

الطفل الذأوى (الآوآى)

بىه

(الغموض والشقة.. والفصم والرأىة)

obeikandi.com

سلسلة ثقافة سبيلك لوجبة للجميع

٣٥

الطفل الذاتوى (التوحى)

بإشراف

(الغموض والشفقة.. والفهم والرعاية)

إعداد

الدكتورة سناء محمد سليمان

أستاذ علم النفس

كلية البنات - جامعة عين شمس

obeikandi.com

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ فَبَشِّرْ عِبَادَ ۝١٧ الَّذِينَ يَسْتَمِعُونَ الْقَوْلَ فَيَتَّبِعُونَ
أَحْسَنَهُ ۚ أُولَٰئِكَ الَّذِينَ هَدَى اللَّهُ ۖ وَأُولَٰئِكَ هُمُ أُولُوا
الْأَلْبَابِ ﴾

صدق الله العظيم

[سورة الزمر: آية ١٧-١٨]

obeikandi.com

إهداء

أهدي هذا الإصدار إلى:

- زوجي الفاضل .. وأبنائي .. وأحفادي

أغلى ما لدى في هذه الدنيا.

- جميع الآباء والأمهات والمربين.

- جميع المؤسسات التربوية ووسائل الإعلام.

كل من في بيته طفل ذاتوى .. حتى يعلم ويفهم ويرحم ويصبر.

obeikandi.com

المحتويات

١٣	- مقدمة الإصدار الأول.
١٥	- مقدمة.
١٩	- مصطلح الأوتيزم.
١٩	- تصحيح مفهوم مرض التوحد إلى الذاتوية.
٢٠	- ما هو مرض التوحد؟
٢٣	- تعريف اضطراب أو إعاقة الذاتوية (التوحد).
٣٧	- بعض المصطلحات المتداخلة مع الذاتوية.
٤٠	- أعراض الذاتوية (التوحد).
٦٥	- أسباب الذاتوية (التوحد).
٨٢	- تفسير العلماء غموض التوحد.
٨٦	- نظرة تاريخية لتطور دراسة إعاقة التوحد.
٩٠	- انتشار مرض التوحد.
٩٥	- خصائص وسمات الأطفال التوحديين.
١٠٦	- تشخيص الذاتوية (التوحد).
	- الفروق في التشخيص بين إعاقة الذاتوية وبعض الاضطرابات
١١٥	الأخرى:

- الفروق بين الذاتوية والإعاقة العقلية. ١١٥
- الفروق بين الذاتوية وانفصام الطفولة. ١١٧
- الفروق بين الذاتوية واضطرابات ريت. ١٢٢
- الفروق بين الذاتوية واضطراب إسبرجر. ١٢٤
- الفروق بين الذاتوية وإعاقة الصمم. ١٢٦
- الفروق بين الذاتوية والحرمان النفسى الاجتماعى. ١٢٨
- الفروق بين الذاتوية والافازيا المكتسبة مع التشنج. ١٢٨
- الفروق بين الذاتوية واضطراب اللغة التعبيرية - الاستقبالية المختلطة. ١٢٩
- الفروق بين الأطفال الذاتويين وبين الأطفال العاديين. ١٣٠
- اضطراب طيف التوحد والوراثة. ١٣٢
- معنى اضطراب طيف التوحد. ١٣٢
- التوحد والوراثة. ١٣٣
- الأمراض الوراثية التى تظهر عليها أعراض التوحد. ١٣٣
- بعض الحالات الواقعية لمرض التوحد. ١٣٥
- المراهقة والبلوغ وأثرها على المصابين التوحدين وبعض الحلول للتعامل معها. ١٣٧
- الوقاية من اضطراب الذاتوية. ١٤٨
- علاج اضطراب الذاتوية. ١٤٩
- أولاً: العلاجات الطبية. ١٥٢
- ثانياً: العلاجات النفسية والاجتماعية. ١٥٦

