,23) .

الخامس عشر: إسماع الطفل الألفاظ والألقاب الإيجابية :

يجب أن يحظى الطفل بمزيد من المدح والثناء مما ينمي عنده الثقة بذاته . ولا شك أن لذلك المدح أثرا بالغا وفعالاً في نفس الطفل . حيث يحرك أحاسيسه ومشاعره فحب الثناء هو مظهر من مظاهر حب الظهور . وربما يكون ميل الطفل بطبعه إلي الثناء ناشئاً عن إحساسه بالضعف وميله للتأثر لشعور القوة والمكانة وربما يكون ميل الطفل بطبعة للثناء ناشئاً عن ميله للتأثر لشعور الغير إذ أن سعادة الأخر ورضاه عن أعماله يسعد الطفل أيضا (John O . Greene , et al., 2008,49) إن اقتراب الطفل من أحد الوالدين يعتبر سلوكا فطريا يبحث من خلاله الطفل عن الأمن والطمأنينة والحماية ، ويتحدد ذلك من خلال ما تسمع أذناه من والديه ابتداء بدقات قلبهما وعبارات المحبة والتطمين وانتهاء بالأمنيات النابضة بمعاني الحب (Garunruh , 2009,43) .

كما أن إسماع الطفل الكلام الذي يحبه له علاقة وثيقة بتمية شخصية الطفل وبتعويده الاستقلال بالرأي في القضايا ذات الصفة الشخصية أو الاجتماعية (Har- old Bessell , 2006, 20) .

السادس عشر: الطفل يحتاج للمسات مشبعة بحنان الحب:

عندما يرسم أطفالك رسومات صغيرة بريئة، علي الوالدين تعليقها في مكان خاص في البيت ، وإشعارهم أنك تفتخر بها ، وربما أن اختلاق كلمة سر أو علامة تبرز بها حبك لابنك لا يعلمها أحد سواكما ، أو احتضان الأولاد وتقبيلمهم والقول لهم كل يوم انك تحبهم ، أو يمكن للوالدين ابتكار أفكارا أخرى لتغذية المشاعر الطيبة بينهم وبين الطفل ، مثل أن تضع صندوق بريد خاصا يتبادل رسائل المحبة والشكر ،

كما يمكن أن استغلال هذا الصندوق في الاقتراب من الطفل وتقوية العلاقة معه ولعل ما سبق ليست إلا أفكارا عملية تزيد من حميمية التواصل بين الطفل وأبوية (هداية الشاش، آخرون، ٢٠٠٨، ٢٢٤).

فلكي تستمر محبة الوالدين وتدوم . لا بد أن يرتقيا إلي فهم سليم لطبيعة أطفالهم من حيث أن حب الطفل يتكامل في جانبين: (الجانب الروحي، الجانب المادي) ليسا منفصلين بل هما مختلطان مترابطان في علاقات تفاعلية متبادلة (محمد إبراهيم، ١٩٩٠، ١٤٩).

يتأثر الطفل بما يشعر به من خلال التعامل الفيزيائي معه (حضان الطفل ، حملة علي الكتف ، مصافحته ، شدة من يده ، تعنيفه ، الخ) وهي سلوكيات مادية مشبعة بالمحبة الوالدية والعطف (إسماعيل مراديان، ٢٠٠٥، ٨٣) .

وللقبلة دورا فعالا في توضيح مشاعرنا وعواطفنا للطفل ، كما أن لها دورا كبيرا في تسكين ثورته وغضبه . إضافة إلي الشعور بالارتباط الوثيق ، وتشديد علاقة المحبة بين الكبير والصغير والقبلة دليل رحمة القلب لهذا الطفل الناشئ . وهي برهان علي تواضع الوالدان علما أن القبلة تبهر الطفل وتخفف عن نفسه ، وتزيد من إقباله وتفاعله مع من المحيطين به (Martha Kahane, 2001,21).

السابع عشر: مراعاة الفروق الفردية بين الأسوياء والمعاقين :

إن الإدراك السليم لطبيعة الأطفال الضعيفة نفسيا وفكريا وجسديا . تفهم مشاعرهم بعد من أهم عوامل بناء المحبة المتبادلة بين الآباء والأبناء . فإذا كانت حاجة الطفل النفسية إلي المحبة وضرورة إشباعها أمر في غاية الأهمية لتكتمل جوانب ثمانية مهمة في شخصيته كونها فطرة إنسانية وضرورة بشرية ليتعلم الطفل كيف يتكيف مع نفسه وقدراته ومجتمعه . فإن حاجة الطفل المعاق للحب تفوق نظيره الطبيعي ، فالطفل هنا يحتاج الدعم والمحبة بنفس قدر حاجته للعلاج والتأهيل . فغالبا ما تكون العوامل النفسية سببا هاما لفقد معنى الحياة لدي الطفل المعاق (jay s, 1996,29) ، (ماجد الأحمدى، ٢٠٠٨ ، ٩٥ :٩٦) .

الثامن عشر: الإنصات للطفل باهتمام :

يعتبر النظر في عيني الطفل (eyes contact) أثناء الحوار معه من محددات النمو العاطفي للطفل . ويقدم علماء نفس الطفل نصيحة لكل أب وأم بإعطائه كل التركيز الممكن والتعليق علي بعض المشاعر التي يعبر عنها . والانتباه له أثناء مخاطبته وعدم الانشغال عنه في شيء آخر (David Crystal, 2009, 276) .

كما أن الإنتباه الفوري الواضح للطفل يضي اهتماما وتقبلا يدركه الطفل منذ السنة الأولى من عمره . وتزداد حاجة الطفل للانتباه له خلال فترة نموه وتتعاظم خلال المراحل الأولى من الالتحاق بالمدرسة أو بأحد المراكز العلاجية التأهيلية . والانتباه مهارة يتطلب من الوالدين إتقانها وتعليمها للطفل لزيادة تكيف الطفل مع المحيطين به . تقوية رصيد الوالدين في بنك الحب لدى الطفل (Becky A Bailey, 2008,37)

التاسع عشر: اعتماد مبدأ « عامل ابنك كما كنت تحب أن تعامل » :

توجه العمليات النفسية اللاشعورية سلوك الوالدين نحو تكرار بعض الأحداث المؤثرة في نظامهم المعرفي حيث أن التعرض للكثير من المواقف والصراعات غير المحسومة يضعف القدرة علي اتخاذ القرار وحل المشكلات التي تواجههم ويرى أنصار التحليل النفسي أن السر الكامن وراء التحول في بعض سلوكيات الزوجين (عقب إنجاب الطفل) عبارة عن إظهار مبطن لرغبات مكبوتة تحاكي في مجملها خبرات تربوية تعرض لها الوالدان في مرحلة الطفولة . والتي ما زالت غير مقبولة من قبلهم (Henery , J 2003 , p 112) .

وأثبت (Harold Bessel, 2006) في دراسته أن توعية الوالدين بمنطلقاتهم اللاشعورية قد يحيل الصراعات المنزلية مع أزواجهم وأطفالهم إلي أنماط مثمرة من التعاون والتفاعل الإيجابي . في حين قامت محاولات (Becky A Bailey, 2008) علي تنظيم التصورات الوالدية عن معني الرعاية للطفل . ضمن نماذج تتناسب مع كل أسرة ، وذلك من خلال الاستفادة الممكنة من الرغبات غير المحققة أثناء الطفولة . والتي غالبا ما تعبر عن تطلعات الوالدين وتحدد أساليب تعاملهم مع الطفل .

العشرون : تجنب تخويف الطفل : الخوف سلوك متعلم :

وإتباع أساليب تربية بعيدة عن الاعتدال بين التساهل والقسوة وتقوم علي تخويف الطفل من العقاب المتمثل في العزل أو الضرب . أو الإهمال غير المقصود . أو حتى سحب الحب منه في حالة عدم الطاعة غالبا ما يدمر الإحساس بالحياة لدى الطفل ويظهر في سلوكياته أعراضا عصابية و وسواسيه غير سوية (Randal . D , 2010,51).

الحادي والعشرون : تنمية هواياته وتوجيهها . والتخطيط المسبق لشغل أوقات الفراغ :

إن اكتشاف مواهب الطفل وتعزيزها من بديهيات الأسرة . فالتعامل مع الطفل يمر عبر شغل أوقاته بقضايا يحبها ويهتم بها . وأثبتت نظريات النمو أن كل ما يحبه الطفل يبرع فيه لو قدم له بأسلوب يناسب قدراته . وأن احترام القدرة علي الإبداع تفرض علي الوالدين تشجيع الطفل وتسهيل عمله والحرص علي شغل أوقاته بما يناسبه (Nebojsa, 2008, 92) .

الثاني والعشرون : تفعيل العطلة الأسبوعية :

وهذا يتطلب تنسيق بعض الرحلات المناسبة لظروف الأسرة في محاولة لقضاء أكبر وقت ممكن مع الأطفال وتبادل الملاحظات أو تناول معهم وجبة الطعام أو حتى ممارسة رياضة المشي ، يشعر الطفل بأن والداه يقدرانه وبأنه شخص يعتمد عليه ، وقد صنفت العطلة الأسبوعية ضمن تقنيات العلاج الأسري القائم علي تنظيم فاعلية الوالدين التي اقترحها Lee, 2000 « وهي أصلا متضمنة في كتابات «fourm» ضمن ما يأتي عرف بالتخطيط الذاتي للتلاقي والتوافق بين أفراد الأسرة planning for convergence and compatibility .

(Scotti . L . Veale, 2006 , 41:42). كما أن مقتضيات العصر الحالي وضغوطاته تنسي الوالدين أهمية التفاعل مع الطفل ولعل تفعيل إجازة آخر الأسبوع يبدو حلا مقنعا للوالدين وكافيا للطفل حتى يختبر أهمية وجوده ويتفاعل مع قيمة الأسرة في مجتمع جديد كل ما فيه للمتعة واللعب (Henry Kellerman, 2009, 6) .

الثالث والعشرون: الاتفاق الوالدي علي مبادئ رئيسية في التربية :

الإختلاف أمر طبيعي داخل كل منزل . ولكن لهذا الخلاف حد لا يجب تجاوزه . وتتفق الدراسات علي أن الاتفاق علي مبادئ أساسية وتوزيع بعض الأدوار بين الأب والأم يعتبر عامل وقائي للخلافات الزوجية المتعلقة بالتعامل مع الطفل . وهذا الاتفاق يضمن كذلك إظهار الوالدين ينسق واحد وقرار موحد يضبط سلوكيات الطفل وينظم حياته (3 , Scott, 2003) .

ولابد أن تكون سياسة الوالدين موحدة أو متقاربة تجاه الطفل بحيث لا يشعر أن هناك farkا ملحوظا بين معاملة كل منهما له بحيث ألا يقف الأبوان موقفين متعارضين أمام الطفل تجاه عمل قام به . فأحدهما يطالب بعقابه والأخر يعارض . فهذا التصادم يفسد الموازين في إدراك الطفل ويخلق لديه انطباع بأن الأمور ليس لها ضابط ولا معيار يوجب الالتزام به . وأن سلوكه مهما كان سيجد من يدافع عنه من أحد الوالدين(عثمان الخرفان، ٢٠٠٣، ٨٥) .

وهناك ما يعرف بالتخلي عن المسؤوليات والأدوار المناطة بكل فرد من أفراد الأسرة وسببه التغييرات التي حدثت في تعريف الدور المناط بكل فرد من أفراد الأسرة فحدث بذلك اضطراب في مفهوم الدور فعجزوا عن القيام بأدوارهم بطريقة صحيحة . وعندما لا يعي أفراد الأسرة حدود أدوارهم يحدث هنالك ما يسمى «بصراع الأدوار» فيتصارع دور الأبناء مع دور الآباء أو دور الزوجات مع دور الأزواج فتحدث الكراهية والبغضاء والاضطراب في الحياة الأسرية (أحمد عبد الحميد، ١٩٩٨، ٧٥) .

ويبدو أن الفشل الذي يصيب أداء أحد الوالدين للدور المنوط به يمثل عاملا مدمرا علي الأطفال . وقد أوضحت بعض الدراسات أن المراهقين الذين يعانون من مشكلة سوء التكيف الشخصي ينحدرون أساسا من أسر تتعرض لصراعات زوجية ومشكلات لا تنقطع (علياء شكري، ٢٠٠٠، ٢٢٩) .

الرابع والعشرون : التنشيط المعتدل لبعض اللقاءات العائلية :

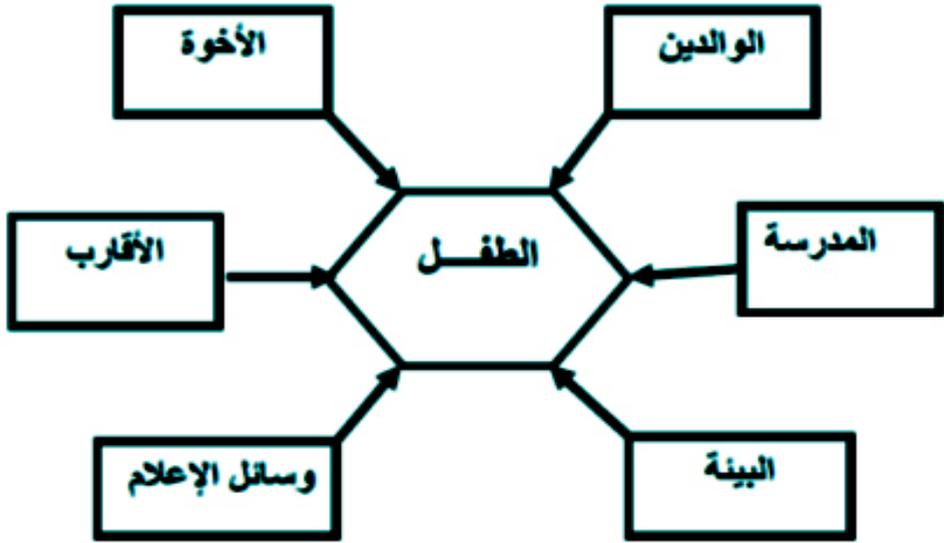
لنمو النفسي والإجتماعي المتوازن يفرض وجود تنوع أمن للعلاقات الاجتماعية التي يتفاعل معها الطفل ضمن إطار الأسرة . الممتدة فالمحبة التي يتلقاها الطفل من جده أو جدته أو من العم أو الخال له مذاق واحد ولكن بألوان مختلفة . كما أن اللعب الذي ينشط فيه أحد الأقارب يعكس متعة يحرص الطفل علي أن لا يفقدها ، فاللعب مع طفل أو شخص يعرفه ينقل تفكير الطفل من مستوي الحذر والترقب والخجل إلي مستوي الإبداع (Randal, D, 2010, 41).

الخامس والعشرون : الحب غير المشروط :

إنه ذلك الحب الوالدي غير المتعلق بخيوط أخرى يربطها الوالدان بموضوعات أخرى كشرط لعواطفهما تجاه الطفل ، فالحب المشروط يشعر الطفل بالقلق الدائم من فقدان محبة والديه . ولحب المشروط نوعان (الحب المبني علي التوقعات ، والحب المبني علي الجدارة والاستحقاق) (عبد الباري داود، ٢٠٠٤، ٩٤).

نلاحظ مما سبق عرضه أن الضوابط والمهارات السابقة قابلة للتحويل إلي معيقات تعترض سبيل حب الوالدين للطفل وأشارت الدراسات إلي أن المحبة تتطلب وجود ثقافة عاطفية للأسرة ليست مكان رمزي لإنجاب الطفل بل مكان لتربيته وتنشئته وتهيئته لمجتمع عصري يزخر بالحياة . ويتطلب التكيف مع إيقاعه مواكبة عقلية وتربية عاطفية لأسرة فعالة إيجابية.

شكل (٨) مصادر الحب المؤثرة في الطفل وحصوله علي عاطفة الحب



(إبراهيم زكي عبد الجليل، ٢٠١٦، ٨٤)

كما يؤكد (أ. د حمدي ياسين، ٢٠٠٩) في كتاباته ومحاضراته بأن الحياة السوية لا يمكن تحقيقها إلا إذا توافرت أركان أسرية وطيدة يحفها الحب . والرحمة والتواصل و الحميمية والذكاء والوجداني : مما يحدث نوعا من الاستقرار النفسي للأطفال. وأن الأسرة الصادقة المتحابية والمتماسكة تحقق الأمان والطموحات والتطلعات والأحلام والأهداف وتحول الطفل من كائن بيولوجي إلي إنسان اجتماعي سوي أي أن الأسرة المتحابية تقوم بعملية أنسنة هذا الكائن البيولوجي فتحوله من مخلوق بيولوجي له حاجاته المادية فقط إلي إنسان له أهداف ومشاعر وأفكار وأحاسيس علاقات اجتماعية سوية ومتنوعة مع الغير وخبرات وأنشطة مختلفة .

ويضيف (أ. د حمدي ياسين) أن الأسرة المتماسكة قوامها الانسجام والتوافق والحب بين الزوجين . وجاءت كلمة الأسرة من كلمة أسر يأسر، أي قيده داخل قيود وأحكام الأسرة ولكنها ليست قيودا حديدية إنما هي قيود حريرية من الحب والوفاء والأمان والمودة . فإذا غاب الوالدان يتأثر الأبناء وتتفكك الأسرة فمن الناحية المعرفية يتدنى

مستوي التحصيل والذكاء ويحدث التششت . وعدم التركيز وضعف الذاكرة ومن الناحية الاجتماعية تنفك الأوصال الأسرية ، والمجتمعية وينتمي كل فرد إلى جماعة شللية لا تدري لها هدفا ولا غاية ولا ولاء ولا حتى إنتماء لقيم ، أو مثل عليا ومن الناحية النفسية ينشا لديهم سلوك انفعالي يتسم بالعدوان والتمرد بل ، يصبحون قنابل موقوتة قد يكون انفجارها أولا في وجه من أشعلها ويتفق الباحثون مع هذا الرأي ويؤكدون أن العلاقة بين الزوجين ليست منفعة جنسية أو رغبة في إيجاد البنين والبنات فقط ، ولكنها علاقة بناء أسرة إنسانية مصغرة تشكل لبنة في تكون مجتمع بشري صالح يحقق حقيقة استخلاف الإنسان في هذا الكون (محمد قطب، ١٩٨٤، ٣٩: ٤٠).



الفصل العاشر

استراتيجيات تنمية مهارات الحب الوالدي وتأهيل طفل التوحد

- تقديم:
- تقبل طفل التوحد لدي أسرته:
- العلاقة بين الوالدين (الأمهات والآباء) وطفل التوحد:
- أهمية الإرشاد الأسرى:
- الإستراتيجيات التي تستخدم في إرشاد الوالدين:
- الإستراتيجيات التي يمكن التدريب عليها لتنمية مهارة الحب الوالدي:
- أساليب التعامل الوالدي الإيجابي مع طفل التوحد:
- خطوات إعداد خطة سلوكية:
- أهمية مشاركة الوالدين في برامج علاج طفلهما التوحدي:



▪ تقديم:

قال الله تعالى: بسم الله الرحمن الرحيم [وَأِنَّا لَمُوفُونَ بِمَا نَصِيبُهُمْ غَيْرَ مَنْقُوصٍ].
سورة هود: الآية (١٠٩)، وقال عز وجل: [وَإِنَّ كُلًّا لَّمَّا لِيُوفَيْنَهُمْ رَبُّكَ أَعْمَالَهُمْ إِنَّهُ بِمَا
يَعْمَلُونَ خَبِيرٌ] سورة هود: الآية (١١١)

وقال الشاعر:

إِنْ كَانَ لِلْمَرْءِ عَزْمٌ فِي إِرَادَتِهِ ●●● فَلَا الطَّبِيعَةُ تُثْنِيهِ وَلَا الْقَدْرُ

(الزهاوي)

ويقول (نصر بن سيار)

اسْمَعْ نَصِيحَةَ ذِي لُبٍّ وَتَجَرِبَةَ ●●● يُفِدَكَ فِي الْيَوْمِ مَا فِي دَهْرِهِ عِلْمًا

إن تدريب والدي الأطفال التوحيديين على مساعدة أطفالهم عمل على الحد من المشكلات السلوكية التي تصدر عنهم ومنها السلوك الانسحابي وركز برنامج الوالدين على حل المشكلات وإرشادهم عن كيفية التعامل مع أطفالهم التوحيديين وتوجيههم وتعليمهم وتدريبهم على كيفية مواجهة سلوكياتهم غير المقبولة اجتماعيا والمشكلات التي تتجم عنها، وكيف يمكنهم أن يجدوا لها حلولاً مناسبة. وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية هذا الأسلوب في مساعدة الأطفال التوحيديين على الحد من سلوكياتهم غير المقبولة اجتماعيا ومنها السلوك الانسحابي حيث انخفضت هذه السلوكيات بدرجة دالة قياسا بما كانت عليه من قبل (Schopler 1986).