١٥٨	ثالثاً: العلاجات السلوكية والمعرفية (التربوية).
١٦٣	رابعاً: البرنامج التعليمي الفردي.
١٦٨	خامساً: علاج الحياة اليومية.
١٦٩	- بعض الأساليب الأخرى لعلاج الذاتوية.
١٧٤	- الرعاية التربوية والتعليمية للأطفال الذاتويين.
١٧٧	- دور الأسرة في تقييم احتياجات الطفل الذاتوى.
١٨٣	- نداء من أخت طفل ذاتوى.
١٨٧	- بعض الوصايا لمدرسى وآباء الطفل الذاتوى.
٢٠١	- قائمة المراجع.
٢١٠	- الإنتاج العلمى للدكتور سناء محمد سليمان

obeikandi.com

سلسلة ثقافة سيكولوجية للجميع

مقدمة الإصدار الأول

تم تعييني عام (١٩٩٨م) مديراً لمركز تنمية الإمكانات البشرية - بكلية البنات جامعة عين شمس - وتمنيت إصدار (سلسلة ثقافة سيكولوجية للجميع) تحت مظلة المركز في ذلك الوقت؛ بهدف تقديم بعض الموضوعات الخاصة بالأسرة والمشكلات السلوكية للأبناء بطريقة علمية مبسطة ومفيدة تساعد على تنمية وعى الوالدين والأبناء، وعلاج بعض المشكلات أو الوقاية منها لفئات المجتمع المختلفة.

وقمت بعرض الفكرة على الزملاء بقسم علم النفس واستحسنوا الفكرة.. إلا أنها لم تبدأ في ذلك الوقت.. ودارت عجلة الحياة بمشاغلها ومسئولياتها الكبيرة.

وقد وفقني الله سبحانه وتعالى عام (٢٠٠٢م) للعمل بكلية التربية والعلوم الإنسانية - جامعة الملك عبد العزيز بالمدينة المنورة - سابقاً - جامعة طيبة - حالياً - وعشت بكل مشاعري في هذه المدينة المقدسة مدينة رسول الله ﷺ وبدأت أشعر برغبة شديدة نحو مسئوليتي أمام الله سبحانه وتعالى في تقديم ثقافة سيكولوجية للجميع؛ عسى أن يستفيد الوالدان والأبناء والمربون والجميع من تلك الثقافة، وأن ينتفع بها المنفعة القصوى.. وهذا هو الإصدار الخامس والثلاثون من هذه السلسلة تحت عنوان: الطفل الذاتوى (التوحدي) بين الغموض والشفقة.. والفهم والرعاية.

وأدعو الله أن ييسر لي استكمال تلك السلسلة.
وأن يتقبل هذا العمل خالصاً لوجهه سبحانه وتعالى.
والله ولى التوفيق.

أ.د. سناء محمد سليمان

٢٠١٤ م

obeikandi.com

الطفل الذاتوى (التوحدى)

(بين الغموض والشفقة .. والفهم والرعاية)

المقدمة :

تعتبر رعاية المعاقين من ذوى الاحتياجات الخاصة من المشكلات التى تواجه المجتمعات، إذ لا يخلو مجتمع ما من وجود نسبة لا يستهان بها بين أفراد من هذه الفئات، وأن عدداً من هؤلاء قد يعانون من تعدد الإعاقات، وتختلف المجتمعات فى تعاملاتها مع هؤلاء الأفراد، فاختلاف فلسفة كل مجتمع حيث تتدرج المعاملة بين الازدراء والقسوة ومحاولة التخلص منهم إلى الإشفاق عليهم، والتوجه إلى رعايتهم تحقيقاً لمبدأ تكافؤ الفرص بين الأسوياء.

ففى بداية القرن الثامن عشر بدأت الرعاية المنظمة للمعاقين ونلمس ذلك فى أن قضية تعليم المعاقين تحتل مكانه كبيرة على المستويين المحلى والعالمى، وأصبحت هناك اتجاهات تتزايد قوتها يوماً بعد يوم تنادى بضرورة أخذ هؤلاء الأطفال فى الاعتبار للوقوف على أفضل الأساليب الملائمة للتعامل معهم، وضرورة تنوع هذه الأساليب فى ضوء تنوع الإعاقات، واختلاف الفروق الفردية بين أفرادها.

ومن هذا المنطلق زاد الاهتمام برعاية المعاقين، وتأهيلهم حيث أنشئت المدارس ووضعت تشريعات تكفل للمعاقين بعض المزايا والحقوق التى تحقق لهم الاستقرار، كما تضافرت جهود العلماء فى سبيل تأهيلهم وتنمية ما تبقى لديهم من قدرات.

وتعتبر إعاقة التوحد من الاضطرابات النهائية وليست ضمن الاضطرابات

الانفعالية والوجدانية، وهى إعاقة ليست نادرة وتمثل نسبة لا يمكن تجاهلها، ولكنها لم تنل حظها من الاهتمام فى الدول النامية، فى حين أننا نجد اهتمامًا متزايدًا فى الدول المتقدمة، وقد زاد الاهتمام نسبيًا بهذه الفئة فى البلاد العربية خلال السنوات الأخيرة، ويعتبر ليوكانر (١٩٤٣م) Leokanner أول من أشار إلى إعاقة التوحد كاضطراب يحدث فى الطفولة، وقد استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة لهذه الإعاقة مثل الذاتوية، والاجترارية، والتوحدية، والأوتيسية، والانغلاق الذاتى (الانشغال بالذات)، والذهان الذاتوى، وفصام الطفولة ذاتى التركيب، والانغلاق الطفولى، وذهان الطفولة لنمو (أنا) غير سوى.

ويرجع استخدام هذه التسميات إلى غموض وتعقد التشخيص الفارق للتوحد، حيث يعد التشخيص من أهم الصعوبات التى تواجه هذه الفئة نظرًا لتشابهها مع فئات عديدة، ومعظم الباحثين المهتمين بالتوحد يشيرون إلى قضية التشابه بين سلوك التوحد وسلوك اضطرابات أخرى مثل الإعاقة العقلية، وفصام الطفولة، والإعاقة السمعية، واضطرابات الانتباه، واضطرابات التواصل. ونظرًا لخطورة التشخيص، يوصى الكثير من العاملين فى ميدان الإعاقة بأن يقوم بعملية التشخيص إخصائيون مدربون، لديهم خبرات، وخلفيات كبيرة عن الإعاقة، مع الاسترشاد بأراء المعلمين والوالدين، ونظرًا لطبيعة إعاقة التوحد الفريدة فإن المتخصصين فيها يقومون بالتقييم معتمدين بصورة أساسية على ملاحظة سلوك الطفل، وملاحظات الوالدين، وتقارير المربين والمعلمين.

ويتفق عدد من الباحثين على ما جاء فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع (Dsm- IV) (١٩٩٤م) للاضطرابات العقلية حول الملامح الأساسية وأعراض التوحد والمجالات أو المحاور التى تظهر فيها.

وبالرغم من التطور الحادث فى تشخيص اضطراب ما زال غير معروف، فبعض الدراسات أرجعته لأسباب نفسية واجتماعية، منها العلاقة بين الوالدين

والطفل، وهناك من أكد على الأسباب البيولوجية، وأخرى تشير للأسباب الجينية أو ظروف الحمل والولادة، وأيضًا إلى التلوث البيئي، والتطعيمات، والفيروسات، إلا أنه حتى الآن لم يتم التأكد من سبب التوحد؛ فقد يكون أحد هذه الأسباب، أو الأسباب مجتمعة هي التي تسبب المرض، وهذا يحتاج إلى دراسات عديدة في هذا المجال، وجدير بالذكر أن هذه الفئة تعاني العديد من المشكلات، ولعل من أبرز هذه المشكلات عدم القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي، بمعنى قصور الطفل التوحدي، وعجزه في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداؤها أقرانه العاديين.

ولأهمية الموضوع.. أقدم هذا الإصدار من سلسلة ثقافة سيكولوجية للجميع من أجل تنمية وعي الآباء والمربين والجميع بتعريف الذاتوية (التوحد)، أسباب التوحد، أهم النظريات العلمية العضوية المفسرة للتوحد، أعراض التوحد، تشخيصه، اضطراب طيف التوحد، مشكلات اللغة والتواصل لدى الطفل الذاتوى وتفاعله مع الآخر، نظرة تاريخية لتطور دراسة إعاقة الذاتوية، خصائص وسمات هذه الفئة، بعض الحالات الواقعية.. ثم أخيرًا الوقاية والعلاج من اضطراب الذاتوية (التوحد).

وأدعو الله أن أكون قد وفقت في العرض.. وأن ينتفع الجميع من هذا الإصدار المنفعة القصوى.. وأن يتقبل الله سبحانه وتعالى هذا العمل خالصًا لوجهه الكريم.

obeikandi.com

مصطلح الأوتيزم (Autism)

يرجع مصطلح الأوتيزم إلى أصل الكلمة الإغريقية أوتوس - Autos التى تعنى النفس أو الذات.