▪ تقبل طفل التوحد لدي أسرته:

إن التوحد من الإعاقات النمائية العصبية المعقدة التي تصيب الأطفال في طفولتهم المبكرة، وهي إعاقة ذات تأثير شامل على كافة جوانب نمو الطفل العقلية الاجتماعية، الانفعالية، الحركية، الحسية، وأن أكثر جوانب القصور وضوحاً في هذه الإعاقة هو الجانب التواصلية و التفاعل الاجتماعي المتبادل، حيث أن الطفل التوحيدي

غير قادر على التفاعل الإجتماعي وتكوين علاقات مع الأقران بالإضافة إلى قلة الإنتباه، والسلوك النمطي، والإهتمامات لديه مقيدة أو محددة.

وأكدت العديد من الأدبيات والتجارب العلمية و الدراسات البحثية أهمية البرامج التربوية التطبيقية المباشرة المقدمة لأطفال التوحد في المؤسسات التعليمية، والتي تساعد على تحسن حالتهم في المستقبل وتساعد المحيطين بهم في كيفية التعامل معهم، إذ أن غالبيتها قد حققت نتائج ايجابية خلال تطبيقها، وهذا ما ورد من نتائج العديد من الدراسات منها دراسة (الغريير والمخالد، ٢٠١٤؛ أسامة مدبولي، ٢٠٠٦) والتي ركزت نتائجها على أهمية تعليم وتدريب وتأهيل الاطفال التوحديين في كافة المراحل.

والأم بصفة خاصة ترى أن ”الطفل المنتظر سيكون مفعما بجميع الفضائل وجميع المواهب وتأتي الفكرة المؤلمة بأنه وأحيانا قد تصبح هذه المخاوف أو الأفكار المؤلمة حقيقة، فتفاجئ الأم بولادة طفل غير عادي، وغالبا ما يثير هذا الاكتشاف مشاعر يمتزج فيها الخوف بالأسى وخيبة الأمل مع الشعور بالذنب والارتباك والحرج. هنا يعتبر الأولياء أن المشروع الذي يربطهم بطفلهم اهتز إلى الأبد وعليه قد تدفن جميع رغباتهم (التمرس، الإستقلالية، الحياة المهنية، العاطفية) وإن اللحظة التي يتم فيها اكتشاف إعاقة طفل في الأسرة هي مرحلة حاسمة تؤدي لتغيير جذري في المسار النفسي الاجتماعي، الاقتصادي اولسلوكي للأسرة عامة وللأم خاصة، إذ أن هذا الاكتشاف يضع الوالدين والأم خصوصا أمام واقع مر، سواء كانت الإعاقة جسدية كالتشووهات، أو إعاقة حركية، أو حسية كالإعاقة البصرية او السمعية، أو عقلية كالتخلف العقلي، وقد يكون الطفل مصابا بإضطراب من الإضطرابات النمائية الارتقائية كالتوحد والذي يعتبر من أكثر الإضطرابات خطورة وتعقيدا إذ يتسم الطفل المصاب به بالإنعزال عن الآخرين وقطع الصلة بهم وتتجلى خطورة هذا الإضطرابات في كونه لا يقتصر على جانب واحد من شخصية الطفل بل يمتد تأثيره ليشمل جوانب عدة منها المعرفي، الإجتماعي، اللغوي والإنفعالي.

فالتوحد يعد من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل وبالنسبة لوالديه والعائلة بأجمعها كما يعتبر اضطراباً. فالتغيير الذي يحدث إضافة للانفعالات الناجمة عن ميلاد طفل توحيدي وإدراك الحقيقة يؤدي إلى توليد الشعور بالضغط داخل الأسرة. كما أنه لا يوجد مكان يتأثر بوجود طفل معاق أكثر من الأسرة، فإن ولادته تمثل ضغطاً ذو قيمة داخلها مسبباً بذلك أزمات عديدة تؤثر على التفاعل الأسري. وهذه الضغوط تمس الأسرة بصفة عامة والأم بصفة خاصة (عبد المعطي، ٢٠٠٦، ٢٩٥).

وأسر الأطفال التوحيدين بحسب رأي الباحثين وملاحظتهم يعانون من إصابة ابنهم بالإعاقة الذهنية، وتتأهبهم صدمته شديدة عند معرفتهم هذا الأمر يلي ذلك مشاعر الرفض والإنكار وعدم التقبل لحالة ابنهم ثم الخوف والقلق ومحاولة التعايش مع الواقع وتقبله والسعي لإيجاد العلاج المناسب لحالة ابنهم كل تلك المشاعر السلبية والقلق والخوف تجعل أمهات الأطفال يقعون تحت تأثير الضغوط النفسية والجسدية وضغوطات الحياة والتي تستمر معهم كلما تقدم طفلهم في المراحل العمرية وما ينتج عن ذلك من صعوبة السيطرة على سلوكياته والخوف على مستقبلهم .

ونظراً للتغيرات والظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية المتغيرة يتعرض الأفراد كل يوم تقريباً لضغوطات حياتية مستمرة ترافقها نوع من التحديات في مدى قدرتهم على مواجهة هذه الضغوطات الحياتية وأدارة الأزمات، وفي قدرتهم في التخلص من هذه الضغوطات بدرجة عالية من الشعور بالرضا عن الحياة فيشعر الآباء بالعبء لإثبات وجودهم الفاعل ودورهم المهم في ظل كل هذه المجريات والمتغيرات رابطاً بذلك شعورهم بالرضا عن الحياة بمدى تفاعلهم مع هذه الضغوطات هذا من جهة وأشارت الباحثون أن الطفل المتوحد يكون غير قادر على الاعتماد على نفسه وإدارة شؤونه الخاصة، من جهة أخرى، مما يزيد ذلك من صورة الضغوط الحياتية على الأسرة لاسيما أمهات هؤلاء الأطفال. مما انعكس عليهم في شكل أثر نفسي سيئ إذا ما استفحل هذا يمكن أن يؤدي بهم إلى ضغوط نفسية وحياتية متعددة.

وأوضحت دراسة (Davis & Carter 2008) أن هنالك درجة مرتفعة من الضغوط لدى والدي طفل التوحد. كما أشارت دراسة السيد الخميسي (٢٠١١) أن الضغوط المتعلقة بنقص المعلومات والضغوط الناتجة عن خصائص الإبن التوحيدي هي من أكثر الضغوط التي تعاني منها أسر الأطفال والمراهقين التوحيديين.

وأكدت دراسة فاطمة درويش (٢٠١١) عدم قدرة أولياء أمور أطفال التوحد على تحمل اعباء الطفل المعوق من أكثر مصادر الضغوط النفسية شيوعاً وتأثيراً لدى أولياء أمور المعاقين عقلياً، ثم يليها القلق، تليها المشكلات النفسية والمعرفية للطفل، ثم الأعراض النفسية والعضوية ثم مشكلات الأداء الإستقلالي للطفل، يليها مشاعر اليأس والإحباط وأخيراً المشكلات الأسرية والاجتماعية.

كما أن الآثار المترتبة على وجود الطفل المعاق عقلياً على أسرته تتمثل في الصدمة الأولى والشعور بالحزن والأسى ثم يأتي بعد ذلك الشعور بالإثم والمعصية وأنه عقاب من الله وبالتالي تظهر العزلة عن الآخرين وتجنب المشاركة في المناسبات الاجتماعية والابتعاد عن الأقارب والمعارف لأنهم يشعرون بالخجل ويستمر الشعور بالصدمة والحزن نتيجة القصور في المعاملات عند الوالدين فيما يتعلق بتثنية الطفل وظهور مشكلات سوء تكييف طفلهم ومشكلات تأخر النمو وأكثر ما يحزن هؤلاء الأسر هو المستقبل المجهول الذي سيواجه هؤلاء الأطفال.

▪ **العلاقة بين الوالدين (الأمهات والآباء) وطفل التوحد (الأوتيزم):**

إن ميلاد طفل جديد يحتم على الوالدين توفير الإمكانات المادية، النفسية، والاجتماعية من أجل حياة أفضل لهذا الطفل خصوصاً إذا كان هذا الطفل معوقاً والوالدين يستجيبان بطريقة انفعالية لهذا الموقف حيث تمر هذه الإستجابة بمراحل أولها الصدمة حيث تختلف في شدتها ومداها الزمني وهذا حسب طبيعة الإعاقة فيتساءل الوالدين إذا كان ما يحدث لهما ظلماً وكذلك هناك مرحلة الإنكار.

حيث يعتبر الإنكار آلية دفاعية، تظهر كرد فعل للقوة المهددة ولكن مع الوقت يدرك الوالدين بأنهما الوحيدان القادران على مساعدة ابنهما حيث أن الإنكار يكون

كرد فعل للحدث الصدمي والقوة الضاغطة إلى جانب الإنكار يمكن أن يحدث انفعال آخر وهو إسقاط اللوم حيث أنه آلية دفاعية أخرى إلا أن هذا الأخير يثير مشاكل بين الوالدين (الأم والأب) ويكون مدمراً للعلاقة. كما أن الإنكار يرجع للقلق الحاد الذي يعيشه الطفل والوالدين خاصة، وبالتالي يؤثر على سلوكهما سلباً بالإضافة إلى هذه الإنفعالات قد يمر الوالدين بمرحلة الغضب أو الشعور بالذنب أو الحماية الزائدة إلا أنه بعد كل هذا لا بد من مرحلة التقبل (Roger, et al, 1997, 7).

والتقبل خطوة أخيرة لهذا الطريق الشاق للوصول إلى التوافق والتكيف بالنسبة للوالدين والذي يكون بتقبل الطفل المعاق والذي هو خطوة أساسية للشفاء والنمو التي فيها يعترف الوالدين بقيمة الطفل والذي له أحاسيس، مشاعر ورغبات ككل الأطفال وله الدافع للاستمتاع بالحياة وامتناع الغير (حسن عبد المعطي، ٢٠٠٦، ٢١٤).

إن تنشئة و رعاية طفل مصاب بإضطراب التوحد من بين أكثر المشكلات الضاغطة التي يمكن أن تواجهها الأسرة فقد تضع نوبات الصراخ والغضب والهييج الحركي والإنفعالي التي غالباً ما تصدر عن ممثل هذا الطفل جميع أفراد الأسرة على حافة الانهيار العصبي لكن بعد تقبل الوالدين و الأسرة ككل لهذا الإضطرابات يصبح من السهل مواجهته و الإعتناء بطفلهم وذلك من خلال التخطيط لمستقبله وتوفير الإمكانيات له و كذلك محاولة علاجه وتعليمه كيفية الإعتناء بنفسه.

تتباين ردود الأسرة تبايناً واضحاً تجاه وجود مولود جديد من ذوي الإعاقة وقد توصل العلماء والباحثون والمهتمون بشؤون الإعاقة إلى أن هناك مراحل معينة تمر بها الأسرة عند اكتشاف أن إبنهم يعاني أي اضطرابات.

▪ **وقد قدم «كندي» (١٩٧٠) تصنيف حول المراحل التي تمر بها أسرة طفل التوحد ومن أهم تلك المراحل ما يلي:-**

أ- الإحتجاج. ب- فقدان الأمل. ت- الإنسحاب.

▪ أما تصنيف «لوف» (١٩٧٣) للمراحل التي تمر بها أسرة الطفل التوحيدي هي:-

أ- الصدمة. ب- الرفض. ت- الشعور بالذنب. ث- الشعور بالمرارة.
ج- الحسد. ح- الرفض. خ- التكيف

▪ كما قدم «رايت» (١٩٧٦) تصنيف للمراحل التي تمر بها أسرة الطفل التوحيدي وهي كالتالي:-

أ- الصدمة. ب- النكران. ت- الشعور بالذنب والغضب
ث- الشعور بالعار والعذاب. ج- الإكتئاب. ح- تجاوز المحنة.

▪ وذكر «هوبرت» (١٩٧٩) قال إن الأسرة تمر بالمراحل التالية:

أ- النكران. ب- الغضب. ت- المساواة. ث- الإكتئاب. ج- القبول.

يتضح أن موضوع المراحل التي تمر بها الأسرة تجاه الإعاقة لازال يكتنفه بعض الغموض شأنه شأن الأسباب.

▪ وقد توصل جمال الخطيب (٢٠٠١) إلى أن هناك حوالي أحد عشر مرحلة تمر بها الأسرة وهي على النحو التالي:

أ- المدى الواسع لردود الفعل. ب- الصدمة. ت- النكران
ث- الغضب والعدوانية. ج- الشعور بالذنب. ح- الحداد والشعور بالأسى.
خ- الاكتئاب والإنسحاب. د- الأمل غير الواقعي. ذ- الرفض والتجنب.
ر- الحماية المفرطة. ز- القبول والتكيف

▪ أهمية الإرشاد الأسري:-

إن مجال إرشاد والدي الأطفال ذوى الحاجات الخاصة - المعوقين - من المجالات الحديثة والهامة في الإرشاد، ويمثل الإرشاد لوالدي الأطفال المعوقين حاجه أساسية

لهؤلاء الأباء لما يمرون به من صدمات وضغوط نفسية إبتداء من تشخيص حالة الطفل واستمرارا مع هؤلاء الأباء طيلة حياة الطفل الذي يعتمد اعتمادا كاملا على الأسرة.

ويلقى الإرشاد الأسرى اهتماما بالغاً في كثير من البلاد، فقد أنشئت أول عيادة للإرشاد الأسرى في الولايات المتحدة الأمريكية عام (١٩٣٠) في لوس انجلوس، وأفرد للإرشاد الأسرى مجالات علميه متخصصة مثل، Counseling, Guidance; Inter- national J. of counseling Family (عادل الأشول، ١٩٩٢، ٨٨٨).

▪ الإستراتيجيات التي تستخدم في إرشاد والدى الأطفال التوحديين:

حدد ستيوارت الإستراتيجيات التي يمكن استخدامها في إرشاد والدى الأطفال المعاقين فيما يلي:-

١. برامج المعلومات التي تزود الألباء بالحقائق حول حالة طفلهم.
٢. برامج العلاج النفسي لمساعدة الوالدين على التعامل مع مشكلاتهم الشخصية.
٣. برامج تدريب الوالدين لمساعدتهما على تطوير مهارات فعالة في تدريب طفلهما المعاق (Stewart, 1986, 32:33).

ويشير «كوهين و دونالدان» أنه بالرغم من اختلاف نماذج التدخل من حيث الطريقة أو المحتوى إلا أنه لم يعد هناك جدالا في أهمية دور الأباء لتعليم أطفالهم الذاتويين، وظهرت طريقتين رئيسيتين تستعمل بشكل جوهري في التعامل مع أسر الأطفال الذاتويين هما:-

١. الطريقة المبنية على أساس كينيكي وفيها يتم تنفيذ برامج الإرشاد في المراكز المتخصصة طبقا لأراء «سكويلر» وآخرون (١٩٨٤)
٢. الطريقة المبنية على أساس المنزل وفيها يتم تنفيذ برامج الإرشاد في المنزل طبقا لاراء هيملسي وآخرون Hemsley, et als (١٩٧٨).

(Cohen, Donnellan, 1985, 504)

ففي الطريقة الأولى يتم تدريب الأباء في مراكز للتدريب باستخدام أساليب الملاحظة الكليينكية ويتعلم الأباء الطرق الفعالة لتعليم أطفالهم والسيطرة على سلوكياتهم ، ثم بعد ذلك يقومون بتنفيذ هذه المناهج في المنزل تحت إشراف الفريق القائم بالتدريب ويتم تقييم فعالية زيارات الفريق المعالج للمنزل من خلال تقارير الأباء وملاحظاتهم للتغير الحادث في سلوكيات أطفالهم . وتتميز هذه الطريقة بأن الأباء يستفيدون من الوسائل العلاجية الموجودة بالمركز، كما يتاح لهم فرص لتدريب والإستفسار بدون حرج والحصول على التعليمات التي يمكن الاستفادة بها في المنزل. أما الطريقة الثانية فيتم تدريب الأباء في البيئة الطبيعية اليومية للأحداث فيكون الإيضاح والتعليمات المقدمة طبقاً للمواقف الواقعية وليست العملية كما تتاح فرص التدريب على مهارات التعميم من خلال هذه الطريقة.

ومن الملاحظ أن كمال الإتجاهين له إيجابيات وسلبياته، وفي غياب الدليل القاطع يتفوق أو تميز نمط معين على الآخر ، فإن السياسة المنطقية تشير بالدمج بين النمطين، والمرونة للنمط الذي يتلاءم مع حاجات الأسرة وظروفها (Cohen&Don- nellan, 1985,504).

▪ الإستراتيجيات التي يمكن التدريب عليها لتنمية مهارة الحب الوالدي:

أولاً: الجانب الانفعالي:

وأهتم هذا الجانب بتغيير تلك المشاعر السلبية التي يشعر بها والدي الأطفال المصابين بالأوتيزم وذلك من خلال عدة خطوات عملية وهي:

(١)- إفهم مشاعرك:

فعلى الوالدين ألا ينزعجا من مشاعرها المتضاربة تجاه طفلها بين الحزن والعدوان والإحباط والشفقة والخوف والغضب والإحساس بالذنب فهذه كلها استجابات طبيعية وقد تأتي وتختفى من وقت لآخر فعليها التعبير عن هذه المشاعر وبدون ذلك ستفقد القدرة على التفكير والتعامل مع حالة الطفل والاستجابة الشائعة لدى أمهات هؤلاء الأطفال هي الصدمة فقد تشعر الأم بالخطر من الصاق كلمة (أوتيزم) بطفلها

الصغير والبعض يبحث عن طبيب آخر على أمل الحصول على تشخيص آخر للطفل أقل تهديدا ومرورا بمشاعر الذنب تتحول هذه المشاعر الى الغضب من سلوك الطفل المزعج وتجاهله للأم وبدون المعلومات الكافية والدقيقة عن سلوك الطفل واضطرابه سيقف عقل الأم أمام تفسير سلوك الطفل النمطي أو التكراري وتحاول الأم الوصول الى تفسير لهذا السلوك هل هو تخلف عقلي، اضطراب نفسي، اضطراب جسمي!

وبالمعرفة تستطيع أن نغير أفكار الأم عن الطفل وبالتالي سيتغير انفعالها بشكل إيجابي وتؤدي هذه المشاعر الإيجابية عن الطفل الى سلوك إيجابي وتعاون في طريق تعديل سلوك الطفل فتغيير السلوك لا بد أن يسبقه تغيير في الفكر والانفعال وتقدم الطفل في البرنامج التدريبي العلاجي يبدأ بتقبل الأم للطفل وحماسها وثقتها في تقدمه، ومع تقدم الطفل في خطوات البرنامج التدريبي سيدعم هذا النجاح مشاعر الأم الإيجابية عن الطفل وتبدأ في تغيير نظرتها وتعاملها مع الطفل (Weiss, 2007).

(٢) - التكيف:

بمعنى ان يساعد الوالدين نفسها على التكيف مع حالة الطفل ويظهر ذلك في

النقاط التالية:

أ- مشاعر إحباط وحزن وخيبة أمل حتى ولو بالكتابة فتفريغ هذه المشاعر مهم يمكن تخصيص وقت يومي للجلوس مع النفس وترتيب الأوراق أو مناقشة هذه المشاعر والمخاوف مع الزوج وهذه الدقائق ستمنحك الطاقة لمواجهة ضغوط التعامل مع سلوك الطفل غير المناسب.

ب- تذكروا دائماً أن ابنكم هو طفل في النهاية قبل حصوله على تشخيص الاوتيزم وقد يكون لديه قدرات ومهارات أخرى بارزة بعيدا عن الإضراب فقد يكون رسام ماهر أوولديه قدرة حركية جيدة أو قدرة على التعامل مع الكمبيوتر فهذا سيساعدك على تقبل الطفل ويمكن الاستفادة أيضا من نقاط القوة هذه في تدريب الطفل ولكن كيف تكتشفين جوانب القوة هذه لدى طفلك إنظري لطفلك نظرة جديدة نظرة تتقرب عن مهارات وقدرات الطفل لا تنظري فقط لسلوكياته الغريبة وقصوره الواضح ولكن إبحثي عن أي بريق يلمع وسط الظلام.

٣- اعرفوا أكثر عن الأوتيزم:

فالمعرفة ستحل محل القلق والإحساس بقلّة الفاعلية وتساعدك على فهم سلوكيات الطفل الغريبة وعلى أخذ قرارات فعالة بشأن طفلك.