وأول من أشار إلى هذا الاضطراب أو الإعاقة هو الطبيب النفسى كاتر حينما قدم بحثه الشهير بعنوان Autistic Disturbances of Affective Contact حيث شد انتباهه أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنفيين على أنهم من ذوى التخلف العقلى. ووجد أن سلوكهم يتسم بخصائص معينة لا تتطابق مع خصائص فصام الطفولة، ولا تشابه مع التخلف العقلى فى صورته التقليدية. بل هى زملة أعراض إكلينيكية مميزة لهؤلاء الأطفال فاطلق عليها زملة كانر Canner Syndrome أو أوتيزم الطفولة المبكرة - Early Infantile Autism وقد اختار كلمة أوتيزم لأنها كلمة منفردة فى معناها ولا تستعمل كثيراً فى اللغة الإنجليزية.

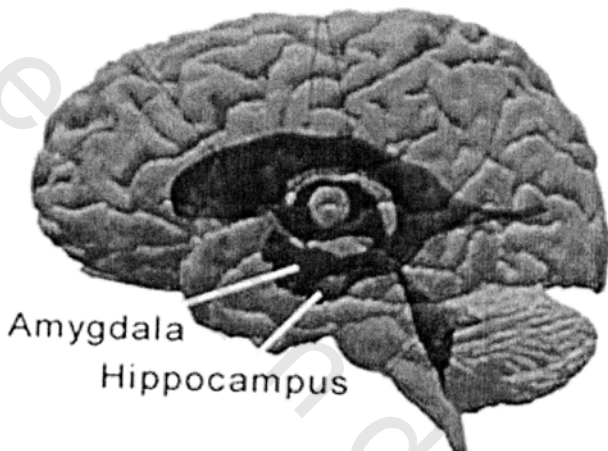
ورغم أن كانر يعتبر أول من حدد زملة أعراض الأوتيزم إلا أن هذه الزملة قد استخدمت من قبل تحت مسميات عديدة فقد استخدمها بلوير فى إشارته لزملة أوسع بكثير للميكازمات التى يستخدمها المرضى الفصامين أو الأشخاص العاديين باعتبارها إحدى السمات الأولية للفصام.

تصحيح مفهوم مرض التوحد إلى الذاتوية :

استعمال كلمة التوحد لمرض الأوتيزم يعتبر استعمال غير علمى عن طبيعة هذا المرض لذا قررت منظمة الصحة العالمية تصحيح الاسم العلمى الصحيح وهو (الذاتوية) لأن التوحد معناه أن يتقمص الشخص مشاعر وتفكير وسلوك الآخر

وهذا عكس ما يحدث في مرض الذاتية حيث أن أعراضه عدم القدرة على التواصل العاطفى والاتصال بمن حوله والانعزال التام وتجمد العواطف، لذا يستحيل أن نطلق على هذا المرض التوحد بل الأصح أن نقول الذاتية.

ما هو مرض التوحد - Autism؟



التوحد هو خلل معقد بالجهاز العصبى المركزى ويتميز بثلاث صفات جوهرية هى:

- ١ - مشكلة فى التفاعل مع المجتمع.
 - ٢ - خلل فى التواصل اللفظى وغير اللفظى - Verval and nonverbal.
 - ٣ - نمط يتكرر من التصرفات مع اهتمامات ضيقة ومقيدة.
- وهناك عدد من الأعراض غالبًا ما تكون مصاحبة للتوحد، وأغلب الذين يعانون من التوحد لديهم مشكلة فى استخدام اللغة وتكوين العلاقات، وأيضًا فى تفسير ما يدور فى العالم الخارجى حولهم أو استجابة له بشكل ملائم.

والتوحد يمكن تعريفه من جانب السلوك والتصرفات كخلل في تطور الجهاز العصبي يبدأ في الطفولة المبكرة وبالرغم من أن تشخيص التوحد من الممكن ألا يتم إلا عندما يصل الطفل إلى سن ما قبل دخول المدرسة أو سن دخول المدرسة فإن أعراض وعلامات التوحد من الممكن أن تظهر عندما يكون الطفل في العمر من ١٢ إلى ١٨ شهر، كما تكون السلوكيات المميزة للتوحد تكاد تكون مؤكدة في أغلب الحالات عند سن ثلاث سنوات، ويمكن التعرف عليهم عند سن ما قبل المدرسة (٥ سنوات) بظهور تأخر اكتساب اللغة وهي أول ما يظهر على الأطفال الذين يتأثرون بالمرض بصورة شديدة، Severely affected Children أما الأطفال الذين يكونون أحسن حالاً Higher Functioning فهم يعرفون بصفة عامة بالمشاكل السلوكية عندما يصلون إلى عمر ٤ إلى ٥ سنوات أو بالمشاكل الاجتماعية في سن متأخر عن ذلك، ويستمر التوحد طوال عمر الشخص المصاب به بالرغم من أن البعض من المصابين بالمرض لديهم القدرة على تعلم ضبط وتعديل سلوكهم إلى حد ما.