٤- ضعوا روتين يومي ثابت (قدر الإمكان):

وهذا سيكون أسلوب جيد لتنظيم حياة الأسرة وعدم إهمال: أي جانب وتخصيص وقت التعامل مع الطفل والتعامل مع سلوكيات الطفل غير المقبولة يسير وفق (مبدأ الأولويات) أختارى واحد أو أكثر من مشكلات الطفل وركزي على أكثر المشكلات التي تحتاجين التغلب عليها في الوقت الحاضر.

٥- حاولي الإتصال بأمهات أخريات لديهن أطفال مصابين بالأوتيزم:

فذلك سيمنحك فرصة أفضل للتعرف على الإضطراب والاستفادة من الخبرات الأخرى وتعلم فنيات جديدة للتعامل مع الطفل فضلا عن الدعم النفسي والاجتماعي وقد تصبح هذه اللقاءات مصدر لإستثارة دافعتك للتعامل مع الطفل وايضا مصدر للترفيه عن الأم من خلال الدخول في علاقات جديدة (Gross&Thomas,2008).

٦- تعاون الوالدين بلعب دور كبير في التكيف مع الاضطراب وفي فهم حالة الطفل والمساهمة في تدريبه:

وكثيرا من الأباء توطدت العلاقة بينهما أكثر عندما واجها سويا صعوبات ومشكلات وهذه المساندة التي يمارسها كل طرف للأخر ستساهم في تحسن الطفل واستقراره الانفعالي ولذلك على الأم

٧- أن يحاول أحد الوالدين كسب تعاون الطرف الآخر معه من خلال:

أ- إتاحة الوقت الكافي للحديث مع الطرف الآخر ومشاركة الآخر المسؤوليات الخاصة بالطفل من خلال مناقشة المشكلات الخاصة بالطفل مع الطرف الآخر ومحاولة التفكير معا في حلها.

ب- الإستمتاع بالحياة الإجتماعية.

ج- تنظيم إمكانيات الأسرة المادية حيث تكون المشكلات المالية مصدر من مصادر الصراع مع الزوج بسبب التكلفة المادية المرتفعة التي تحتاجها الأسرة لتدريب وتأهيل الطفل المصاب بالأوتيزم.

د- التعرف على الخدمات المتخصصة المتاحة في المكان الذي تعيشين فيه والتكلفة الحقيقية لها حتى تستطيعين أن تنظمي ميزانيتك وتأخذي قرارات صائبة بشأن مستقبل الطفل وتعليمه.

هـ - الإحتفال بإنجازات الطفل ونجاحاته الصغيرة مع الزوج.

٨- مناقشة إخوة واخوات الطفل المصاب بالأوتيزم عن حالة أخيهم:

ودورهم في كل مرحلة من مراحل التدريب وكيف يكونوا إيجابيين في التعامل معه.

٩- التدريب على فهم وتوقع ردود أفعال الأقارب والمحيطين بخصوص الطفل وكيفية التعامل مع هذه المشاعر السلبية وتحويلها:

إلى مشاعر إيجابية ومحاولة التماس الأعذار والمسامحة وتختلف استجابات الأقارب تبعاً لعمر الطفل وترتيبه ودرجة الإصابة وأيضا على استجابة والدي الطفل تجاه اضطراب الطفل (Philip, Stanfield, & Sprengelmeyer, 2010).

ثانياً: الجانب المهاري:

وقد إهتم هذا الجانب بتنمية مهارات والدي الأطفال المصابين بالأوتيزم ليكن بذلك مساعدات لفريق التدريب العلاجي ولهن دور فعال في تدريب ابنائهن وذلك من خلال الخطوات التالية:

١- ضعوا أهداف يمكن تحقيقها:

بمساعدة المعالج، حددي أهداف قريبة المدى يستطيع طفلك انجازها بمعنى أن تكون هذه الأهداف في مقدوره تحقيقها وقومي بكتابة هذه الأهداف وتعليقها لان إنجاز طفلك

لهذه الأهداف المرحلية ستساعدك على الثقة في طفلك والاحساس بالأمل في تحسن الطفل ومعالجة لحظات الإحباط التي تمرين بها نتيجة إعاقة الطفل.

(٢) - اهتموا بتشجيع الطفل وتعزيزه:

الاوليتم لا يعنى عدم تعلم الطفل ولكنه يعنى إنك تحتاجين لحظة مناسبة لتعليم الطفل المهارات التي يكتسبها الأطفال العاديين بشكل تلقائي مع التقدم في العمر، نظمي روتينه اليومي بحيث تضعي جدول لما سيفعله الطفل خلال اليوم ليس المطلوب ان تركز فقط على تدريب الطفل على البرنامج التدريبي الذي وضعه الفريق المعالج للطفل وإنما لابد ان يحمل اليوم فرص التفاعل مع الطفل واكتشاف قدراته والحوار معه وترتيب أشياء... نظمي حياة طفلك بحيث لا تكون كل علاقتك بالطفل هدى تنفيذ خطوات البرنامج التدريبي.

(٣) - حاولوا أن تفهمي سلوك طفلك غير المناسب:

فكل سلوك غير مناسب يحمل رسالة لا يستطيع الطفل توصيلها فيلجأ الى هذا الأسلوب وعندما تفهمي احتياجات طفلك ومطالبه ستمكينين من التنبؤ بالمشكلات السلوكية قبل حدوثها أو تطورها.

(٤) - نوعوا في الأنشطة التي يمارسها الطفل:

وذلك بتهيئة فرص التعلم في الخارج مثلا في المحال التجارية، في الحدائق والأطفال المصابين بالاوليتم يجدون صعوبة في تعميم ما ثم تعلمه في مواقف جديدة لذلك عليك ان تدريبي طفلك على السلوك في أماكن مختلفة ليتدرب على كيفية تعميم السلوك في مواقف مختلفة.

(٥) - حاولوا أن تشرحوا للطفل ماذا سيحدث خلال هذا اليوم:

حتى تتجنبين إحساس الطفل بالقلق والإستثارة فاشرحي له ماذا سنفعل الآن وبعد ذلك أين سنذهب ومن ستقابل...وهكذا وهذا سيساعد طفلك على الشعور بالراحة والهدوء.

٦- أخذ قسط من الراحة عند الشعور بالتعب والإجهاد:

دون الإحساس بالذنب فهذا الوقت سيسمح بتجديد طاقتك ومساعدتك لمواصلة العمل مع الطفل.

٧- كونوا إيجابيين بخصوص تعليم طفلكم:

لا تجعلي الفترات التي تمضيها مع الطفل أوقات صارمة لها أهداف محددة وتسلسل ثابت بل عليك أن يكون تفاعلك مع طفلك ملئاً بالمشاعر الإيجابية والمرح ولا تعملى مع طفلك وأنتى مجهددة أو متوترة فهذا سيجعلك تفشلين في تدريب الطفل ويكون تعليم الطفل من خلال الألعاب المرحية والخبرات الاجتماعية مما يجعل الطفل يشعر بالمتعة وعدم الملل.

٨- دونوا ما يحققه طفلكم من تقدم أو نجاح:

في تعلم بعض المهارات أو السيطرة على بعض السلوكيات غير المرغوبة بشكل دوري لت شعري بتقدم طفلك وكافئيه على هذه الإنجازات وهذا سيساعد الطفل على أن يكون إتجاهات إيجابية نحو ذاته وسيزيد ثقته بنفسه. (Tardif,et al, 2007).

▪ الإستراتيجيات الأساسية والمشاركة في برامج تدريب وتأهيل وعلاج طفل التوحد (الأوتيزم):

١- مشاركة الوالدين كمعالجين أو مدربين لأطفالهم الذاتويين:

يرى ماركس وآخرون (1979) Marcus et als ، دونالد وآخرون (١٩٨٤) أن إتاحة الفرصة لمشاركة الألباء في برامج التدريب تجعلهم أكثر فهما لحالة طفلهم مما يساعدهم على اتخاذ القرارات الحاسمة بخصوص طفلهم ، كما أن التدريب العملي الذى يتلقونه على يد المدربين يمكنهم من مساعدة أطفالهم على الاندماج في الحياة الأسرية (Cohen, Donnellan , 1985, 499).

٢- المهارات والقدرات الأساسية:

إن البورة الأساسية التي يركز عليها التدخل السيكولوجي للأطفال الاوتيستك هي التركيز على تطوير وبناء القوى الكامنة لدى الطفل ، اكتساب المهارات اللازمة للمعيشة في حدود قدرات الطفل والأسرة ويجب أن تركز البرامج على الأساليب الواقعية العملية في حل المشكلات أكثر من التركيز على التفاعل اللفظي , (Cohen , (Donnellan, 1985, 499-500).

٣-التقييم الشامل للطفل و الأسرة والمجتمع:

يجب أن يوضع في الاعتبار أن هذا الطفل جزء من بيئة اجتماعية كبيرة ، فمن الضروري زيادة فرص النجاح أمام الطفل في حياته الجماعية ء ومساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط التي يفرضها عليها المجتمع ويتم قياس هذه المتغيرات من خلال عملية التقييم ، فهي متطورة باستمرار وتناقش موضوعات مختلفة منها : الحاجات الناشئة لدى الأسرة ، وظروفها والتغيرات الحادثة في المجتمع وهذا التقييم يجب أن يتلاءم مع نظام القيم داخل الأسرة وحسب أولوياتها واهتماماتها . بالإضافة إلى المفاهيم السابقة يجب أن يتوافر في البرنامج المرونة الكافية من حيث المهارات المختارة وكيفية تطبيقها (Cohen,Donnellan, 1985,499).

ويضيف «مكلننهان وكرانتز» أن عملية التقييم ضرورية جداً سواء لأعضاء الفريق المعالج أو لنتائج البرنامج بصفة عامة : فهي تتيح الفرصة النقد والتعديل ولكي تكون عملية التقييم موضوعية وليست تعسفية يجب مراعاة التالي:-

- ١ . أن يشمل التقييم أداء كل المشتركين في البرنامج وكذلك نتائجه .
- ٢ . يفضل أن تكون نتائج التقييم سبباً في منح الفرص للإستفادة من خطط التدريب وتعلم مهارات جديدة .
- ٣ . يفضل أن تكون نتائج التقييم تدعيمية وليست محبطة بمعنى زيادة عدد المكافآت عن عدد الجزاءات .

٤. أن أداء العميل (المتدرب) يفيد في تقييم البرنامج الفردي ولكن لا يكفي للتقييم الشامل للبرنامج.
٥. بدون النظر إلى طبيعة البرنامج والمدرّب ، فإن الأطفال الذاتويين يتقدمون ببطء شديد وتقدير نتائج تدريبهم يفيد في معرفة معدل سرعة أو بطء الاستجابة لديهم ، كما أن الأطفال الاوتيسك الذين يتلقون تدريباً مبكراً في عمر ما قبل المدرسة فيكون تقدمهم سريعاً وملحوظاً ومن السهل التحكم في سلوكهم فيما بعد (Fenske, et als, 1985; Lovaas, 1987).
٦. المهارات التي لم يتم التدريب عليها في البرنامج التي تدخل ضمن نطاق التقييم (McClannghan , Krantz , 1993 , 593).
٧. أن تكون أهداف برامج التدريب مهارية، ويفضل إتباع الأسلوب الإرشادي والتدعيمي للمشاركين في البرنامج.
٨. يجب أن تخصص في لائحة التقييم بعض الاحتياطات لمواجهة أوجه الصور الت قد يسببها بعض المتدربين ذوي الاضطرابات السلوكية العنيفة.
٩. كما يجب أن يخصص في اللائحة التقييم جزء لتعليم المدرّبين كيفية التعامل مع المتدربين وبناء علاقات حميمة معهم ، على سبيل المثال: ابتسامة المدرّب لمن يتعامل معه، ملائمة الحديث أو الحوار لسن المتدرب (إلقاء الفكاهات والنكات التي تخفف من حدة الحديث ،مراعاة المستوى الثقافي والاجتماعي للمتدرب.
١٠. لما كان الطفل الذاتوي غير قادر على المشاركة في صنع القرار ، وغير قادر على حماية حقوقه، لذا فإن أنظمة تقييم البرامج التدريبية المقدمة له يجب أن توضح نوع الخدمة المقدمة وحجمها ومدى فاعليتها وملاءمتها للمستويات الأخلاقية والعملية (McClannahan, Krantz, 1993, 593:594).

▪ أساليب التعامل الوالدي الإيجابي مع طفل التوحد:

إن أدوار الآباء الوالدية تصبح أكثر عمقا واندماجاً ونشاطاً ترجمة للإلتزام الإنساني تجاه الأسرة والأبناء، وحفاظا على البناء الأسرى ووفاء بتوقعات الأبناء وتواصل معهم في ظل قواعد الضبط والنظام. ومن أمثلة أدوار الآباء الوالدية: تحديد البناء الفكري والنظام القيمي للأسرة وتحديد العلاقات بين أفراد الأسرة وتنظيمها، والتخطيط المستقبلي الهادف إلى تحقيق مصالح الأسرة ومراقبة الأبناء وحمايتهم ودفع الأخطار عنهم.

تقوم التربية في محيط الأسرة على برنامج واضح محدد الأبعاد، وجدير بالوالدين أن يكونا على علم بأفضل أساليب التربية على تعددها وتنوعها وتلون فنونها مستتدة إلى شروط أساسية منها:

١- علاقة قوامها المودة والحب.

٢- توجيهات وإرشادات لا نصائح أو أوامر وتعليمات.

٣- الصبر والقدوة الحسنة.

٤- المكافأة والثناء الحسن دعما وتشجيعا.

(مدحت أبو النصر، ٢٠٠٤)

▪ الحب الوالدي ونماذج من التدخل السلوكي لتنمية مهاراته:

نستعرض فيما يلي نموذج من هذه التدخلات السلوكية لتنمية مهارات الحب الوالدي للتغلب على اضطراب اللغة الإيكولوجية لدى الطفل الذاتوي:

١- برنامج Clark-Mavis, 2000:

لتحسين مهارات الحب الوالدي استهدف البرنامج تنمية بعض المهارات الأسرية كمهارات للحب الوالدي لدى والدي الأطفال المضطربة سلوكياً. وقد حدد البرنامج ستة مهارات أسرية هي (مهارة حل المشكلات، مهارة التواصل، مهارة القيام بالأدوار

الأسرية، مهارة المشاركة الفعالة، مهارة المشاركة الفعالة، مهارة ضبط السلوك، مهارة الإستجابة الفعالة). وقد وضع هذه المهارات مجموعة من الباحثين والأطباء النفسيين والمربين المختصين بالتربية الأسرية، حيث إعتمدوا على عدة أدوات منها (تقييم إكلينيكي شامل لكل أسرة مشتركة بالبرنامج-مقياس التقييم الأسري)، وتضمن البرنامج عدة جلسات بلغ قوامها (١٠:١٦) جلسة على النحو التالي:-

ملخص لبرنامج Clark-Mavis للتدريب الوالدي لوالدي الأطفال المضطربين سلوكياً.

م	محتوى الجلسات
الأولى والثانية	التعارف مع الأسر المشاركة (الوالدين-الأطفال) ثم تصنيف الأسر بعد تطبيق المقاييس عليهم إلى مجموعات وفقاً للمهارات التي تحتاجها كل أسرة لتلم بالحب الأسري.
الثالثة	تحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى أطفالهم وتم تحديدها في الآتي (إضطرابات اللغة مثل: الإيكولاليا-الإندفاعية -ضعف التركيز- قصور المهارات الإجتماعية-عدم الإنتباه الجيد).
الرابعة والخامسة	تبصير الوالدين بالمهارات الأسرية التي تم تحديدها (الضبط السلوكي-التواصل-المشاركة الفعالة -الإستجابة الفعالة-إنقسام بالأدوار الأسرية-مهارة حل المشكلة).
السادسة والسابعة	تدريب الوالدين على أهم فنيات الضبط السلوكي للسلوكيات التي تم تحديدها بالجلسة الثالثة وتمثلت في أهم أساليب العقاب والإثابة للأطفال.
الجلسات التالية	التركيز على فنية المحاضرة والمناقشة ولعب الدور والواجبات (مهارات الحب الأسري).

(Clark-Mavis,2000,1)

▪ خطوات إعداد خطة سلوكية:

ولإجراء تعديل سلوكي للطفل لابد من إعداد خطة سلوكية تتضمن ست خطوات

كالتالي:-

١. تحديد السلوك المحوري: السلوك المراد تعديله.
٢. قياس مقدار شيوع السلوك:مدي تكرار السلوك على مدار اليوم لمدة ٣٠ يوم
ملاحظة مراحل تطور السلوك عبر فترات زمنية (كام مرة حصل في اليوم).
٣. ٣السوابق واللواحق: أي مايسبق حدوث السلوك المراد تعديله وما يلي حدوثه.
أي تحديد ما يلي: ما الذي حدث قبل ظهور السلوك مثل رفض طلب للطفل أو عدم القبول له.
٤. الخطة العلاجية السلوكية: وتتضمن الآتي:-
 - (أ) تحديد الأهداف المطلوبة بشكل إيجابي مثال: تدريب الطفل على تكرار الكلمات
والعبارات بشكل صحيح مع إظهار الإبتسامة والقبول أثناء التدريب الصحيح.
 - (ب)-إشتراك الطفل ووالديه في وضع البرنامج: من خلال نوعية الإضطراب الإيكولوجي.
 - (ج)-الإستعانة بقائمة التدعيمات: واختيار منها مايناسب الطفل وعمره ويشترط أن
تقدم فور ظهور السلوك الإيجابي أو معه مع ضرورة الإكثار من التدعيم كلما
ظهر السلوك الإيجابي.
 - (د)-إستخدام الأساليب الخاصة بتعديل السلوك: (التي تم التدريب عليها خلال
البرنامج) والتي تتناسب ومشكلات الطفل الذاتوي الإيكولوجي.
- ٥- بناء توقعات تعديل السلوك: أي الإجراءات الخاصة بتيسير تعديل السلوك مثل
(مساعد الطفل على إيجاد بدائل للغة الإيكولوجية غير المرغوبة بعبارات وكلمات
مرغوبة مثل: لعب الأدوار اللغوية، وصف الصورة المعبرة، ووصف وظيفة الأشياء،
الإحتفاظ بسجل يومي للتقدم نحو التعديل، وإدماج كل المحيطين في خطة العلاج
مثل بقية أفراد الأسرة بالإضافة إلى الوالدين (الأم والأب).
- ٦- تعميم السلوك: لتصبح إستجابة الطفل الدائمة هي تلك السلوكيات الصحيحة
وبدائلها الإيجابية. (عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز عبد الله ورضوان
إبراهيم، ١٩٩٠، ١٠٥).

▪ أهمية مشاركة الوالدين في برامج علاج طفلها التوحدي (الذاتوي):

تذهب كريستين سالزيرى وباربارا سميث (١٩٩٣) Salisbury & Smith إلى أن اشتراك الأسرة وخاصة الأم في برامج من هذا القبيل يمثل الأساس القاعدي الذي تتطرق منه الخدمات المختلفة التي يمكن تقديمها لهؤلاء الأطفال، إذ أن هذا الإجراء يساعدهم في اكتساب مهارات عديدة وتنميتها وذلك بشكل أفضل وأيسر. وتعتمد مثل هذه البرامج على مسلمات أساسية ترى أن الطفل يعد عضوا في النسق الأسري، وأنه كعضو في هذا النسق يأتي على رأس أولويات واهتمامات الأسرة، وأن مثل هذه البرامج تسمح للأسرة بالتدخل لمساعدة الطفل حتى لا تشعر الأسرة بعد ذلك بالتقصير تجاهه وهو ما يعطى الفرصة للأسرة لتحديد طبيعة الخدمات والمساعدات التي تقدمها له.

وتؤكد دراسة هيلر وآخرين (١٩٩٧) Heller et al. أن الأم تعد هي الأكثر تأثرا بإعاقة الطفل: والأكثر تعرضا للضغوط النفسية الناتجة عن تعاملها معه وهو الأمر الذي يحتم ضرورة إرشادها حيث أن عدم وعيها بطبيعة الاضطرابات أو بالأساليب المناسبة للتعامل مع الطفل يؤدي إلى إحباط تلك الجهود المبذولة للإرتقاء بسلوك هذا الطفل. كما أن مشاركتها لطفلها لا تؤدي فقط إلى تحسين سلوكه بل تخفف أيضا من تأثير الإعاقة عليها وعلى أسرته. وعلى ذلك يتضح أن تقديم خدمة متكاملة لمثل هؤلاء الأطفال لن يتم ما لم يتضمن الأمر توجيه أسرته وإرشادها إلى ذلك.