وينشأ التوحد عن نمو غير طبيعي لبعض أجزاء المخ.. كما أنه ليس له علاج جذري، أى بمعنى أن يتم تأهيل الطفل المريض واستعمال الحد الأقصى من مهاراته.

- والتوحد هو إعاقة في النمو تستمر طيلة عمر الفرد وتؤثر على الطريقة التي يتحدث بها الشخص وقيم صلة بمن هم حوله. ويصعب على الأطفال وعلى الراشدين المصابين بالتوحد إقامة صلات واضحة وقوية مع الآخرين، وعادة لديهم مقدرة محدودة لخلق صداقات ولفهم الكيفية التي يعبر فيها الآخرون عن مشاعرهم.

وفي كثير من الأحيان يمكن أن يصاب المصابين بالتوحد بإعاقات في التعلم ولكن يشترك كل المصابين بهذا المرض في صعوبة فهم معنى الحياة.

هناك حالة تسمى مرض إسبرجر وهى نوع من أنواع التوحد تستعمل عادة لوصف الأشخاص الذين هم فى أعلى درجة وظيفية من تشكيلة التوحد.

• يُعتبر الواقع للشخص المصاب بالتوحد محير وعبرة عن كتلة من الأحداث المتفاعلة وعن أشخاص وأمكنة وأصوات ومناظر. ولا يبدو أن هنالك أى حدود واضحة أو نظام أو معنى لأى شىء.

وهو اضطراب نفسى اجتماعى يشمل مجموعة من جوانب الشخصية.... وتتضمن ما يلى (Syndrome):

- ١ - اضطراب فى سرعة النمو.
- ٢ - اضطراب فى الاستجابات للمثيرات الحسية.
- ٣ - اضطراب فى التخاطب وفى اللغة وفى البنية المعرفية.
- ٤ - اضطراب فى التعلق والانتفاء والتفاعل الاجتماعى الطبيعى مع أفراد الأسرة وغيرهم.
- ٥ - نقص فى الأنماط الحركية التى يتم ممارستها.
- ٦ - تكرار النمط الحركى الواحد مرات عديدة.
- ٧ - تكرار اللفظ الواحد أو العبارة القصيرة الواحدة مرات عديدة.
- ٨ - تظهر هذه الاضطرابات أو معظمها خلال الشهور الثلاثين الأولى من العمر.

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

أ - التفاعل الاجتماعى (صعوبة فى العلاقات الاجتماعية كأن يبدو الشخص متحفظاً وغير مبالياً بالآخرين.

ب - الاتصال الاجتماعي (صعوبة في الاتصال الشفهي والاتصال غير الشفهي) كألا يفهم تمامًا معنى الإيحاءات الشائعة وتعابير الوجه و نعمات الصوت.

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

بالإضافة إلى هذه الثلاثية ويعتبر نمط التصرف المتكرر ومقاومة أى تغيير في الروتين اليومي في أغلب الأحيان صفات مميزة لهذا المرض.

تعريف اضطراب أو إعاقة الذاتوية (التوحد) :

اضطراب أو إعاقة التوحد (الأوتيزم) إعاقة نهائية قليلة الحدوث نسبيًا، وينتج عن اضطراب أو إعاقة التوحد وفقًا لما ترى فريس - Frith ١٩٩١م قصور في: التفاعل الاجتماعي؛ التواصل؛ والتخيل (Frith, 1991)؛ وغالبًا ما يعاني ذوى اضطراب التوحد من مشكلات واضحة أو دالة في اللغة مثل تأخر نمو أو الغياب التام للكلام؛ انحصار الكلام في عبارات أو جمل محددة وضيقة جدًا والاستمرار في ترديد هذه الجمل والعبارات لفترات زمنية طويلة؛ ورجع الصدى أو التردد الصوتي الآلى أو صدها؛ ويميل ذوى إعاقة التوحد منذ مرحلة المهد إلى الانعزال والانعكفاء التام على الذات والعيش فى حدود الذات أو التشرنق حول الذات إضافة إلى الإتيان بسلوكيات نمطية شاذة متكررة لدرجة لا تسمح لهم على الإطلاق بالإتيان بالسلوكيات الاجتماعية أو سلوكيات استكشاف البيئة.

كما يعرف التوحد أيضًا أنه اضطراب ارتقائي شامل مركب يتضمن وظائف المخ (يسببه اضطراب وظيفي مخي). إنه اضطراب نيورولوجي وليس اضطراب

سيكاترى؛ هذا بالرغم من وجود الأعراض السيكاترية التى تشمل مشكلات فى العلاقات الاجتماعية والتواصل الحسى. ويظهر تحديداً خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر، والتوحد قابل للعلاج وليس للشفاء، والتشخيص المبكر والتدخل المبكر هام وحيوى بالنسبة للارتقاء المستقبلى للطفل، ومن المسلم به أو من الشائع أن علاج التوحد مستحيل أو غير ممكن؛ وذلك لأن التوحد يتضمن مظاهر (خلل) فى بنية المخ محددة أو حدثت مبكراً أثناء الارتقاء أو فى المراحل الارتقائية.

كما يطلق أحمد عكاشة (١٩٦٩م) على "إعاقة التوحد" اسم الذاتوية الطفولية Childhood Autism ويعرفها بأنها نوع من الاضطراب الارتقائى المنتشر يدل على وجوده الأعراض الآتية:

- ١ - نمو غير طبيعى يتضح وجوده قبل عمر ثلاث سنوات.
 - ٢ - نوع مميز من الأداء غير الطبيعى فى المجالات النفسية الثلاثة الآتية:
 - التفاعل الاجتماعى.
 - التواصل والسلوك المحدود المتكرر.
 - كما يوجد مشكلات أخرى مثل: الرهاب، واضطرابات النوم والأكل، والعدوان الموجه نحو الذات.
- ويرى عكاشة أن نسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال يتراوح بين (٤-٥) أطفال بين كل عشرة آلاف طفل.

وفى عام (١٩٧٨م) اقترح كل من "رتفو وفريمان" Ritvo & Freeman تعريفاً للأشخاص الاجتراريين، ويتضمن هذا التعريف خصائص وصفات الشخص الاجترارى بأنه الذى يجب أن توجد الأعراض التالية لديه، وذلك قبل ثلاثين شهراً من العمر:

- ١ - اضطراب في سرعة النمو أو مراحلته.
 - ٢ - اضطراب في الاستجابة للمثيرات الحسية.
 - ٣ - اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية.
 - ٤ - اضطراب في التعلق المناسب بالأشخاص والأحداث والموضوعات.
- ويطلق عبد المنعم الحفنى (١٩٧٨م) على إعاقة التوحد مصطلح الانشغال بالذات ويقرر أنه مصطلح أدخله "بلولر" ليصف به إحدى السمات الأولية للفصام، والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجى.
- والانشغال بالذات - من وجهة نظره - هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة، فيفكر الجائع في الطعام، والمسافر في الماء، وتدور أحلام يقظته حول انتصارات بطولية.
- ويصنف شعلان (١٩٧٩م) "إعاقة التوحد" ضمن الاضطرابات الذهانية التى تحدث في مرحلة الطفولة، ويقتصر في تناوله لأذهنة الطفولة المبكرة على نوعين يطلق على الأول وهو الذاتوية "إعاقة التوحد" تسمية الذهان الذاتوى - Autistic Psychosis ويرى "شعلان" أن من الممكن تسميته أيضًا بالذاتوية الطفلية المبكرة Early infantile Autism ولا يضع "شعلان" تعريفًا لهذا الاضطراب، وإنما يركز فقط على الأعراض.
- ويطلق فتحى عبد الرحيم (١٩٨٣م) على إعاقة التوحد لفظ التمرکز الذاتى، ويعتبره بالإضافة على سكينز وفربنيا الطفولة Childhood Schizophrenia من الاضطرابات السلوكية الحادة التى تصيب الأطفال في فترات الطفولة المبكرة والمتوسطة، وذلك منذ أن يميز اضطرابات السلوك التى تحدث في وقت مبكر من حياة الأطفال - بخلاف
-

سكيز وفرينيا الطفولة التي تحدث أثناء الطفولة المتوسطة - ويدور الحوار بين الأطباء النفسيين منذ ذلك الحين حول إذا ما كان التمرکز الذاتي يعد حالة منفصلة عن ذهان الطفولة أم لا.