ومن الجدير بالذكر أن تقبل الوالدين للطفل وخاصة تقبل الأم له وإبدائها مزيدا من الاهتمام به وإثارته للعب معها وذلك من خلال الفهم الكامل من جانبيها لظروف هذا الاضطراب، وتبصيرها بالأساليب التربوية المناسبة لتلبية حاجة طفلها والتواصل معه، وإطالتها من النظر في عينيته وهي تتحدث إليه حتى يعود على ذلك مع تقديم التدعيم المناسب لكل سلوك ملائم يقوم به، وعدم قيامها بإحداث أي تغيير في روتين حياته أو بيئته قد يعمل على تطوير قدرته على إقامة علاقة معها ومع الآخرين حيث يدفع به إلى التفاعل معها وإبداء قدر من التعلق بها وإقامة علاقات فعلية معها ثم مع الأطفال

الآخرين بعد ذلك. ويمكنها في سبيل ذلك أن تبدأ بتنمية بعض المفردات اللغوية كأداة للاتصال بالغير والتخلص من عزله مع تنمية بعض المهارات الاجتماعية التي قد تعينه على ذلك، إلى جانب الاهتمام ببعض الألعاب التي قد تتبع من اهتماماته كعمل عقد من الخرز، أو استخدام الصور أو الحروف أو المكعبات.

وإضافة إلى ذلك يمكن للأمم أن تستخدم بعض القصص العملية لهذا الغرض: وأن تشركه معها في أداء بعض المهام المنزلية البسيطة وأن تساعد على أن يقوم بإعداد أدواته وملابسه بنفسه كما تسمح له بأن يعتنى ببعض الحيوانات الأليفة والطيور المنزلية تحت إشرافها. ويذهب بعض الباحثين والمعالجين إلى أن هذه الطريقة تعد الأساس لتكوين العلاقة الحميمة الأولى للطفل والتي قد يستطيع من جرائها أن يفتح على الآخرين وأن يقيم معهم علاقات اجتماعية مناسبة، وهو ما كشفت عنه دراسات عديدة كدراسات فيلد وهوفمان (1999) Field & Hoffman وفولرتون وكوايني (1999) Coyne Fullerton & وماك كلوسكي - ديل (1999) Mc Closkey- Dale ودرازين وكوجل (1995)

▪ الفوائد التي تعود على الأسرة نتيجة مشاركة الوالدين في برامج تدريب وتأهيل طفلهم التوحدي (الأوتيزمي):

1. أن مشاركة الوالدين في برامج تدريب أطفالهم التوحدين تساعد على اكتساب خبرات وأفكار جديدة تسهم في تقليل أثار التجارب السابقة المؤلمة وتحسن حياة الأسرة بصفة عامة.
2. اكتساب واستخدام المهارات السلوكية الجديدة بشكل ناجح يفيد الأبناء في استعادة الثقة بالنفس وتقدير الذات وتوجيه حياتهم وحياة أطفالهم.
3. ان نجاح الأباء في تعليم أطفالهم الاوتيستك المهارات الجديدة يترتب عليه انخفاض القلق والتوتر عند الأباء ويضعف الإحباط الذي تولد خلال المحاولات الأولى الثائرة والفاشلة للأباء في رعاية أطفالهم الذاتوي. (Co-hen, Donnellan, 1985, 519)

٤ . توجيه الطاقات العقلية والجسدية للأبناء بشكل بناء، حيث تصبح الحياة الأسرية أكثر تنظيماً وأقل إرباكا وتصبح هناك أموراً روتينية وأنماطاً سلوكية للطفل تخضع لسيطرة الأسرة وتحكمها .

٥ . أن وجود المرء مع جماعة من الألباء الذين يشاركونه نفس المشكلة، أو مشاكل مشابهة يمكن أن يخفف الشعور بالعزلة ووصمة العار ، كما يخفف إلى حد ما الشعور بالحزن حيث أن هؤلاء الأبناء ينتابهم شعوراً بالإنتماء إلى أي مجموعة من الأبناء وهذا يتحقق من المشاركة في البرامج .

٦ . تخفيف المشاعر المتعلقة بالإحساس بالذنب والغضب والقلق عند معرفة أن هذه المشاعر منتشرة عند باقي الألباء الذين لهم مشاكل مشابهة سواء كانت موجّهة ناحية الطفل أو ناحية أنفسهم أو ناحية أطفالهم الآخرين أو الأقارب أو حتى الأعراب في الشارع والسوق، فهذه المشاعر نشأت غالباً من استجابات المجتمع القاسية وغير المناسبة تجاه حاجات الطفل والأسرة وهؤلاء الألباء غالباً يكونون مجتمعاً جديداً وعائلة واحدة تهتم بأعضائها وتؤيدهم .

٧ . أن تعامل الألباء مع المتخصصين لفترات طويلة قد تمتد طوال حياة الطفل، يفيد الألباء في التغلب على كثير من مشاكلهم الشخصية ومشاكل أبنائهم الاوتستك، وكذلك يساعدهم على فهم الأنظمة الاجتماعية ويحميهم من الأعباء التي يفرضها النظام الإجتماعي عليهم (McClannahan & KIantz, 1993) .

▪ بعض الخطوات التي يمكن أن تساعدكم في تعديل سلوك الطفل وهي:

١ . تحديد السلوكيات التي تريدين تغييرها إختارى سلوك واحد أو اثنين لتعديلهما في وقت محدد مثلاً تقليل السلوك النمطي وتعليم الطفل الجلوس على الكرسي لمدة (٢٠) دقيقة .

٢ . تحديد السلوكيات الأخرى التي تحتاجون إليها والتي ستساعدك للوصول الى الهدف والتي يمكن أن تساعد طفلك وتعطيه فرصة طيبة للتخلص من السلوك غير المرغوب .

٣. تحديد متى وكيف يحدث السلوك غير المناسب وذلك من خلال الملاحظة يمكنك تحليل الأسباب أو التوقيت الذى يقوم فيه الطفل بهذا السلوك غير المناسب فقد يؤدى تغيير الظروف المحيطة التي تسبق السلوك غير المناسب الى توقف الطفل عن هذا السلوك.

٤. اختاروا المعزز الإيجابي (المكافأة) التي تستثير دافعية طفلك فطفلك قد يحتاج لأكثر من الإبتسام أو التهليل أو العناق للعمل فقد يفضل طفلك اللعب الخشن أو المكافآت المادية الملموسة أكثر من اللعب المرتفعة الثمن بعض الأطفال يمكنهم أن يخبرونا ماذا يريدون والأطفال الأكبر سنا قد يستمتعون بجمع العملات والأستيكر المهم أن تعرف في على الأشياء التي يفضلها طفلك بوجه خاص ويمكن أن نستخدمها كمعزز عند قيام الطفل بالسلوك المرغوب تذكري أن الهدف هو الخروج من مرحلة المكافآت المادية الى مكافآت اجتماعية أكثر مثل الثناء الفني ومع الوقت سيتصرف طفلك بشكل مقبول لأنه يشعر أن ذلك جيد.

٥. تحديد قائمة بالمكافآت الحالية عليك أن تكافئ طفلك في الحال بعد انتهاء المهمة واختيار توقيت المكافأة يعتمد على قدرة الطفل على ربط المكافأة بأداء السلوك المناسب في البداية قدمي المكافأة في كل مرة يؤدى فيها الطفل السلوك المرغوب وقدمي الثناء والتشجيع اللفظي في نفس الوقت حتى يفهم طفلك أن هذا السلوك مقبول.

٦. أعدوا جدول لتسجيل عدد المرات التي أخذ فيها الطفل مكافأة على سلوك بعينه فالجدول سيسمح بمتابعة تقدم الطفل وسيساعدك على تقييم خطة العمل مع الطفل في البداية قد تزيد السلوكيات غير المرغوبة وهذا يكون أسلوب الطفل لاختبار تعليمات الأم وخلال (٤) أسابيع سينخفض هذا السلوك غير المناسب وتدرجياً طولى الفترة بين مكافأة الطفل وقيامه بالسلوك المرغوب وغيرى من المكافآت المادية الملموسة الى العناق أو الثناء اللفظي، وفي حالة استمرار طفلكم في القيام بالسلوك غير المناسب قد تحتاجون الى:

أ- تغيير المكافأة الى شيء آخر أكثر إستثارة لدافعية.

ب- تقليل الفترة بين المكافأة والسلوك المرغوب فيه.

ج- إعادة تقييم ما تسعين إلى قليله .

وفى حالة تقدم طفلكم يمكنكم استخدام جدول لرصد الإستجابات. بمعنى نقل الطفل برفق من مكانه ووضعه في غرفة أخرى أو أي مكان آخر وهذا الإبعاد يقدم لطفلك فرصة للهدوء ويمكن أن تحددى وقت هذا الإبعاد بفترة زمنية أو تخبري الطفل أنه يمكن أن يعود بعد أن يتوقف عن السلوك السلبي على أن نجاح هذا الأسلوب يتوقف على تجنب الثورة والانفعال خلال تطبيقه فلا بد من التسلح بالهدوء لأن الانفعال والصراخ قد يدفع الطفل للمزيد من الإنفعال (Sansosti, Pow-ell-Smith,&Kincaid,2004)

▪ عوامل مساعدة أطفال التوحد للوصول إلى مستوى أفضل من السلوك:-

١- التدخل المبكر :

استخدام أساليب التربية الخاصة تأييد الأسرة ومساندتها، وفي بعض الحالات تكون هناك حاجة ضرورية للعلاج الطبي كي تستطيع الحالة أن تعيش حياة طبيعية ويعتبر التدخل المبكر من أهم العوامل التي تساعد على تنمية هؤلاء الأطفال لمدى طويل واستقلاليتهم ونجاحهم في حياتهم.

٢- أساليب التدخل الخاصة وبرامج التربية:

وتهدف جميعها إلى مساعدة هؤلاء الافراد على التعلم والتواصل، الارتباط بالآخرين ، واختزال حدة السلوكيات النمطية التكرارية (Sharyn Neuyirth, et als 1999, 15).

٣-تعليمهم المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة والمهارات الرياضية البسيطة :

ومنهم من يكمل دراسته في المدارس العالية ، والبعض يحصل على درجات جامعية (Sharyn Neuyith, et als 1999,15:16).



المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- ١ . إميل إسحق عبد السيد،(٢٠٠٣): فاعلية برنامج إرشادي لتحسين مهارات الوالدية في خفض المشكلات السلوكية لدى الأطفال، رسالة دكتوراه،كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ٢ . إبراهيم زكي عبد الجليل (٢٠١٦): تنمية مهارات الحب الوالدي لخفض أعراض الإيكولالية لأطفال الأوتيزم البسيط، رسالة دكتوراه،كلية البنات لآداب والعلوم والتربية-جامعة عين شمس.
- ٣ . إيمان عمارة . مراجعة: إبراهيم العثمان (د.ت)(٢٠٠٥): بداية الطريق،سلسلة إصدارات وحدة التطوير والتدريب، الرياض، مركز الحاسب الآلي بمركز والده الأمير فيصل بن فهد للتوحد .
- ٤ . إبراهيم عبد الله الزريقات (٢٠٠٤): التوحد الخصائص والعلاج، الأردن،عمان: دار وائل للطباعة والنشر.
- ٥ . إلهامي عبد العزيز إمام وإيمان محمد صبري إسماعيل(٢٠٠٦): بعض الموضوعات في التعلم العلاجي لذوي الحاجات الخاصة، مطبعة زمزم.
- ٦ . إلهامي عبد العزيز إمام (١٩٩٩): الذاتية لدى الأطفال ، دراسة نقدية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ في علم النفس، معهد دراسات الطفولة،جامعة عين شمس.
- ٧ . إلهامي عبد العزيز إمام (٢٠٠١):سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة الذاتية لدى الأطفال، معهد دراسات الطفولة،جامعة عين شمس.
- ٨ . إيمان فؤاد كاشف(٢٠٠١): إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة،ط١ .
- ٩ . إبراهيم مذكور (١٩٧٥): معجم العلوم الإجتماعية،الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة.

١٠. ابن قيم الجوزية (١٩٨٣): روضة المحبين ونزهة المشتاقين، تحقيق: صلاح أحمد السامري، دار الكتي العلمية، لبنان.
١١. انتصار يونس (١٩٧٢): السلوك الإنساني، القاهرة، دار المعارف المصادر الأجنبية.
١٢. أسامة أحمد مدبولي (٢٠٠٦): فاعلية برنامج (TEACCH) في تنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحديين، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.
١٣. أوجيني مدانات (١٩٩٢): مشكلات الطفل السلوكية والإندماج المدرسي، كلية التربية، جامعة قطر، العدد (١٠٠)، السنة الحادية والعشرون، صص ١٦٥-١٧٠.
١٤. أسامة محمد البطاينة، عبد الناصر زياب الجراح ومأمون محمود غوانمة (٢٠٠٧): علم نفس الطفل غير العادي، عمان، دار المسيرة.
١٥. أرنوف ويتنج (١٩٧١): مقدمه في علم النفس، ترجمة: عادل الأشول، محمد عبد الغفار، نبيل حافظ وعبد العزيز الشخص، مراجعة عبد السلام عبد الغفار، القاهرة، دار ماكجروهيل للنشر.
١٦. أبو الفضل جمال الدين بن منظور، لسان العرب (١٩٩٤): المجلد الثالث، ط (٢) بيروت، دار صادر.
١٧. أحمد محمد جبري (٢٠٠٨): التوحد وتعديل السلوك، المصدر: وثائق الجمعية البريطانية الوطنية للتوحد، الجمعية السعودية للتوحد.
١٨. أحمد عكاشة (١٩٩٢): الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
١٩. أحمد زكي بدوي (١٩٨٢): معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان.

٢٠. أحمد العزيز وخالد المخالد (٢٠١٤): فاعلية برنامج تدريبي مقترح في تنمية الجانب السلوكي والمهاري لدى عينة من أطفال التوحد، مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط، الوادي الجديد.
٢١. أسامة فاروق مصطفى وسيد كامل الشربيني (٢٠١١): سمات التوحد، الأردن، دارالمسيرة للنشر والتوزيع.
٢٢. آمال صادق وفؤاد أبو حطب (١٩٩٩): نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين، القاهرة، الأنجلو، ط(٤).
٢٣. بول شاتوك (٢٠٠٨): دور المبادئ الحشرية المكونة من الفوسفات العضوية كسبب للتوحد واضطراباته، ورقة عمل للملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي المنعقد في الغرفة التجارية الصناعية بجدة في الفترة من ١٠-١٢/نوفمبر/٢٠٠٨.
٢٤. بندر حمدان أحمد الزهراني (٢٠٠٦): مرحلة الطفولة المبكرة، بيروت.
٢٥. جمال القاسم، ماجدة عبيد، وعماد الزعبي (٢٠٠١): الإضطرابات السلوكية، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
٢٦. جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفا في (١٩٨٨): معجم علم النفس و الطب النفسي، انجليزي - عربي، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة.
٢٧. جمال محمد الخطيب (٢٠٠١): الدليل الوحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل الإشراف العلمي، طبعة (١)، الباب (١١)، القاهرة، مصر.
٢٨. جمال محمد الخطيب (٢٠٠٤): تعديل السلوك الإنساني، الأردن، دار حنين، مكتبة الفلاح.
٢٩. جمال مشاعل (١٩٩٩): في مواجهة آلام التوحد، مجلة العربي، العدد (٤٨٦).
٣٠. حسن مصطفى عبد المعطي (٢٠٠٦): ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها، مكتبة الزهراء، الطبعة الثانية.

٣١. حسن أبو رياس، عبد الكريم الصافي، أميمة عمرو وسليم شريف (٢٠٠٦): الدافعية والذكاء العاطفي، عمان، دار الفكر ناشرون وموزعون.
٣٢. حامد عبد السلام زهران (١٩٩٠): علم نفس النمو الطفولة والمراهقة، القاهرة، عالم الكتب.
٣٣. حسني حلواني (١٩٩٦): المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي الأوتيزم- التوحد- من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية رسالة ماجستير، قسم علم النفس، مكة المكرمة، جامعة أم القرى.
٣٤. حسن مصطفى عبد المعطي والسيد عبد الحميد أبو قلة (٢٠٠٧): مدخل إلى التربية الخاصة، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
٣٥. خولة أحمد يحيى (٢٠٠٣): إرشاد أسر ذوي الإحتياجات الخاصة، ط١، دارالفكر، القاهرة.
٣٦. خساء عبد الرزاق (٢٠١٥): الإستراتيجيات التعليمية لأطفال التوحد، ط١، مطبعة زكي، بغداد، العراق.
٣٧. خوله يحيى (٢٠٠٠): الإضطرابات السلوكية والإنفعالية، (ط١) عمان، الأردن.
٣٨. خالد علي المدني ، وطه عبد الله قمصاني (٢٠٠٠): الفيتامينات والمعادن بين الصحة والمرض، مطبعة المدني ، القاهرة.
٣٩. خالد علي المدني (٢٠٠٤): التغذية العلاجية" ،دار المدني ،جدة .
٤٠. خالد علي المدني (٢٠٠٥): التغذية خلال مراحل الحياة، دار المدني، بجدة.
٤١. دلي حمد. ترجمة، وتيدالندزمن م . سيدني، جورارد الكربولي وموفق الحمداني (١٩٨٨): السليمة الشخصية، بغداد، مطبعة التعليم العالي.
٤٢. دلال محمد رضوان (٢٠٠٨): التوحد والتشخيص الفارقي، استعمال مقياس تقدير التوحد الطفولي الكارس (CARS) كأداة مرجعية للتشخيص، ورقة

- عمل للملقي العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي المنعقد في الغرفة التجارية الصناعية بجدة في الفترة من ١٠-١٢ / نوفمبر/ ٢٠٠٨.
٤٣. رائد خليل العبادي (٢٠٠٦): التوحد، الأردن، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
٤٤. رابية الحكيم (٢٠٠٣): دليلك للتعامل مع التوحد، ط (١)، شركة المدينة المنورة للطباعة والنشر.
٤٥. ريتا جودرن ، ستيوارت بيول (٢٠٠٧): الأطفال التوحيديون جوانب النمو وطرق التدريس. ترجمة : رفعت محمود بهجت، القاهرة، عالم الكتب.
٤٦. رمضان محمد القذايف (١٩٩٤): سيكولوجية الإعاقة الدار العربية للكتاب، طرابلس.
٤٧. رأفت عوض السعيد خطاب(٢٠٠٥): فعالية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية الإنتباه لدى الأطفال التوحيدين، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.
٤٨. زينب محمود شقير(٢٠٠٤): نداء من الإبن المعاق، ط(٢)، مكتبة النهضة المصرية.
٤٩. زينب محمود شقير(٢٠٠٢): كيف نربي أبناءنا؟ الجنين-الطفل-المراهق، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
٥٠. زينب محمود شقير(٢٠٠٧): اضطراب التوحد، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٥١. زكريا أحمد الشربيني(٢٠٠٤): طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات تعريف وتشخيص، القاهرة، دار الفكر العربي.
٥٢. زكريا الشربيني، ويسرية صادق،(٢٠٠٠): تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة مشكلاته، دار الفكر العربي، القاهرة.

٥٣. السيد سعد الخميسي (٢٠١١): الضغوط الأسرية كما يدركها آباء وأمهات الأطفال والمراهقين التوحديين، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد (٢٢)، مايو .
٥٤. السيد عبد الحميد سليمان، ومحمد قاسم عبد الله (٢٠٠٣): الدليل التشخيصي للتوحديين (العيادي)، القاهرة، درا الفكر العربي.
٥٥. سعد رياض (٢٠٠٨): الطفل التوحدي أسرار الطفل التوحدي وكيف نتعامل معه، مصر، دار النشر للجامعات.
٥٦. سمية جميل (١٩٩٨): التخلف العقلي، استراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
٥٧. سناء محمد سليمان (٢٠١٣): سيكولوجية الحب والانتماء، عالم الكتب، ط (١)، القاهرة .
٥٨. سهام الخفش (٢٠٠٧): الأطفال التوحديون، دليل ارشادي للوالدين والمعلمين، الأردن، دار يافا.
٥٩. سهى أحمد أمين نصر (٢٠٠٢): الإتصال اللغوي للطفل التوحدي التشخيص - البرنامج. عمان: دار الفكر.
٦٠. سميرة عبد اللطيف السعد (١٩٩٢): معاناتي والتوحد، الكويت، الشويخ.
٦١. سايمون كوهين، باتريك بولتون (٢٠٠٠): حقائق عن التوحد، ترجمة: عبد الله الحمدان، الرياض، أكاديمية التربية الخاصة.
٦٢. سوسن شاکر مجيد (٢٠٠٧): التوحد أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، عمان، ديونو للطباعة للنشر والتوزيع.
٦٣. سوزان محمد صابر الزلاقي، مارية طالب سالم الزهراني (٢٠٠٥): أثر المستوى التعليمي على التفضيل والوعي الغذائي لتلاميذ المرحلة الابتدائية، مجلة الإسكندرية لعلوم وتكنولوجيا الأغذية، المجلد الثاني، العدد الثاني.

٦٤. شمسان عبد الله المناعي (١٩٩٦): المعاملة الوالدية وعلاقتها بالتفوق العقلي للأبناء دراسة مقارنة بين الطلبة المتفوقين والعادين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة الخليج العربي، مملكة البحرين.
٦٥. صالح محمد علي أبو جادو (١٩٩٨): سيكولوجية التنشئة الإجتماعية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
٦٦. صباح ناصر العلوجي (٢٠٠٣): علم الحياة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
٦٧. طارق عامر (٢٠٠٨): الطفل التوحدي، الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
٦٨. عصام محمد زيدان (٢٠٠٤): الإنهاك النفسي لدى آباء وأمّهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية، مجلة البحوث النفسية، العدد (١)، كلية التربية جامعة المنوفية .
٦٩. عبد المنعم الحفني (١٩٧٨): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، الجزء الثاني مكتبة مدبولي، القاهرة .
٧٠. عبد الحميد محمد الهاشمي (١٩٩٥): علم النفس التكويني أسسه وتطبيقه من الولادة إلى الشيخوخة، القاهرة: مكتبة الخانجي.
٧١. عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة أساليب التعرف والتشخيص (٢). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
٧٢. عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١). الذاتية، إعاقة التوحد لدى الأطفال. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
٧٣. عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٢): اضطراب التوحد، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

٧٤. عبد الرحمن سليمان، سميرة محمد شند وإيمان فوزي سعيد (٢٠٠٣): دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع الطفل التوحدي، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
٧٥. عبد الرحمن سيد سليمان، إيهاب الببلاوي وأشرف عبد الحميد (٢٠٠٦): التقييم والتشخيص في التربية الخاصة، دار الزهراء، الرياض، ص ص: ٥١٧- ٥٤٠.
٧٦. عبد الله الحمدان (٢٠٠٠): حقائق عن التوحد، أكاديمية التربية السعودية.
٧٧. عمر فواز (٢٠٠٣): مجلة التوحد مجلة يصدرها طلاب مسار الإضطرابات السلوكية والتوحد بقسم التربية الخاصة بكلية المعلمين بجدة، العدد (١)، الفصل الدراسي الثاني للعام ٢٠٠٣.
٧٨. عبد الله الصبي (٢٠٠٣): التوحد وظيف التوحد، ط(١)، الرياض، المملكة العربية السعودية، مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.
٧٩. عبد المنعم الحسين (٢٠٠٩): مجلة صدي الإعاقة العدد (٢)، دورية فصلية تصدر عن جمعية المعاقين بالأحساء.
٨٠. عثمان لبيب فراج (١٩٩٥). إعاقة التوحد أو الإجتراح خواصها وتشخيصها. مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق، النشرة الدورية العدد (٤٤)، ص ص٢-١٠ ديسمبر.
٨١. عثمان شحاته الخرفان (٢٠٠٣): المحبة وأثارها التربوية، دار الفاروق، عمان، الأردن، المكتبة المركزية، جامعة القاهرة.
٨٢. علياء شكري (٢٠٠٠): الحب بين بين الفلسفة والعلم، دراسات في النفس والمجتمع، ط(٣)، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض.
٨٣. عماد مخيمر، هبة محمد (٢٠٠٩): المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٨٤. عزت صدقي، عزة الحسيني (٢٠٠٣): الغذاء والتغذية، دار إشبيليا للنشر والتوزيع، الرياض، الطبعة الأولى.
٨٥. عبد الغني عبود (٢٠٠٤): الوالدية والتربية الإقتصادية للطفل في ضوء الرؤية الكونية، ندوة بعنوان «نحو والدية راشدة من أجل مجتمع أرشد»، سوهاج (٣٠-٣١)، مارس، كلية التربية بسوهاج بالتعاون مع مركز الدراسات المعرفية، ص ص ١٥١-١٨١.
٨٦. علاء الدين كفايف (٢٠٠١): تشخيص الإضطراب الإجتراي، مجلة علم النفس، العدد (٥٦).
٨٧. على بدوي رصاص (٢٠٠٣): تغذية الإنسان، دار إشبيليا للنشر والتوزيع، الرياض، الطبعة الأولى.
٨٨. عمر المديفر (٢٠٠٣): التوحد الإعاقاة الغامضة، الثقافة الصحية، المجلد الثامن، العدد (٨١).
٨٩. عبير مصطفى رفعت بدوي (٢٠٠٦): مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات النمائية لدى عينه من الاطفال التوحيدين، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة المنيا، كلية التربية.
٩٠. عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤): خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الأوتيسية) على اختبار أيزنك لشخصية الأطفال، مجلة معوقات الطفولة بجامعة الأزهر (مركز معوقات الطفولة)، م (٣)، ع (١).
٩١. عماد عبد الحيم الزغول وعلى فالح الهنداوي (٢٠١٠): مدخل إلى علم النفس، الإمارات، دار الكتاب الجامعي.
٩٢. عماد الدين سلطان (بدون تاريخ): الطب النفسى، دار النهضة العربية، القاهرة.

٩٣. عبد الحميد محمد الهاشمي (١٩٩٥). علم النفس التكويني أسسه وتطبيقه من الولادة إلى الشيخوخة. القاهرة: مكتبة الخانجي.
٩٤. عادل جاسب شبيب (٢٠٠٨): الخصائص النفسية والاجتماعية و العقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء، رسالة ماجستير منشورة، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح.
٩٥. عادل عز الدين الأشول (١٩٨٧): معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان بيروت.
٩٦. عادل عز الدين الأشول (١٩٩٢): الإرشاد الأسرى والوالدية الفاعلة، المؤتمر الخامس للطفل المصري، المجلد الثاني، ص ص (٨٨٧-٩١٣).
٩٧. عمر فواز (٢٠٠٣): مجلة التوحد مجلة يصدرها طلاب مسار الإضطرابات السلوكية والتوحد بقسم التربية الخاصة بكلية المعلمين بجدة، العدد (١)، الفصل الدراسي الثاني للعام ٢٠٠٣.
٩٨. عثمان فراج (١٩٩٥): إعاقة التوحد أو الإجتراح خواصها وتشخيصها (١) ، النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة و الموقنين، ديسمبر ، العدد (٤٠) ص ص (٨-٢).
٩٩. عدنان ناصر الحازمي (٢٠٠٧): الإعاقة العقلية دليل المعلمين وأولياء الأمور، عمان، دار الفكر ناشرون وموزعون.
١٠٠. عصمت فتح الله حمدان، نادية أمين عبد المجيد، نبيل إبراهيم رمضان، محمد عبد الرحيم شاهين (٢٠٠٠): ودعاً للسمنة بتحليل بصمة الدم نيوترون، شركة المدينة المنورة للطباعة والنشر، جده، الطبعة الأولى.
١٠١. عثمان لبيب فراج (١٩٩٤): إعاقة التوحد أو الإجتراح، خواصها وتشخيصها (١)، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والموقنين بالقاهرة، النشرة الدورية، العدد (٤٠).

- ١٠٢ . عثمان لبيب فراج (١٩٩٥): إعاقة التوحد أو الإجتراح خواصها وتشخيصها .
مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق، النشرة الدورية العدد(٤٤)، ص ص (٢-
١٠) ديسمبر.
- ١٠٣ . عثمان لبيب فراج (٢٠٠١): توحيون لكن موهوبون، النشرة الدورية لإتحاد
هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، السنة الثالثة عشر، العدد، ٦٧، ص
ص٢-٢٦ .
- ١٠٤ . عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) (أ): الأطفال التوحيون، دراسات تشخيصية
وبرامجه، القاهرة، دار الرشاد .
- ١٠٥ . عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) (ب): جداول النشاط المصورة للأطفال التوحيين
وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقليا، القاهرة ، دار الرشاد .
- ١٠٦ . عبد الحليم محمد عبد الحليم: (٢٠٠٨) برامج التدخل العلاجي والتأهيلي
للذاتويين الموقع العربي لإصابات العمود الفقري والحبل الشوكي .
- ١٠٧ . غادة محمد جلال محروس (٢٠١١): المعاملة الوالدية الإيجابية كما يدركها
الأبناء وعلاقتها بالتوكيدية في المرحلة العمرية من(١٦-١٨) سنة، دراسات
الطفولة .
- ١٠٨ . فرج عبد القادر طه (٢٠٠٣): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط(٢)
، القاهرة، دار غريب .
- ١٠٩ . فاطمة درويش(٢٠١١): حول الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين عقلياً
وأساليب مواجهتها، بحث منشور، مجلة جامعة دمشق مجلد(٢٧) ملحق ٢٠١١ .
- ١١٠ . فهد حمد أحمد المغلوث (٢٠٠٤): كل ما يهكم معرفته عن اضطراب التوحد،
سلسلة د/فهد المغلوث للتوعية بذوي الإحتياجات الخاصة، الرياض، مطابع دار
التقنية .

- ١١١ . فهد حمد أحمد المغلوث (٢٠٠٦): التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه؟ الرياض، مؤسسة الملك خالد الخيرية.
- ١١٢ . فاخر عاقل (١٩٨٨): معجم العلوم النفسية (إنجليزي - عربي) ، دار الرائد العربي،بيروت، لبنان.
- ١١٣ . قاسم حسين صالح(١٩٨٨): الإبداع في الفن، مديرية دار الكتب للطباعة والنشر جامعة الموصل.
- ١١٤ . قاسم حسين صالح(١٩٨٨): الشخصية بين التنظير، والقياس، بغداد، مطبعة التعليم العالي.
- ١١٥ . قاسم حسين صالح وعلى الطارق(١٩٩٨): الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية من منظوراتها النفسية والإسلامية، أسبابها، أصنافها، قياسها، وطرائق علاجها، ط(١)، صنعاء، مكتبة الجيل الجديد.
- ١١٦ . قحطان أحمد الظاهر(٢٠٠٩): التوحد، دار وائل للنشر، ط(١) ،عمان،الأردن.
- ١١٧ . كوثر حسن عسلي(٢٠٠٦): التوحد، الأردن، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- ١١٨ . كفا في عبد الحميد، و علاء الدين جابر (١٩٩٥): معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السابع، القاهرة، درا النهضة العربية.
- ١١٩ . كمال إبراهيم مرسي(١٩٩٦): مرجع في التخلف العقلي، القاهرة، دار النشر للجامعات المصرية.
- ١٢٠ . كرستين نصار وجانيت يونس (٢٠١٠): التوحد ، بيروت، شركة المطبوعات للتوزيع والنشر.
- ١٢١ . كريستين مايلز (١٩٨٨): اللغة، التواصل، الكلام مع الطفل ذي القدرات المحدودة ، ترجمة أديب ميتا ميخائيل، مركز سيتي.
- ١٢٢ . كرستين مايلز (١٩٩٢): الطفل المعاق عقلياً و أسلوب التعامل معه، ترجمة: ليلي أبو شعر، مراجعة حسين صلاح الدين، جمعية المحبة دمشق.

- ١٢٣ . لطفي زكريا الشرييني (٢٠٠٠): أساليب جديدة لعلاج حالات الإعاقة، أمل جديد لعلاج حالات الأوتيزم«التوحد»، مجلة النفس المطمئنة، السنة الخامسة عشر، العدد(٦٢)، القاهرة، الجمعية العالمية الإسلامية للحصنة النفسية.
- ١٢٤ . لينا بن صديق(٢٠٠٥):فعالية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين وأثر ذلك على سلوكهم الإجتماعي، رسالة دكتوراه غير منشورة ، الجامعة الأردنية ،عمان ، الأردن
- ١٢٥ . محمدالسعيد أبو حلاوة)بلا تاريخ : (دليلك السريع للتعرف على الطفل الأوتيزم (التوحيدي)، المكتبة الإلكترونية،أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ١٢٦ . موسى نعمان أحمد وأماني الحديد (بلا تاريخ): الممارسات التغذوية و النظام التغذوي وعلاقتها بشدة الأعراض لدى مجموعة من المصابين باضطراب التوحد في الأردن، الجامعة الأردنية، عمان ،الأردن .
- ١٢٧ . ١٢٧-مدحت محمد أبو النصر(٢٠٠٤): تأهيل ورعاية متحدي الإعاقة علاقة المعاق بالأسرة والمجتمع، إيتراك للطباعة والنشر، القاهرة.
- ١٢٨ . محمد الشناوى ومحمد التويجى (١٩٩٥): إرشاد والدى الأطفال ذوى الحاجات الخاصة المؤتمر الدولى الثانى لمركز الإرشاد النفسى، المجلد الثانى جامعة عين شمس، ص ص (٥٦٣-٦٠٦).
- ١٢٩ . محمد علي اليازوري (٢٠١٢): الإضطرابات السلوكية للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية في قطاع غزة، رسالة ماجستير في علم النفس-تخصص الصحة النفسية، كلية التربية، الجامعة الإسلامية،غزة.
- ١٣٠ . مجد الدين أبادي(د.ت): القاموس المحيط والقاموس الوسيط، اللغة والمعاجم.
- ١٣١ . واطسون (١٩٨٨): تعديل سلوك الأطفال، ترجمة محمد فرغلى فراج سلوى الملا، دار الكتاب الحديث، الكويت.

- ١٣٢ . محمد بن يعقوب بن محمد ابراهيم الشيرازي الفيروزابادي (٢٠٠٤): القاموس الوسيط، ط(٤)، مجمع اللغة العربية، مصر.
- ١٣٣ . محمد خالد الطحان (١٩٧٧): دراسة التفوق العقلي من حيث علاقته باتجاهات الوالدين في التنشئة ومستواهما الثقافي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
- ١٣٤ . محمد عقله إبراهيم (١٩٨٩): نظام الأسرة في الإسلام، ط(٢)، مكتبة الرسالة، عمان، الأردن.
- ١٣٥ . مصطفى فهمي (١٩٩٧): الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف، مكتبة الخانجي، القاهرة، ط(١).
- ١٣٦ . مها يوسف جاب الله (٢٠٠٠): الحب والبغض من القرآن، دار بن حزم، بيروت، لبنان، المكتبة المركزية، جامعة القاهرة.
- ١٣٧ . ميسرة عايد طاهر (٢٠٠٢): أساليب المعاملة الوالدية، الإتفاق والإختلاف، رسالة ماجستير، السعودية.
- ١٣٨ . مصطفى خليل الشرقاوي (٢٠٠٠): مدخل إلى علم النفس الإجتماعي، ط (٢)، القاهرة، دار الفكر العربي.
- ١٣٩ . منيرة عبد الرحمن المهنا (٢٠٠٣): برنامج غذائي خاص لمرضى التوحد، الثقافة الصحية، المجلد الثامن ، العدد (٨).
- ١٤٠ . محمد صالح عبد الله المنيف (٢٠٠٤): النشاط المدرسي المنهجي واللامنهجي، مطابع الدرعية.
- ١٤١ . محمد ميقاتي، رنا الكردي، ميشلين خوري، أديث قوبا هربش وندى ناصيف (٢٠٠٦): أنا وفرق التأهيل، التأهيل الشامل للطفل المتوحد، بيروت، الجمعية اللبنانية للأوتيزم (التوحد).

- ١٤٢ . مجدي عبد الوهاب (٢٠٠٥): الإرشاد الزراعي ، الطبعة الثانية، كلية الزراعة، جامعة الإسكندرية.
- ١٤٣ . محمد عماد الدين إسماعيل وآخرون (١٩٧٤) : الإتجاهات الوالدية في تنشئة الطفل في كيف نربي أطفالنا لنفس المؤلفين، دار النهضة العربية، القاهرة.
- ١٤٤ . مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن المعايطه (١٠١٠): سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة) مقدمة في التربية الخاصة)، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ط(١٠)، عمان، الأردن.
- ١٤٥ . محمد عبد الفتاح (٢٠١١): فاعلية برنامج لتنمية الإنتباه والإستجابة السمعية لدى أطفال التوحد ، جامعة بنها ، كلية الآداب.
- ١٤٦ . محمود عطا حسين عقل(١٩٩٨): النمو الإنساني الطفولة والمراهقة، دار الخريجي للنشر والتوزيع، الرياض.
- ١٤٧ . محمود سعيد شاكر(١٩٩٣). أساسيات في أدب الأطفال، الرياض: دار المعراج الدولية للنشر.
- ٨٤١ -محمود حموده (١٩٩٣): الطب النفسي، الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية والعلاج، دار المعارف، القاهرة.
- ١٤٩ . محمد بن أحمد بن عبد العزيز الفوزان(٢٠٠٠): التوحد ط(٢)، المفهوم والتعليم والتدريب، مرشد إلى الوالدين والمهنيين دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، الرياض.
- ١٥٠ . محمود على محمد (٢٠٠٤): تدريب التوحديين في نطاق الأسرة، المؤتمر الثاني حول تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي، كتاب المؤتمر ص ص١٠٥٥-١٠٦٢.
- ١٥١ . محمد أحمد خطاب (٢٠٠٥): سيكولوجية الطفل التوحدي تعريفها تصنيفها، أعراضها، تشخيصها، أسبابها، التدخل العلاجي، ط(١)، دار الثقافة.

- ١٥٢ . محمد أحمد محمود خطاب (٢٠٠٤): فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الإضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحدين، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، معهد الدراسات العليا للطفولة.
- ١٥٣ . محمد سعيد الدوسري (٢٠٠٨): مقاييس تشخيص التوحد العربية نحو مقاييس موحدة ومقننة، ورقة عمل للملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي المنعقد في الغرفة التجارية الصناعية بجدة في الفترة من (١٠-١٢) /نوفمبر/٢٠٠٨.
- ١٥٤ . محمد على كامل (١٩٩٨): من هم ذوى الأوتيزم وكيف ندهم للنضح، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- ١٥٥ . محمد على كامل(١٩٩٨): من هم ذوى الأوتيزم، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- ١٥٦ . محمد علي كامل (٢٠٠٣): أخصائي النطق والتخاطب ومواجهة اضطرابات اللغة عند الأطفال، مكتبة ابن سينا، القاهرة.
- ١٥٧ . محمد بن أبى بكر الرازي، مختار الصحاح (١٩٥٤): ط(٨) القاهرة، المطبعة الأميرية.
- ١٥٨ . ١٥٨-ماجدة السيد عبيد(٢٠٠٥): تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مدخل إلى التربية الخاصة، ط(١)، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- ١٥٩ . مجمع اللغة العربية.الوجيز(١٩٨٠).ط(١)القاهرة: دار التحرير للطبع والنشر.
- ١٦٠ . مجدي فتحي (٢٠٠٧): فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الإجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحدين في عمان، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية .
- ١٦١ . محمد شوقي عبد السلام (٢٠٠٥): فعالية برنامج إرشادي فردي لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدي عينة من الأطفال التوحدين (الأوتيزم)، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة طنطا، كلية التربية، قسم الصحة النفسية.