- ولطبيعة وشدة اضطراب التوحد تأثيرات عميقة على احتمال نجاح المصاب به في دنيا العمل، والكثير من استجابات وسلوكيات ذوى اضطراب التوحد شديدة الغموض. على سبيل المثال؛ ردود الأفعال الانفعالية القوية للمس؛ الصوت؛ التغيير المتوقع بصورة غير مناسبة على الإطلاق. كما تبدو السلوكيات النمطية التي غالباً ما يصير عليها ذوى اضطراب التوحد شاذة وغريبة ويبدو كلامهم كذلك أحادي النغمة والطبقة ورسماً جداً أو غريب في محتواه والتلفظ به.

- ويطلق عادل الأشول (١٩٨٧م) على إعاقة التوحد مصطلح الانشغال بالذات ويرى أنه:

- عادة ما يبدأ قبل ٣٠ شهراً وحتى ٤٢ شهراً من عمر الطفل (ما بين سن العامين والنصف على نحو ثلاثة أعوام ونصف تقريباً).
- ويتصف الطفل الاجترارى بالكلام عديم المعنى وينسحب داخل ذاته وليس لديه اهتمام بالأفراد الآخرين وقد يكون المصاب لديه أحياناً ميول للحيوانات، وقد يطلق على إعاقة التوحد مصطلح الانشغال الطفولي بالذات.
- تمثل التخيلات مع استبعاد الاهتمام بالواقع وهو عرض من أعراض الفصام.

- ويسمى جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٨٨م) مصطلح الأوتيزم إعاقة التوحد ويعنيان بها انسحاب الفرد من الواقع إلى عالم خاص

من الأخيلة والأفكار وفي الحالات المتطرفة توهمات وهلوسات وقد اعتقد ذات مرة أن "إعاقة التوحد" هي الخاصية الأولى للفصام ولكنها تلاحظ الآن في اضطرابات أخرى مثل ذهان الشيخوخة في زملة كانر (اجترارية طفلية مبكرة) وفي بعض حالات الاكتئاب والشخص الاجترارى ذو شخصية مغلقة وهو ملتفت إلى داخله منشغل انشغالاً كاملاً بحاجاته ورغباته التى يتم إشباعها كلية أو على حد كبير فى الخيال.

- ويطلق كمال دسوقى (١٩٨٨م) على إعاقة التوحد مصطلح "اجترار" ويعنى بها مرض نفسى مع عدم مبالاة بالآخرين من الناس مع ميل للتراجع إلى الأخيلة الباثولوجية (المرضية)، بالإضافة إلى الميل على أن يكون نسق تفكير المرء أو إدراكه لحاجاته ورغباته الشخصية بغير وجه حق وعلى حساب التنظيم القائم على الحقيقة الموضوعية، وفهم العالم الخارجى على أنه أقرب لرغبات المرء مما هو حقيقة. علاوة على الإحساس باللذة فى الأخيلة التى تصور الحقيقة فى إطار تحقيق الرغبة حتى عندما لا يقوم التصديق بها.

- ويطلق عمر بن الخطاب (١٩٩٤م) على إعاقة التوحد مصطلح التوحدية (الأوتيسية) ولا يضع تعريفاً له وإنما يسرد عدة تعريفات تدور كلها حول المعانى الآتية:

- اضطراب واضح فى الارتقاء الاجتماعى واللغوى مصحوب بأنماط سلوكية نمطية.
- زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالباً ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة.

- التأكيد على حقيقة أن التوحدية غالبًا ما تتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي والاتصال.

- أن نسبة حدوث هذا الاضطراب ما بين ٢-٤ في كل عشرة آلاف طفل.

- ويذكر يوسف القريوتي وآخرون (١٩٩٥م) أن هناك الكثير من التعريفات التي اقترحت لتعريف متلازمة التوحد ولكن تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين عام ١٩٧٨م هو من وجه نظرهم الأكثر قبولاً بين العاملين في مجال التربية الخاصة ويشير هذا التعريف إلى أن التوحد اضطرابات أو متلازمة يعرف سلوكياً وأن المظاهر المرضية الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهراً والذي يتضمن الاضطرابات الآتية:

- اضطراباً في سرعة أو تتابع النمو.
- اضطراباً في الكلام واللغة والسعة المعرفية.
- اضطراباً في الاستجابات الحسية للمثيرات.
- اضطراباً في التعليق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

- ويذكر عبد المنان معمور (١٩٩٧م) أن الأوتيزم مصطلح يشير إلى الانتباه وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين فضلاً عن وجود النشاط الحركي المفرط.