- ١٦٢ . محمد صبري وهبة (٢٠٠٤): الأطفال ذوو التوحد واضطراب الدمج الحسي، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة بجامعة المنصورة، ٢٤-٣/٢٥، المجلد الثاني، ص ١٠٤٣-١٠٥١.
- ١٦٣ . محمد محمد عودة (٢٠٠٨): مدي فاعلية جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد (ADOS) في تشخيص التوحد بالعيادة الشاملة لتشخيص التوحد والإضطرابات المماثلة، ورقة عمل للملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي المنعقد في الغرفة التجارية الصناعية بجدة في الفترة من ١٠-١٢/نوفمبر/٢٠٠٨.
- ١٦٤ . محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة علي حسن (٢٠٠٤): دليل الآباء والمتخصصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدي، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، مدينة نصر، القاهرة.
- ١٦٥ . محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٤): علم النفس الإجتماعي المعاصر، مدخل معرفي، القاهرة، دار الفكر العربي.
- ١٦٦ . محمد مرسى (١٩٩٨): الطفل التوحدي بريء داخل أسوار الصمت والعزلة مظاهر المرض بين التخلف العقلي والعبقرية ودور الأسرة في العلاج" مجلة عالم الإعاقة، العدد (٧).
- ١٦٧ . مارية طالب سالم الزهراني (٢٠٠٦): السمنة الغذائية، محاضرة بالوحدة الصحية الثانية بمكة المكرمة.
- ١٦٨ . مارية طالب الزهراني (٢٠٠٦): الممارسات الغذائية والعادات الصحية لطلاب وطالبات المرحلة الثانوية المصابين بتسوس الأسنان" كلية التربية للإقتصاد المنزلي بمكة المكرمة.
- ١٦٩ . مها طالب سالم الزهراني (٢٠٠٨): فعالية برنامج مقترح لتنمية مهارات إعداد وتنفيذ الأكمام لطالبات التخصص بكلية التربية للإقتصاد المنزلي والتربية الفنية

- بجدة، رسالة ماجستير مقدمة لقسم الملابس والنسج تخصص تصميم الباترونات وتنفيذ الملابس، بكلية التربية للإقتصاد المنزلي والتربية الفنية بجدة.
١٧٠. منى خليل عبد القادر(٢٠٠١): التغذية العلاجية، مجموعة النيل العربية، القاهرة، الطبعة الأولى.
١٧١. مركز الكويت للتوحد (٢٠٠٧): التوحد، الكويت. <http://www.qautism.com>
١٧٢. نرمين بنت عبد الرحمن بكر قطب (٢٠٠٧): برنامج سلوكي لتوظيف الإنتباه الإنتقائي وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية لعينة من أطفال التوحد، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
١٧٣. نهلة غندور(٢٠٠٠): كيف نواجه التعقيدات الملحة لدي الطفل التوحيدي، الرياض، مجلة عالم الإعاقة، السنة الثالثة، العدد(١٧).
١٧٤. نادية أديب(٢٠٠٣): حقوق واحتياجات أسر الأطفال للمعاقين ودورهم كتيب رقم (٦) من إصدارات مركز سيتي، الدار المصرية، القاهرة.
١٧٥. نبيه ابراهيم اسماعيل (٢٠٠٩): إشكالية الإضطرابات النفسية (إضطراب التوحيدي) مفهومه-تشخيصه-علاجه وكيفية التعامل معه.
١٧٦. نايف بن عابد الزارع(٢٠٠٤): قائمة تقدير السلوك التوحيدي.ط(١)،الأردن،دار الفكر.
١٧٧. هشام العبد الرحمن الخولي(٢٠٠٤): فاعلية برنامج علاجي لتحسين حالة الأطفال ذوي الأوتيزم، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، مج(٢)، ع(٣٣)، ص ٢٠٨-٢٣٨.
١٧٨. هشام محمد مخيمر(٢٠٠٠): علم نفس النمو الطفولة والمراهقة، اسبيليا للنشر والطباعة.

- ١٧٩ . هشام إبراهيم عبد الله (١٩٩١): أثر العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض مستوى الإكتئاب لدى الشباب الجامعي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية جامعة عين شمس.
- ١٨٠ . هناء حسن صندقلي (٢٠١٢): التوحد اللغز الذي حير العلماء، دار النهضة العربية، بيروت - لبنان.
- ١٨١ . وفاء علي سليمان (٢٠٠٩): الأمن النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لدى المعاقين بصرياً، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.
- ١٨٢ . ويكيبيديا (٢٠١٠): ويكيبيديا الموسوعة الحرة، موقع على شبكة الإنترنت .Ar.wikipedia.org
- ١٨٣ . وفاء علي الشامي(٢٠٠٤) (أ): خفايا التوحد أشكاله وأسبابه وتشخيصه، سلسلة التوحد الكتاب الأول، جدة، مركز جدة للتوحد .
- ١٨٤ . وفاء علي الشامي(٢٠٠٤) (ب): سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها، سلسلة التوحد الكتاب الثاني، جدة، مركز جدة للتوحد، ط (١).وليد السيد خليفة وممراد علي عيسى (٢٠٠٧): كيف يتعلم المخ التوحد، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- ١٨٥ . ياسر بن محمود الفهد(٢٠١٦): التوحد والحمية الغذائية الخالية من الكازيين و الغلوتين ، مجلة المنال الالكترونية .
- ١٨٦ . يوسف الشريك(٢٠١٢): العناية الغذائية بالتوحيدين، الجمعية الليبية للشؤون الإنسانية ، طرابلس ، ليبيا .
- ١٨٧ . يحيى الرخاوي (٢٠٠٩) : مخاطر استيراد الأفكار والمناهج المشاكل، شبكة العلوم النفسية، وجهات نظر العدد (٢٥).
- ١٨٨ . ياسر محمود الفهد(٢٠٠٦): الضغوط الكبيرة أثناء فترة الحمل مرتبط بالتوحد، المركز الطبي لجامعة ولاية أوهايو.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- 189-Allen, M. H.;Lincoin A. J.; Raufman,A_S. (1991): Sequential and Simultaneous Processing abilities of high functioning autistic and language , J. of Autism Developmental Disorder, vol (21) No.(4) pp 483-502.
- 190-American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. 4th ed. DSM-IV, Washington, DC.
- 191-American Psychatric A Ssociation 9APA) (1980): DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd,ed).
- 192-American Psychiatric Association (1994):Diagnostic and Statistical manual of mental disorders.4th ed. DSM-IV, Washington ,Dc.
- 193-Arch Gen Psychiatry. 2009 Neuropsychological Profile of Autism and the Broad Autism Phenotype ;66(5):518-526.
- 194-Ahearn, W.H., (2001): An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder-not otherwise specified. J Autism Dev Discord, 2001. 31(5): p. 505-11.
- 195-American Psychiatric A Association 9APA) (1980): DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd,ed).
- 196-Alicia A, Broderick; Christi Kasa-Hendrickson (2001): Say just one word at first ": The emergence of reliable speech in a student labeled with autism; Source, Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps. Vol.26(1), Spr 2001, pp. 13-24. Other Serial Titles. Research and Practice for Persons with Severe Disabilities.

- 197-Andrews, Donna Gail (1993): Behavioral Intervention for Maladaptive Behaviors of Students with Autism in Setting, Dai-A54/03-P.888-Sep.
- 198-Alan H, Cohen (1981):The effects of varying syntactic complexity upon the echolalia productions of psychotic children, Temple University United States - Pennsylvania.
- 199-Alicia A, Broderick; Christi Kasa-Hendrickson (2001): Say just one word at first ": The emergence of reliable speech in a student labeled with autism; Source, Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps. Vol.26(1), Spr 2001, pp. 13-24 Other Serial Titles Research and Practice for Persons with Severe Disabilities.
- 200-Aman , M.;G.; Arnold ,L. E.; McDougle ,C. J.; Vitiello, B.;Scahill, L.; Davies, M.; McCracken, J. T.; Tierney, E.; Nash, P . L.; Posey , D.; J.; Chuang, S.; Martin, A.; Shah, B.; Gonzalez, N. M.; Swiezy , N.; B.; Ritz, L.; Koenig, K.; McGough, J.; Ghuman, J. K. and Lindsay, R.; L. (2005): Acute and long-term safety and tolerability of risperidone in children with autism"; J Child Adolesc Psychopharmacol. Dec,15(6)84-869.
- 201-McGough, J.; Ghuman, J. K. and Lindsay, R.; L. (2005): Acute and long-term safety and tolerability of risperidone in children with autism"; J Child Adolesc Psychopharmacol. Dec.15(6):869-84.
- 202-Attwood,A,(1984): the Gestures of Autistic Children .P.H.D.Thesis, London University, University College, London, Cited in Hermelin,B.,&O Connor,N.(1985).the Logic-Affective Disorder in Autism in E.Schopler .G.B.Mesibovy (Eds),Communication Problems. Newyork:Plemum.

- 203-Arianna Benvenuto, Martina Siracusano, Federica Graziola, Sara Marciano, Leonardo Emberti Gialloreti, Luigi Mazzone, Romina Moavero, Paolo Curatolo (2017): Biomedicine & Prevention, Child Neurology Unit, Department of Neuroscience and Neurorehabilitation, Bambino Gesù Children's Hospital, IRCCS, Rome, Italy.
- 204-Arons, M. & Gittens, I. (1993): The handbook of autism: A guide for parents and professionals. New York: Routledge.
- 205-Arons MH, Thynne CJ, Grabrucker AM, Li D, Schoen M, Cheyne JE, Boeckers TM, Montgomery JM, Garner CC (2012). Autism-associated mutations in ProSAP2/ Shank3 impair synaptic transmission and neurexin–neuroligin-mediated transsynaptic signaling. *J Neurosci* 32:14966–14978.
- 206-Autism Society of American.(2008):What is Autism? Retrieved February 8th, from <http://www.Autism-Society.Org>.
- 207-Bailey A, Bolton, P.; Butler, L.; Lecouteur A.; Murphy M, Scott S; Webb T.; Putter M, (1993) : Prevalence of the fragile anomaly amongst autistic twins and singletons, *J. child psychol. Psychiat.* Vol.(34), No(5) , pp 673-688.
- 208-Bellini, S., Peters, J. K., Benner, L., & Hopf, A. (2007). A meta-analysis of school-based social skills interventions for children with autism spectrum disorders. *Remedial and Special Education*, 28, 153–162. <http://dx.doi.org/10.1177/07419325070280030401>.
- 209-Beall. A. & Sternberg, R. (1995): The social construction of love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12 (3), 417-435.

- 210-Bowlby, A.(1980): psychological theories about the Dynamics of Psychology. Of Love the attachment theory. htm. (Frud, 1951, p.1) (Group psychology and the analysis of the ego. New York. 1951 Freud, s.
- 211-Bolet,S.et al. (2011):Autistic traits and autism spectrum disorder: The clinical validity to tow measures presuming a continuum of social communication skills, Journal of autism & developmental disorders, 41,66-72.
- 212-Barthelemy,C.&Adrien,J.L.&Roux ,S.& Gawrreau, Perrot,A .and Lelord,G.(1992): Senestivity and Specificity of Behavioral Summarized Evaluation (BSE) for the Assessment of Autistic Behaviors,Journal of Autism Development Disorder,1992,Mar,22(1):23-34.
- 213-Brown JH, Johnson MH, Paterson SJ, Gilmore R, Longhi E, Karmiloff-Smith A.(2003). Spatial representation and attention in toddlers with Williams syndrome and Down syndrome. Neuropsychologia. 2003;41(8):1037-1046.
- 214-Balter, L.. (2000): Parenthood in American Encyclopedia. University of Pittsburg, Pittsburgh, Pennsylvania. Love, sex Roles and psychological Health. Journal of personality 1978, Dietch. J. Assessment, Vol6, No. 42.
- 215-Barnes,M.I.,&&Sternberg,R.J.(1997):A hierarchical model of love and its prediction of satisfaction in close relationship.In Satisfaction in close relationship (pp.79-101) New York:Gilford press.
- 216-Barlow ,David H ,&Durand, V.Mark. (1994): Abnormal Psychology : An intergrative approach .Pacific Grove : Brooks/Cole Publishing Company.

- 217-Buss D.M.(1988):Love acts:The evolutionary biology of love. In R.J.Sternberg& M.L.Barnes (Eds), psychology of love (pp.100-118). New York: Vail-Ballou press.
- 218-Berk, L. (2003): Infants, children, and adolescents. Massachusetts: Allyn& Bacon.
- 219-Baumrind, D.S. (1991): the influence of parenting style on Adolescent competence and substance use. Journal of Early Adolescence, 11, 1, 56-95.
- 220-Bonnie Migliosi (2010): The role of parental love inconsistency in the development of narcissism and aggression, Health and environmental sciences, Psychology.
- 221-Bourre , J.; E.,(2005): Dietary omega- Fatty acids and psychiatry: mood, behaviour , stress, depression, dementia and aging"; J Nutr Health Aging.; 9(1):8-31.
- 222-Bourre , J.M. (2004): Roles of unsaturated fatty acids (especially omega³- fatty acids) in the brain at various ages and during ageing"; J Nutr Health Aging.; 8(3):74-163.
- 223-Bird , Susan (2001): Diet Theories relating to Autism ,University of Guelph , Child Development Center of America, Weston, U.S.A.
- 224-Brown JH, Johnson MH, Paterson SJ, Gilmore R, Longhi E, Karmiloff-Smith A.(2003): Spatial representation and attention in toddlers with Williams syndrome and Down syndrome. Neuropsychological. 2003;41(8):1037-1046.

- 225-Bailey,A.;Bolton,P.;Butler,L.; Murphy,M. (1993): Prevalence of the Fragile Anomaly Amongst Autistic Twins and Singletons,Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol(34), No(5), PP.673-688.
- 226-Barnes,M.I.,&&Sternberg,R.J.(1997):A hierarchical model of love and its prediction of satisfaction in close relationship.In R.J.Sternberg &M.Hajj (Eds) ,Satisfaction in close relationship (pp.79-101) New York:Gilford press.
- 227-Barthelemy,C.&Adrien,J.L.&Roux,S. &Gawrreau, Perrot ,A.and Lelord, G.(1992). Senestivity and Specificity of Behavioral Summarized Evaluation (BSE) for the Assessment of Autistic Behaviors, Journal of Autism Developmental Disorder,1992,Mar,22(1)23-31.
- 228-Bolet,S.et al. (2011):Autistic traits and autism spectrum disorder: The clinical validity to tow measures presuming a continuum of social communication skills, Journal of autism & developmental disorders, 41,6672.
- 229-Check, Patricia N., (1979):Learning and self- stimulation in mate and .echolalic Autistic Children DAI Vol (41) No(03) September, p1019-A
- 230-Curchill,D.W.&Bryson,C.Q,(1972):Looking and Approach Behavior of Psychotic and Normal Children As a Function of Adult of Preoccupation, Comprehensive Psychiatry,13,171-177.
- 231-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.

- 232-Cohen D. Donnellan A M, (1985): handbook of Autism and pervasive developmental disorder New York, Chichester , New York,toronto, Singapore.
- 233-Cox, F. (1963). A second study of four family variables. *Child Development*. 34, 619-630.
- 234-Cardine Bowen&Cupples,(2010):(PCIT),parent child interaction therapy, *Advances in speech language pathology*,12,1,282-292.
- 235-Charlop,M.and Trasoweck ,J.(2000).Increasing Autistic Children's Daily Spontaneous Speech.*Journal of Applied Behavior Analysis*,24(5),747-461.
- 236-Cohen, D&Donnellan, A M, (1985): handbook of Autism and pervasive developmental disorder New York , Chichester , New York,toronto, Singapore.
- 237-Curchill,D.W.&Bryson,C.Q,(1972):Looking and Approach Behavior of Psychotic and Normal Children As a Function of Adult of Preoccupation, *Comprehensive Psychiatry*,13,171-177.
- 238-Campbell M.;Kafantaris V.; Malone R.; Kowalik S.; Locasc (1991) : Diagnostic and Assessment Issues relax pharmacology therapy for children and adolescent Autism, *Behavior Modification Vol (15)No(3) July* pp326-354.
- 239-Clark ,J.H; Rhoden D.K. ,and Turner ,D.S. (1993): Symptomatic vitamin A and D deficiencies in an eight – year –old with autism"; *JPEN J Parenter Enteral. Nutr.*17(3):6-284.

- 240-Church,C.,Alisanski,S.,7Amunullah,S.(2000):The Social, Behavioral, and Academic Experiences of Children with Asperger Syndrome. Focus on Autism and other Developmental Disabilities,15,12-20.
- 241-Cannell,J.,J.,(2007): Autism and vitamin D";Med Hypotheses. Oct 24; Epub ahead of print.
- 242-Curchill,D.W.&Bryson,C.Q,(1972).Looking and Approach Behavior of Psychotic and Normal Children As a Function of Adult of Preoccupation, Comprehensive Psychiatry,13,171-177.
- 243-Curtin, C.; Bandini, L.G.; Perrin , E. C. ; Tybor , D.J. and Must, A. (2005): "Prevalence of overweight in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorders: a chart review"; BMC Pediatr.21;5-48.
- 244-Canitano, R.;2003 (): Clinical experience with Topiramate to counteract neuroleptic induced weight gain in individuals with autistic spectrum disorders ; Brain Dev. 27(3):228-32.
- 244-Char lop M.; Milstein J., (1989) : Teaching Autistic children conversational speech using video modeling, J of applied behavior analysis Vol (22) No(3)PP275-285.
- 245-Davis, N. & Carter, A. (2008): Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders;; Associations with Child Characteristics. Journal of Autism and Developmental Disorders, 38, 1278-1291.

- 246-Draper & Draper, (1983): The caring parent, Glencoe publishing company.
- 247-Dunlap, Glen & Pierce, Mary (1999): Autism and Autism Spectrum Disorder (ASD). New York: The Council for Exceptional Children.
- 248-Dorman, Ben & Lefever, Jennifer (1999): What is autism? Autism Society of America. Bethesda, MD.
- 249-Dorman, Ben & Lefever, Jennifer (1999): What is autism? Autism Society of America. Bethesda, MD.
- 250-Dennis, Maureen et. al. (1999): Intelligence patterns among children with high-functioning autism, phenylketonuria, and childhood head injury. Journal of Autism and Developmental Disorders, V, 29, N.1.
- 251-David W.; Boyd L., (1984) : Adaptive behavior of children with infantile Autism compared to children with Dawn's syndrome and children with schizophrenia, DAI Vol (45) No.(05) November, P 1350- A.
- 252-David Lohr, MD; and Peter Tanguay (2013): DSM-5 and Proposed Changes to the Diagnosis of Autism, MD PEDIATRIC ANNALS 42:4, APRIL 2013.
- 253-David S. Mandell, Sc.D. William W. Thompson, Ph.D. Eric S. Weintraub, M.P.H. Frank DeStefano, M.D., M.P.H. Michael B. Blank, Ph.D. (2005): Trends in Diagnosis Rates for Autism and ADHD at Hospital Discharge in the Context of Other Psychiatric Diagnoses, January 2005 Vol. 56 No(1).
- 254-Demyer M; Schwier H.; Bryson C.; Solow E.; Roeske (1986): Free fatty acid response to insulin and glucose stimulation in schizophrenic, autistic and emotionally disturbed children J, of Autism and childhood schizophrenia, Vol.(4), pp432-452.

- 255-Detroit Medical Center (1998): Autism Causes and symptoms. Detroit: Medical Knowledge Systems, Inc.
- 256-Dianne E, Berkell (1992): Autism Identification, Education and treatment, New Jersey, Hove and London.
- 257-Dorman, Ben & Lefever, Jennifer (1999): What is autism? Autism Society of America. Bethesda, MD.
- 258-Dietz, R.L. & Watling, J. (2007): Immediate Effect of Ayres's Sensory Integration-Based Occupational Therapy Intervention on Journal of Autism Spectrum Disorders The American Journal of Occupational Therapy (61), (5).
- 259-Douglas, M.M. (2009): Social Interactions of Students With Autism in General Physical Education, Ph.D., Michigan State University ; AAT3381117.
- 260-Eisenberger, Shannon (2004): Replacing the Echolalia of Children With Autism With Functional Use of Verbal Labeling; Source Journal of Developmental and Physical Disabilities. Vol.16(4), Dec 2004, pp. 307-320 .Other Serial Titles Journal of the Multihandicapped Person.
- 261-Erickson, C.A.; Stigler, K.A.; Corkins, M.R.; Posey, D.J.; Fitzgerald, J.F. ; (2005): Gastrointestinal factors in autistic disorder: a critical review" J Autism ev Disord. Dec 35(6):713-27.
- 262-Edelson SM ; Rimland B ; Berger CL ; Billings D (1998): Evaluation of a mechanical hand-support for facilitated communication , J. Autism Dev. Disord., Apr., Vol (28) No (2) pp (153-157).

- 263-Eagle.R.(2006):Examining Factors That Affect Social Behavior Among Children With Autism Spectrum Disorders, Submitted in Partial Fulfillment of The Requirements For The Degree of Master of Arts in Psychology in The Graduate School of Binghamton University State University of New York.
- 264-Elizabeth Sheppard (2008): Current theoretical & practical issues in autism diagnosis.
- 265-Erich Fromm(2000): The art of loving, Is love an art? Harper perennial,New York,USA.
- 266-Elizabeth Sheppard (2008): Current theoretical & practical issues in autism diagnosis.
- 267-Fredric, M. L(1975): Theoretical Readings in Motivation.perspectives on human Behavior. U.S.A.
- 268-Freth,B.,&Rusell,J.A.(1993):The concept of love viewed from a prototype perspective.Journalofpersonalityandsocialpsychology,60(3),425-438.
- 269-Fernell , E.; Fagerberg , U.;L., and Hellstr.m , P.M. (2007):No evidence for a clear link between active intestinal inflammation.
- 270-Frith U.(1972): cCognitive Mechanisms in Autism: Experiment with Color and Tone Sequence Production, Journal of Autism Schizophrenia,2,160-173.
- 271-Field, Sharon & Hoffman, Alan (1999): The importance of family involvement for Promoting self- determination in adolescents with autism and other developmental disabilities. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities,V.14, N.1

- 272-Flusberg, H. (1992): Autistic children's talk about psychological states. Deficits in the early acquisition of a theory, Vol. 63, N. 1.
- 273-Fullerton, Ann & Coyne, Phyllis (1999): Developing skills and concepts for self-determination in young adults with autism. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, V.14, N.1.
- 274-Gilliam, J.E. (1995). Gilliam autism rating scale. Autism, TX: Pro-Ed.
- 275-Gillberg Christopher (1990): Autism and pervasive developmental disorders, J.child psychol.Psychiat., Vol.(31), No.(1), pp 99-119.
- 276-Graetz, H., Javascript.. V.&, Janet E. (2003). Promoting Social Behavior for Adolescents with Autism with Social Stories, Ph.D., George Mason University, 172AAT 3079339
- 277-Gary Unruh, (2010): "children with love" New York times, September ,24, 2010-USA.
- 278-Ginott, H. G. (1965): "Between Parent and Child. The Macmillan Company, New York.
- 279-Gillson, (2000): Autism and social behavior Bethesda M.D., autism society of America.
- 280-Graetz, H., Javascript.. V.&, Janet E. (2003): Promoting Social Behavior for Adolescents with Autism with Social Stories, Ph.D., George Mason University, 172AAT 3079339.
- 281-Goldstein, David Shane Smith, Ariana Riccio, Michael Kholodovsky, Cali Merendino, Stanislav Leskov, Rayan Arab, Hassan Elsherbini, Pavel Asa-

- nov&Deborah Sturm (2000). Connecting Through Kinect: Designing and Evaluating a Collaborative Game with and for Autistic Individuals, book series (LNCS, volume 10289), pp 398-413.
- 282-Goldstein M.;Kuga S;Kusano N. ;Meller E. ;Dancis G.; Schwarz R. (1986) : Abnormal psychology experiences origins and interventions, little.Brown and company, Toronto
- 283-Gross,Thomas F.(2008):Recognition of Immaturity and Emotional Expressions in Blended Faces by Children with Autism and Other Developmental Disabilities J, Autism Dev Disord,(38),297-311.
- 284-Gross&Thomas F.(2008):Recognition of Immaturity and Emotional Expressions in Blended Faces by Children with Autism and Other Developmental Disabilities J, Autism Dev Disord,(38),297-311.
- 285-Gould.J.(1982):Social Communication and Imagination in Children with Ognitive and Language Impairments. un Puplished University of London.
- 286-Gates , Donna (2017): The Myths and Truths of the Mercury / Autism Connection , bodyecology.com.
- 287-Hagberg B.; Aicardi J; Dias K.; Ramos O.,(1983): Progressive syndrome of Autism, dementia, ataxia, and loss of purpose,;Rett's syndrome: Report of 35 case annals af neurology, Vol.(14), pp.471-479.77
- 288-Huebner,R.A.,(1992): Autistic Disorder: A Neuropsychological Enigma ,American Journal of Occupational Therapy, 1992,Jun, 46,(6):487-501.
- 289-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.

- 290-Hyman, Susan et.al. (2015): The gluten-free/casein-free diet: a double-blind challenge trial in children with autism, *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- 291-Harryz,G.Frankfurt, (2004):The reasons of love, Princeton University Princeton and Oxford.
- 292-Holmes Dvid (1997).Autism Through the Life Span, Wood Bine House :U.S.A.
- 293-Hollander E. ; Delgiudice-Asch G ; Simon L ; Schmeidler J; Cartwright C ; Decaria CM ;Kwon J ; Cunningham- Rundles C ; Chapman F ; Zabriskie JB (1999): B Lymphocyte antigen D8/ 17 and repetitive behaviors in autism , *Am. J, Psychiat.*, Feb., Vol. (156) , No. (2) PP.317–320.
- 294-Hendrick, C., & Hendrick, S. S. (2000): Research on love: Does it measure up? *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 784-794.
- 295-Hatfield,E.,&Rapson,R.L.(2006): love and passion in goldstein, C.M. Meston ,S.R. Davis& Traish,A.M (Eds),*Woman’s sexual function and dysfunction:study, diagnosis and treatment (pp.93-97)*.New York: Tylor and francis goup.
- 296-Hazan,C.,&Shaver,p(1987): Romantic love conceptualized as an attachment process,*Journal of personality and social psychology*,52(3)511-524.
- 297-Hatfield,E.,&Rapson,R.L. (1988):love and passion in goldstein, C.M.Meston ,S.R.Davis &Traish, A.M (Eds), *Woman’s sexual function and dysfunction:study, diagnosis and treatment (pp.93-97)*.New York: Tylor and francis goup.

- 298-Helen fisher,(2004):why we love “Henry holi and company LLC.175fifth AVE,New York.
- 299-Harryz,G.Frankfurt, (2004):The reasons of love, Princeton University Princeton and Oxford.
- 300-Hobson R. P.; Ouston J. and Lee A, (1986): The outistic child's appraisal of expressions of emotion,J.child psychol. Psychiat., Vol(27), pp 321-342.
- 301-Heller, T. et. al. (1997); Maternal and parental caregiving of Persons with mental retardation across the life span. Interdisciplinary. Journal of Applied Family Studies, V.46, N.4.
- 302-John ,F . and White.(2003): Intestinal Patho physiology in Autism ":Experimental Biology and Medicine 228;639-649.
- 303-Joan Riehl (1980) : The self-Conception and relationships of autistic children :Asymbolic interactionist perspective , D.A.I Vol.(41), No(11), May,p.4852-A.
- 304-Jeffrey Munson, PhD; Geraldine Dawson, PhD; Robert Abbott, PhD; Susan Faja, BS; Sara Jane Webb, PhD; Seth D. Friedman, PhD; Dennis Shaw, MD; Alan Artru, MD; Stephen R. Dager,(2006): Amygdalar Volume and Behavioral Development in Autism, MD Arch Gen Psychiatry.;63:686-693.
- 305-Jardon R.; Powell S., (1990): Autism and national curriculum, British, J. of special education,Vol.(14), pp.140-142.
- 306-Jyonouchi, H., et al.,(2005): Evaluation of an association between gastrointestinal symptoms and cytokine production against common dietary

- proteins in children with autism spectrum disorders. *J Pediatr.*, 146(5): p. 605-10.
- 307-Johnston ,s, evans ,and joanne,p.(2004): the use of visual support in teaching young children with autism spectrum disorder to initiate interactions .london :pawell company.
- 308-Jeffrey,Bernstew,(2009):Liking the child you love better relationship with your kids even when they're driving you crazy, published by Da Capo press a member of the peruses Books Group, Cambridge Center.
- 309-Krantz P.; Macduff M.; McClannahan L., (1993): Programming participation in family activities for children with Autism parents use of photographic activity schedules,J, of Applied behavior analysis, Vol.(26), No.(1), pp.137-138.
- 310-Koegel R.; Frea W., (1993) : Treatment of social behavior in autism through the modification of pivotal social skills , J. of Applied behavior analysis,Vol.(26), No.(3), pp.369-377.
- 311-Koegel R.; Rincover A.; Egel A, (1982): Educating and understanding Autistic children, San Diego,CA: college-Hill.
- 312-Kowal, A. & Kramer, L. (1997): Children's understanding of parental differential treatment *Child Development.*, 68, 113-126.
- 313-Kientz,D.(2000):Preschooll Education Programs for Children with Autism Proed Greek,Vol (6),No(3)pp530-590.
- 314-Kristen, Elizabeth& Gardiner,. (2003): Children's perceptions of parental love as a function of parental gender and gender of child, *Psychother-*

apy; Social psychology; Families & family life; Personal relationships; Sociology; Alliant International University, San Diego, United States – California.

315-Knivsberg, A.M., Reichelt, K. L., Hoiem, T. & Noland, M.,(2003): Effect of a Dietary Intervention on Autistic Behavior. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 2003. 18(4): p.247-256.

316-Koegel L.; Koegel R.; Hurley C; Frea W, (1992) : Improving social skills and disruptive behavior in children with Autism through self-management, *J. of Applied behavior analysis* Vol. (25), 341-354.

317-Koegel R.; Dyer K; Bell L., (1987) : The influence of child preferred activities on Autistic children's social behavior,*J. of Applied behavior analysis*, Vol.(20), No.(3), pp. 243-252.

318-Keen,D.(2003):Communicative Repair Strategies and Problem Behaviors of Children with Autism. *International Journal of Disability, Developmental and Education*,.50(1),53-64.

319-Koegel L.; Koegel R.; Hurley C; Frea W, (1992): Improving social skills and disruptive behavior in children with Autism through self-management, *J. of Applied behavior analysis* Vol. (25), 341-354.

320-Krantz P.; Macduff M.; McClannahan L., (1993): Programming participation in family activities for children with Autism parents use of photographic activity schedules,*J. of Applied behavior analysis*, Vol.(26), No.(1),pp.137-138.

- 321-Katherine E.Huppe,(2011): Applying the principles of applied behavior analysis to reduce echolalia in a child with autism, faculty of California State University.
- 322-Kanner,L.,(1943): Autistic Disturbance of Affective Contact, *Nervous*, 2,217-250.
- 323-Kaplan H. L; Sodock B. J., (1985) : Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry , IV . Baltimore Williams and Wilkins.
- 324-Kidd,T.&Kaczmarek,E.(2010):The experiences of mothers home educating their children with autism spectrum disorder. *Educational research*, V20,N3,P257-275.
- 325-Katherine E.Huppe,(2011): Applying the principles of applied behavior analysis to reduce echolalia in a child with autism, faculty of California State University, Fullerton. in partial fulfillment of the requirements for the degree master of science in education.
- 326-Kang, T.S.; Wang, L.; Sarkissian, C.N.; Gámez, A.; Scriver, C.R.; Stevens, R.C. (2010): Converting an injectable protein therapeutic into an oral form: Phenylalanine ammonia lyase for phenylketonuria. *Mol. Genet. Metab.*, 99, 4–9
- 327-Krigsman & Arthur (2003) : The Case For Autistic Enterocolitis , New York University, Consultant Gastroenterologist at Lenox Hill Hospital , New York , U.S.A.
- 328-Klin A.; Volkmar F. and Sparrow S., (1992) : Autistic social dysfunction : some limitations of the theory of mind hypothesis, *J. child Psychol. Psychiat.*, Vol.(33), No.(5), pp.861-876.

- 329-Kendall , Philip C.(2000):Childhood disorders . UK :East Sussex :Psychology press Ltd , publishers.
- 330-Kanner L. (1973): Childhood psychosis Initial Studies and New Insights , Washington ,D. C. :V. H. Wanston , Sons, Inc.
- 331-Lovass, O,Meacham,John,Smith(1993): Long-Term Outcome for Children with Autism Who Received Early Intensive Behavioral Treatment American, Journal on Mental Retardation,J.Vol,979P.357-372.
- 332-Lovass,O.(1981): Teaching developmentaly disabled children:autism,TX:Pro-Ed,Inc.
- 333-Losche Gisela, (1990): Sensorimotor and action development in Autistic children from infancy to early childhood. J. child psychol.Psychat. Vol. (31), No. (5), pp.749-761.
- 334-Lord,C.,(1984): The Development of Peer Relations in Children with Autism,in Morrish,F .J.,Lord,C .&Keating,D.P.,(Eds), Applied Development Psychology, (PP.165-229) Academic Press.
- 335-Lovass Ivar.(1988):Self Stimulatory Behavior and Perceptual Rrinforcement.Journal of Applied Behaior Analysis,Vol,20,No1p.45.
- 336-Lovass, O,Meacham,John,Smith(1993): Long-Term Outcome for Children with Autism Who Received Early Intensive Behavioral Treatment American, Journal on Mental Retardation,J.Vol, 979P.357-372.
- 337-Lovass,O.(1981): Teaching developmentaly disabled children:autism,TX:Pro-Ed,Inc. Fullerton. in partial fulfillment of the requirements for the degree master of science in education.

- 338-Lisa Jaynes Johnson (2007): Parental love: As defined and expressed by parents of young children , Social studies education; Families & family life; Personal relationships; Sociology; The University of New Mexico, United States-New Mexico.
- 339-Luc Lecavalier.(2006):Behavioral and Emotional Problem in Young People with Pervasive Development Disorders: Relative Prevalence,Ef- fects of Subject Characteristics, and Empirical Classification. New York:,(36),(8),1101.
- 340-Lida,Helene.p.(1993). Dysfonctionment Cognitif Etmanifestations psychiatriquesDans le syndrome de1,(x)Fragile,j0f psychiatrie Enfantil Autism V(3)p.p.5-26
- 341-Laura Sterponi, Jennifer Shankey (2014): Rethinking echolalia: Repeti- tion as interactional resource in the communication of a child with au- tism. Journal of Child Language.Vol.41(2), Mar 2014, pp. 275-304.
- 342-Marchimme A., (1982) : Early childhood Autism, US.Illinois.
- 343-Mahoney,Kaiser,(1999):Parent education in early intervention: A call for a renewed focus.Topics in early childhood special education,19,131-141.
- 344-Matthews , Julie (2008) : Autism Diets: The First Step to Biomedical Intervention and Autism Recovery , Generation Rescue , U.S.A.
- 345-Moretti, P.; Sahoo , T.; Hyland, K.; Bottiglieri ,T.; Peters,S.;delGaudio, D.; Roa, B.; Curry, S., and Zhu, H,(2005): Cerebral folate deficiency with developmental delay, autism Neurology,64(6):90-1088.

- 346-Murch, S.H., et al.,(2004): Retraction of an interpretation. *Lancet*, 2004. 363(9411): p. 750.
- 347-Marshall,P.(1989): Attention Deficit Disorder and Allergy Aneurochemical Model of Relation Between the Illnesses,*Rnal of Psychological Bulletin*,Vol.No3,1989.
- 348-Macdonald, A. (1972) : *Chambers twentieth century dictionary* , New Dellhi.
- 349-Medina , A.C.; Sogbe ,R.; Gomez-Rey, A.M., and Mata,M. (2003): Facittial oral lesions in an autistic paediatric patient ";*Int J Paediatr Dent*. 13(2):7-130.
- 350-Mark F. (2005): *The Question of Time Trends in Autism (s)*: Vol. 119, No. 6 (Nov. - Dec., 2004),pp. 536-551, BlaxillSource: *Public Health Reports (1974)*, Published by:Association of Schools of Public HealthStable URL.
- 351-Molly Losh, PhD; Ralph Adolphs, PhD; Michele D. Poe, PhD; Shannon Couture, PhD; David Penn, PhD; Grace T. Baranek, PhD; Joseph Piven, MD (2009). *Neuropsychological Profile of Autism and the Broad Autism Phenotype*, *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(5):518-526
- 352-Myles,B.,Simpson,R.,&Johnson,S.(1995):*Focus on Autistic Behavior*, (February) ,9(6),1-12.
- 353-Piven, (2009): *Neuropsychological Profile of Autism and the Broad Autism Phenotype*, *Arch Gen Psychiatry*.;66(5):518-526.

- 354-McClannahan L.; KIantz P., (1993): On system analysis in Autism intervention programs, J, of Applied behavior analysis, Vol.(26), No.(4),pp.589-596.
- 355-Marshall,P.(1989): Attention Deficit Disorder and Allergy Aneurochemical Model of Relation Between the Illnesses, Rnal of Psychological Bulletin,Vol. No3,1989.
- 356-Matthews , Julie (2008) : Autism Diets: The First Step to Biomedical Intervention and Autism Recovery , Generation Rescue , U.S.A.
- 357-Michael Davidson, Ezra Susser,(2006): Advancing Paternal Age and Autism, Arch Gen Psychiatry. ;63:1026-1032.
- 358-Marchimme A., (1982) : Early childhood Autism, US. Illinois
- 359-Michael,(1999):High functioning autism or asperser syndrome? A compression of emotion perception abilities and neurocognitive –Vol. UME,60-04B of dissertation abstracts international.p.152.
- 360-Micheal, W. (1999). Microsoft(R) Encorta(R) Encyclopedia 99.
- 361-Myles B.;Simpson R., (1994) : Facilitated communication with children diagnosed as Autistic in public school settings,psychology in the schools . Vol (31) July , pp208-220.
- 362-Marica D., (1990): Autism and life in the co mmunity,Successful Interventions for behavioral challenges, pawul H, Co London.
- 363-Ney P. G.;Mulvihill D. L.,(1985): Child psychiatric treatment :_A practical guide, London,Sydney, over, New Hampshire.

- 364-Newman Dianne L., (1987): The role of functional reinforcement in the acquisition and generalization of communicative language in an Autistic population , D.A,I Vol (98)No(7) January p.2104-B.
- 365-Nelson P.; Israel A, (1991): Behavior disorder of childhood prentice hall, Englewood chiffs, New jersey, second Edition.
- 366-Newman Dianne L., (1987) : The role of functional reinforcement in the acquisition and generalization of communicative language in an Autistic population , D.A,I Vol (98) No(7) January p.2104-B.
- 367-Nishimura, M.; Hashimoto, T, Miyazaki, M.; Mori, K., and Kuroda, Y. (2003): An open trial of risperidone in autistic children ";No To Hattatsu. 35(6): 7-473.
- 368-Nevelyn N, Watson (2008): Self-Functioning and Perceived Parenting: Relations of Parental Empathy and Love Inconsistency With Narcissism,-Depression. Journal compilation,23(5),125-133. 353-O'Gorman, Gerald, (1970): The nature of childhood Autism, Second Edition, London : Butter worthies.
- 369-Wing Lorna, (1996) : Early childhood Autism, clinical ducting's and social aspects : Toronto.
- 370-Orit E, Hetzroni; , Juman Tannous (2004): Effects of a Computer-Based Intervention Program on the Communicative Functions of Children with Autism. Source Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol.34(2), Apr 2004,pp. 95-113.

- 371-Osterling,J.A.,Dawson,G.,&Munson,J.A.(2002): Early Recognition of 1-Year-Old Infants with Autism Spectrum Disorder Versus Mental Retardation. *Dev.Psychopathol.* ,14,239-251.
- 372-Ozdemir,Selda(2008):The Effectiveness of Social Stories on Decreasing Disruptive Behaviors of Children with Autism: Three Case Studies *Journal of Autism and Developmental Disorders*,(38),(9)1689-1696.
- 373-O'Gorman, Gerald (1970):*The Nature of Childhood Autism*,Second Edition,London:Worthies.
- 374-Ozonoff S-; Pennington B.;Rogers s.,(1991): Executive function deficits in high-functioning Autistic individuals: relationship to theory of Mind ,*J. child psychol psychat* Vol (32) No(7)pp1081-1105.
- 375-Prior M; Dahlstrom B.; Squires T., (1990): Autistic children's knowledge of thinking and feeling states in others people, *J, child psychol*,Vol(31) No(4) pp 587-601.
- 376-Philip,H., Stanfield , R. & Sprengelmeyer (2010): Deficits in Facial,Body Movement and Vocal Emotional Processing in Autism Spectrum Disorders,et al.*Psychological Medicine*. Cambridge: (40),(11).1919.
- 377-Pottie, C & Ingram, K. (2008): Daily Stress, Coping, and Well- Being in Parents of Children with Autism: A Multilevel Modeling Approach. *Journal of Family Psychology*, 22, 6, 855-864.
- 378-Pil Young Kim, (2009): *The interplay of brain and experience in parental love* , Neurosciences; Psychobiology ; Developmental psychology ;Cornell University. United States -New York.

- 379-Peterson, Rick & Green, Stephen, (1999): Families first Keys to successful_family_functioning:problem_solving.
- 380-Patricia M. Rodier,(2009): Vaccines and Autism,American Institute of Biological Sciences, Published by: University of California Press on behalf of the American Institute of Biological Sciences, Stable URL:
- 381-Prior,M&Sanson,A.,(1986): Attention Disorder with Hyper activity : Acrilique,Journal of Child Psychology &Psychiatry.
- 382-Porter B., Goldstein; Galil A.;Carel C.,(1992) : Diagnosing the strange ,child car helth development Vol(18) No(1) pp 57-63.
- 383-Pennebaker,J.W.(1995): Opening Up.the Healing Power of Expressing Emotions. the Guilford Press.2,12-25.
- 384-Prizant Barry M, (1979) : An analysis of the functions of immediate Echolalia in Autistic children, D.A,I. Vol.(39), No.(9), March, pp4592-4593-B.
- 385-pierce K, Schimman L., (1994):Teaching daily living skills to children with Autism in unsupervised settings through pictorial self-management J.of Applied Behavior analysis Vol(27) No(3) pp471-481.
- 386-Park,j.&Alber-Morgan,S.(2011):Effects of mother- implemented picture exchange communication system (PECS) training on independent communicative behaviors of young children with autism spectrum disorders. Topics in early childhood special education,V31 N1,P37-47,May 2011.
- 387-Randal,D,(2010):Introduction to family processes,5th ed, Taylor &francis Group,an informa business, New York.

- 388-Rao, P & Beidel, D. (2009): The Impact of Children with High-Functioning Autism on Parental Stress, Sibling Adjustment, and Family Functioning. *Behavior Modification*, 33, 4,437-451.
- 389-Rutter M. , (1983): Cognitive deficits in the pathogenesis of J. child psychol and psychiat Vol(24) pp.51.
- 390-Ryckman, (1978): Theories of personality, New York, D. Van Nostrand Company ,R. M.
- 391-Regan,P.(2003): The mating game: a primer on love,sex, and marriage. London: sage publication. In this classic article, the authors examine whether the available love instruments actually measure what they purport to measure.
- 392-Rosenthal, D., Peng. C., & McMillan, J. (1980): Relationship of adolescent selfconcept to perceptions of parents in single and two-parent families. *International Journal of Behavioral Development*. 3.441-435.
- 393-Russell, A. and Russell, G. (1989): Warmth in mother-child and father-child relationships in middle childhood. *British Journal of Developmental Psychology*. 219-235.
- 394-Russek&Schwartz,(1997):the causes of behavior :Reading in child development & educational- psychology. Boston:Allen &Bacon.
- 395-Rohner,R.P., & Veneziano ,R .A .(2001) :The importance of father love: history and contemporary evidence. *Review of general psychology*,5,382-405.

- 396-Regan,P.(2003): The mating game: a primer on love,sex,and marriage. London: sage publication. In this classic article, the authors examine whether the available love instruments actually measure what they purport to measure.
- 397-Rajesh ,R., and Girija ,A .S.(2003): Pyridoxine-dependent seizures: a review ";Indian Pediatr. 40(7):8- 633.
- 398-Reichelt, K.L. and A.M.(2003): Knivsberg, Can the pathophysiology of autism be explained by the nature of the discovered urine peptides? Nutr Neurosci,. 6(1): p.19-28.
- 399-Richardson, A. and P. Montgomery. (2005): The Oxford-Durham Study: A randomized, controlled trial of dietary supplementation with fatty acids in children with developmental coordination disorder. Pediatrics 115, no. 5:1360–1366.
- 400-Rebecca J. Landa; Katherine C. Holman; Elizabeth Garrett-Mayer (2007): Social and Communication Development in Toddlers With Early and Later Diagnosis of Autism Spectrum Disorders, Arch Gen Psychiatry. ;64(7):853-864.
- 401-Reichler R.; Schopler E., (1976): Developmental therapy: a program model for providing individualized services in the community, New York : Plenum Press.
- 402-Ramondo N.; Milch D., (1984): The nature and Specificity of the language coding deficit in Autistic children , British J.of psychology Vol (75) pp95-103.

- 403-Ritvo E; Freeman B.; Geller E.; Yuwiler A, (1983) :Effects of fenfluramine on (14)outpatients with the syndrome of Autism , J. of American Academy of child psychiatry Vol(22) . pp.549-558.
- 404-Rutter, M. (1979): Diagnosis and definition. 3ed. in: M.Rutter & E. Schopler: Autism a Reappraisal Of Concept And Treatment: (PP.1-26) New York and London: Plenum Press.
- 405-Ricks,D.H.,(1979): Making Sense of Experience to Mawke Sensible Sound,in Bullowa,M.,(Ed)Before Speech: at the University Press.
- 406-Rutter,M.,Lord,C.,& Le Couteur,A.(1983) :Brief Report:Autism Diagnostic Interview(rev).Journal of Autism and Development Disorders.
- 407-Remington, R. P Hastings H. , Kovshoffdegli Espinosa, Jahr, Brown,T. (2007): Early intensive behavioral intervention: outcomes for children with autism and their parents after two years. American Journal on Mental Retardation, 112 (6) , 418- 438.
- 408-Regan,P.(2003): The mating game: a primer on love,sex, and marriage. London: sage publication. In this classic article, the authors examine whether the available love instruments actually measure what they purport to measure.
- 409-Peterson, Rick & Green, Stephen (1998): Families first Keys to successful _ family, _ functioning: problem _ solving. <http://www.ext.vt.edu/pups/family/350-°091 htm> 1
- 410-Rebecca J. Landa; Katherine C. Holman; Elizabeth Garrett-Mayer (2007): Social and Communication Development in Toddlers With Early

and Later Diagnosis of Autism Spectrum Disorders, Arch Gen Psychiatry.2007;64(7):853-864.

411-Roeyers H., (1995) : A peer mediated proximity intervention to facilitate the social interactions of children with a pervasive developmental disorder, Britch J.c education Vol (22) No.(4) Dec pp.161-176.

412-Singer,M.T.and Wynne,L.(1963): Differentiating Characteristic of Parents of Childhood of schizophrenics, Childhood Neurotics and Young Adult Schizophrenics., Americawn Journal of Psychiatry,120,234-243.

413-Szatmari p : R, Bartolucci G., Bremner R.; Bond 8. and Rich S., (1989): A follow-up study of high-functioning Autistic children , J. of Autism and developmental disorders,Vol (19) , pp 213-226.

414-Secan K.; Egei A; Tilley C.,(1989) : Acquisition, Genera and maintenance of question-answering Autistic children, J.of Applied Behavior A Vol(22), No(2) , pp.181-196.

415-Shattock , Paul & Whiteley , Paul (2008): Biochemical aspects in autism spectrum disorders: updating the opioid-excess theory and presenting new opportunities for biomedical intervention, Ashley Publications Ltd .

416-Shubha&phadke,(2005): Fragile XSyndrome, Orphanet Encyclopedia,February2005.

417-Sharyn Neuwirth ; Julius S. ;Peter S. ; Jensen M. ;Rockvil (1999) : Autism ,ail material in this publication is of copyright restrictions and may be copi reproduced , or duplicated without permission NIMH ; citation of the source in [http :/WWW.nih.gov/publicat/ autism . htm](http://WWW.nih.gov/publicat/autism.htm).

- 418-Sahkian B:Sahakian P Simon Baron-Cohen., Christopher Gillberg., Stanley I.Greenspan., Nancy Minshew., Peter Tanguay., Andre Sahakian W. (1986): psychopa today, the current status of abnormal psychology edition. RE. peacock publishers, Inc. Itasca,Illim.
- 419-Sajdel-Sulkowska EM et.al. (2016): Autism: “Leaky Gut”,Prematurity and Lactoferrin , Austin J Autism& Relat Disabil , Volume 2 , Issue 3 .
- 420-Smith,C.(2001). Using Social Stories to Enhance Behavior in Children with Autistic Spectrum Difficulties. Educational Psychology in Practice,V17 (4),PP337-345.
- 421-Schopler, Eric (1986): Toward reducing behavior problems in autistic children. Journal of Autism and childhood Schizophrenia,V.16, N.1.
- 422-Schopler Eric, (1982): Evolution in understanding and treatme Autism, TriangleVol(21) pp51-57.
- 423-Schopler e; Reichler R.; Devellis R.; Daly K, (1990):Neurobiological correlates of Autism,Ameri psychological association , Boston, MA, Aug; .pp(10-14).
- 424-Schopler E.; Reichler R.; Devellis R.; Daly K., (1980):Tc objective clas- sification of childhood Autism : child Autism rating scale C.A.R.S. , J. of Autism developmental disorders, Vol (10)pp91-103.
- 425-Schwartz S., (1992): Case studies in abnormal psycholo Wiley, National Library, Milton Austerely.
- 426-Sansosti,F.J.,Powell-Smith,K.A.,&Kincaid,D.(2004): A Research Sn- thesis of Social Story Interventions for Children with Autism Spec-

- trum Disorders. Focus on Autism & Other Developmental Disabilities, 19(4), 194-204.
- 427-Smith, D. (2007). Introduction to special education: Making a difference. Boston: Allyn & Bacon
- 428-Sahakian W: Sahkian B:Sahakian P.: (1986): psychopa today, the current status of abnormal psychology edition. RE. peacock publishers, Inc. Itasca, Illim.
- 429-Schopler, Eric (1986): Toward reducing behavior problems in autistic children. Journal of Autism and childhood Schizophrenia, V.16, N.1.
- 430-Stewart J. C., (1986): Counseling parents of the exceptional children (2nd ed) Columbus, Charles E. Merrill.
- 431-Sigman, M. Ruskin, E.; Arbeile, S.; Corona, R.; Dissanayake, C.; Espinosa, M.; Kim, N.; Lopez, A.; and Zierhut, C. (1999): Continuity and change in the social competence of children with autism, Down syndrome, and developmental delays; Monogr Soc Res Child Dev. 64(1):1-114.
- 432-Sternberg, (1987): Liking versus loving: A comparative evolution of theory. Psychological Bulletin, 102(3), 331-345.
- 433-Singer, M.T. and Wynne, L. (1963). Differentiating Characteristic of Parents of Childhood of schizophrenics, Childhood Neurotics and Young Adult Schizophrenics., American Journal of Psychiatry, 120, 234-243.
- 434-Schneider, K., Rosen, & Burke, P. (1999): Multiple Attachment Relationship with families: Mothers and Fathers with Two Young Children. Developmental Psychology. 35 (2), 436-444.

- 435-Simon Baron-Cohen., Christopher Gillberg., Stanley I. Greenspan., Nancy Minshew., Peter Tanguay., Andrew W. Zimmerman., and Barry Gordon.(2001). The Core Deficit in Autism and Disorders of Relating and Communicating, The Journal Of Developmental and Learning Disorders Special Edition Volume 5 Number 1
- 436-Salisbury, Christine L. & Smith, Barbara J. (1993): Effective Practices for preparing children with disabilities for school. New York: The Council for Exceptional children.
- 437-Snyder,C.R.&Lopez,sh.J.,(2005): Hand book of positive psychology, Oxford University Press.
- 438-Sillick & Schutte (2006):Emotional and self-esteem Mediate Between Perceived Early Parental Love and adult happiness,University of New England, Armidale, NSW,2351.
- 439-Schneider, K., Rosen, & Burke, P. (1999): Multiple Attachment Relationship with families:Mothers and Fathers with Two Young Children. Developmental Psychology. 35 (2), 436-444.
- 440-Scott,Peck,(2003):The road less traveled,25th Anniversary Edition: A new psychology of love, traditional values, and spiritual.
- 441-Sillick & Schutte (2006):Emotional and self-esteem Mediate Love and adult happiness,University of New England,Armidale, NSW,2351.
- 442-Schnoll, R., D. Burshteyn, and J. Cea-Aravena.(2003): “Nutrition in the treatment of attentiondeficit hyperactivity disorder: A neglected but important aspect.” Applied Psychophysiology and Biofeedback 28, no. 1 (Mar 2003):63–75.

- 443-Sansosti,F.J.,Powell-Smith,K.A.,&Kincaid,D.(2004): A Research Synthesis of Social Story Interventions for Children with Autism Spectrum Disorders. Focus on Autism &Other Developmental Disabilities,19(4),194-204.
- 444-Schultz RT, Gauthier I, Klin A, Fulbright RK, Anderson AW,Volkmar F, Skudlarski P, Lacadie C, Cohen DJ, Gore JC. (2000).Abnormal ventral temporal cortical activity during face discrimination among individuals with autism and Asperger syndrome. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(4):331-340.
- 445-Spitzer R., (1987) : Diagnostic and statistical manual of mental disorders 111, Washington, DC :American psychiatric Association.
- 446-Schultz RT, Gauthier I, Klin A, Fulbright RK, Anderson AW, Volkmar F, Skudlarski P, Lacadie C, Cohen DJ, Gore JC.(2000):Abnormal ventral temporal cortical activity during face discrimination among individuals with autism and Asperger syndrome. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(4):331-340.
- 447-Sodian B.; Frith U., (1992): Deception and sabotage in Autistic, retarded and normal children ,J. child psychol psychiat, Vol(33) No(3) , pp.591-605.
- 448-Susan,L.Klin,(2008):Development vocabulary of preschool children of delay, Journal of communication disorder,V41,p223-236.
- 449-Sharyn Neuwirth ; Julius S. ;Peter S. ; Jensen M. ;Rockvil (1999): Autism ,ail material in this publication is of copyright restrictions and may be copi reproduced , or duplicated without permission NIMH ; citation of the source in [http :/WWW.n nih. gov/publicat/ autism . htm](http://WWW.nih.gov/publicat/autism.htm).

- 450-Siegel ,B.; Elliott, G.R., and Heyman , M.B. (2001):Effects of intravenous secretin on language and behavior of children with autism and gastrointestinal symptoms: a single-blinded, openlabel pilot study ;"Pediatrics.108(5):E90.
- 451-Snyder,C.R.&Lopez,sh.J.,(2005):Hand book of positive psychology, Oxford University Press.
- 452-Sternberg,(1987):Liking versus loving: Acomparative evaluation of theory. Psychological Bulletin,102(3),331-345.
- 453-Schmidt, Carla; Schmidt, Matthew; Kamps, Debra; Thiemann-Bourque, Kathy; Mason, Rose(2017). Pilot Investigation of Language Development of Children With Autism Receiving Peer Networks Intervention. Journal on Developmental Disabilities . 2017, Vol. 23 Issue 1, p3-17. 15p.
- 454-Tardif,C.,France L.,Rodriguez M.&Bruno G.,(2007): Slowing Enhances Facial Expression Recognition and Induces Facial-Vocal Imitation in Children with Autism.Journal of Autism and Developmental Disorders. New York:(37),(8),1469.
- 455-Tallis,F,(2004):Love sick: Love as a mental illness, Random century, London.
- 456-Tek,Saime(2010): Longitudinal Analysis of Joint Attention and Language Development in Young Children with Autism Spectrum Disorders Ph.D.,University of Connecticut,;AAT3429221.

- 457-Udell,T.& Deardorff,P.(1997): Autism and the Early Childhood Educator. Early-Teaching Childhood Newsletter, winter 1997, Early Childhood & Training Dept., Western Oregon University Press.Research Department.
- 458-Ungerer J. A, (1989):The early development of Autistic cl Implications for defining primary deficits, Guilford.
- 459-Vancassel ,S.; Durand ,G.; Barthelemy , C.;Lejeune , B.;Martineau ,J.; Guilloteau ,D.; Andres , C.,and Ch alon , S. (2001): Plasma fatty acid levels in autistic children;prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids.
- 460-Wolf S. (1988): Psychiatric disorder of childhood .In Kandell RE ; Zealley AK (Eds)Companion to psychiatric studies,London: Churohcill Livingstone.
- 461-Williams, P. G ; Dalrjمله , N., and Neal , J.(2000):Eating habits of children with autism";Pediatr Nurs,Mayjun;259-64:(3)26 .
- 562-W. Zimmerman,. and Barry Gordon. (2001): The Core Deficit in Autism and Disorders of Relating and Communicating, The Journal Of Developmental and Learning Disorders Special Edition Volume 5 Number,1.
- 463-Wing Lorna (1966): Early Childhood Autism ,Clinical Education and Socil Aspects:Toronto.
- 464-Wing, L. (1981): Social, behavioral, and cognitive characteristics: an epidemiological approach. in: M. Rutter & E. Schopler: Autism a Reappraisal Of Concept And Treatment: (PP.27-46). New York and London: Plenum Press.

- 465-Webster O; Konstantareas M; Oxman J .; Mack I, (1980): Autism, New directions in research and education (pressman press).
- 466-Widen.S.&James A.R.(2007): Preschoolers' Scripts For Basic-Level Emotions: Understanding Causes Vs. Boston College. Presented at the Cognitive Development Society's Conference,Santa Fe,NM.
- 467-Wilner,J.(2001): Autism and its Impact on Childhood Language Developmental. www. colmbi. edu.
- 468-White , John (2003) : Intestinal Pathophysiology in Autism , the Society for Experimental Biology and Medicine
- 469-Wad B.; Moore M., (1994): Feeling different View pc students with special educational needs,British special education Vol.(21) No(4)Dec. pp161.
- 470-Watson , Luke S. (1973) : Child behavior modification : Am for teachers , Nurses , and Parents , New York. Tc Oxford, Sydney, Braunschweig.
- 471-Warren R.; Margareuen N.; Pace N.;Foster A., (1986) : In abnonnalities in patients with Autism , J. of Autism developmental disorder, Vo1(16), pp.189-197.
- 472-Wilson, B. & Gottman, J. Marital interaction and parenting (1995): In Bomstein. M (Ed.). Handbook of Parenting. (pp33-55). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- 473-Webster O; Konstantareas M; Oxman J .; Mack I, (1980): Aut New directions in research and education (pressman press). Theories of personality, New Y ork, D. Van Nostrant Company ,R. M.

- 474-Williams, K.R. (2006): The Son-Rise Program intervention for autism: prerequisites for evaluation; *Autism*.10(1):86-102.
- 475-Williams, K.; Helmer, M.; Duncan, G. W.; Peat, J. K., and Mellis, C. M. (2008): Perinatal and maternal risk factors for autism spectrum disorders in New South Wales, Australia;*Child Care Health Dev*.34(2):56-249.
- 476-Weiss,M(2007):Social Skills :an Elusive Target. Organization for Autism Research: The Best of The Oract: Acompilation of Articles from 2002-2007.
- 477-Weiss, J. A., Cappadocia, M. C., MacMullin, J. A., Viecili, M., & Lunsky, Y. (2012). The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: The mediating role of acceptance and empowerment. *Autism: The international journal of research and practice*, 16(3), 261–274.
- 478-Yazbak ,F .E., & Yazbak , K. (2002): Live virus vaccination near a pregnancy: flawed policies, tragic results; *Med Hypotheses*. Sep;59(3): 8-283.
- 479-Young ,Douglas (1980): A behavioral checklist to differential pre- school age autistic retarded children, D= A. 1, . Vol (41) No (05) a Novem, , pp. 1936-4937-B.
- 480-Young l; Kavanagh M; Anderson 6; Shaywitz R; Cohen d., (1982): Clinical neurochemistry of Autism and associated disorders, J, of Autism gm Developmental disorders, Vol.(12).pp,147-165.

481-Yoshimour (1999): Pervasive Developmental Disorders and Hyper Activity, Journal of Autism and Developmental Disorder, Vol,32,No.2 pp.180-208.

482-Zaffanello , M.; Zamboni ,G.; Fontana, E.; Zoccante, L., and Tato, L. (2003): A case of partial biotinidase deficiency associated with autism " .;Child Neuropsychol .9(3):8-184

مواقع علي شبكة المعلومات:

483-<http://www.autism-pdd.net>.

484-<http://www.elazayem.com/autism.htm>.

485-<http://www.your-doctor.net/autism/knowledge.htm>.

486-<http://www.suhuf.net.sa/2003jaz/jun15/4.him>.

487-<http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/autism/factsheets/sub8.htm>.

488-<http://www.freearabi.com/Asperger.htm>.

489-<http://www.gulfnet.ws/tawahud/methods.htm>.

450-www.web-teb.com.

451-http://www.arabspine.net/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1.

452-www.Pdffactory.com.

453-www.gulfkids.com.-

454-<http://www.arabpsynet.com/Archives/VP/PV.Rakkaoui.import's%20risk%20of%20ideologies.htm>

455-<http://www.autism-society.org>.

456-http://www.autismsocietyorg/site/PageServer?pagename=about_whatis.

457-<http://www.tawahod.net/article/details-15.html>.

458-<http://www.arabpsynet.com>.

459-http://www.arabspine.net/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1

460-<http://www.jstor.org/stable/20056727>.Accessed: 31/05/2011 07.

461-<http://www.ext.vt.edu/pups/family/350-°091.htm> 1.462-<http://www.jstor.org/stable/10.1525/bio.2009.59.5.12>. Accessed:31/05/2011 07:45.

463-<http://www.orpha.net/data/patho/GB/uk-Fragile-X.pdf>. /Archives/VP/PV .Rakkaoui.import's %20risk%20o f% 20ideologies.htm



حقوق الطبع محفوظة للناشر



أطلس

للنشر والإنتاج الإعلامي

يحظر نشر أو اقتباس أى جزء
من هذا الكتاب إلا بعد الرجوع
إلى الناشر