- ويعرفه ماجد عمارة (١٩٩٩م) أنه هو الذي يطلق عليه مسمى الانفلاق النفسي بأنه حالة من حالات الاضطرابات الارتقائية الشاملة (المختلفة) يغلب فيها على الطفل الانسحاب والانطواء وعدم الاهتمام بوجود

الآخرين أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم ويتجنب الطفل أى تواصل معهم وبالذات التواصل البصرى، وتتميز لغته بالاضطراب الشديد فيغلب عليها التردد والتكرار لما يقوله الآخرون أو الاجترار، والطفل المنغلق نفسياً لديه سلوك نمطى وانشغال بأجزاء الأشياء وليس بالأشياء نفسها ويتميز عن غيره من حالات الإعاقة الأخرى بمجموعة من الخصائص المميزة والمتغيرات المعرفية وغير المعرفية.

- ويقرر محمود حمودة أنه من الملاحظ أن الطفل الأوتيزم الأصغر سنًا يكون أشد إصابة وأكثر إعاقة والأعراض المصاحبة أكثر وأنها قد تشمل:

- شذوذ فى نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام.
- شذوذ الوضع والحركة.
- الاستجابات الغريبة للإثارات الحسية.
- شذوذ فى الأكل والشرب والنوم.
- شذوذ الوجدان.
- سلوك إيذاء النفس.

- ويعرفه محمود جمال أبو العزائم (٢٠٠٥م) بأنه إعاقة متعلقة بالنمو وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وهى تنتج عن اضطراب فى الجهاز العصبى مما يؤثر على وظائف المخ ويتميز اضطراب الذاتوية بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواحى أساسية من النمو والسلوك وهى:

- خلل فى التفاعل الاجتماعى.
- خلل فى التواصل والنشاط التخيلى.

• القلة الملحوظة للأنشطة والاهتمامات والسلوك المتكرر ألياً.

- وتذكر سيدة أبو السعود حنفى (٢٠٠٥م) أن الاضطراب التوحدي هو نوع من الاضطرابات الارتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهورها وإلى مدى حياته وتؤثر على جميع جوانب نموه وتبعده عن النمو الطبيعي ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات الارتقائية على التواصل سواء كان تواصلًا لفظيًا أو تواصلًا غير لفظي وأيضًا على العلاقات الاجتماعية وعلى أغلب القدرات العقلية لهؤلاء الأفراد المصابين بالتوحدية ويظهر في خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويفقده الاتصال والاستفادة ممن حوله سواء أشخاصًا أو خبرات أو تجارب يمر بها وهذا النوع من الاضطراب لا شفاء منه ولكن يمكن أن يتحسن بالتدخل العلاجي المبكر.

- وتؤكد لمياء عبد الحميد بيومي (٢٠٠٨م) أن التوحد اضطراب عصبي بيولوجي يؤثر على التفاعل الاجتماعي وتواصل اللغة وعلى سلوك الطفل وقابليته للتعليم والتدريب ويأخذ عدة مظاهر منها:

• وجود صعوبات في مهارات العناية بالذات.

• الطعام والشراب.

• ارتداء الملابس وخلعها.

• القيام بعملية الإخراج.

- وفيما يلي عرض بعض التعريفات الأجنبية للذاتوية (التوحد):

- يعرف "روث سوليفان" (١٩٨٨م) وهو أول رئيس للجمعية الأمريكية لاضطراب التوحد أنه اضطراب شديد في التواصل والسلوك وأنه نوع من العجز يستمر طول الحياة ويظهر بصورة أساسية خلال

السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويحدث التوحد بمعدل خمسة عشر حالة من كل ١٠.٠٠٠ حالة تقريبًا ويشيع بين الذكور أربعة أمثال شيوعه بين الإناث ويمكن القول بأن نسبته تقدر بحوالى ١٠٪ وهى التى يمكن وصفها بالشكل التقليدى الذى صنفته به على يد كانر عام ١٩٤٣م ومن بعده رميلاند عام ١٩٦٤م وليس للتوحد سبب معروف أو علاج.

- وذكر "Wolf" (١٩٨٨م) أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب التوحدى على أنهم الذين:

- ينقصهم الاتصال الانفعالى.
- ينقصهم الاتصال اللغوى.
- شذوذ فى اللعب والتحليل.
- النمطية والتقوّل والإصرار على الطقوس الروتينية وردود الفعل العنيفة إزاء أى تغيير فى هذه الأنماط مع وجود الكثير من الحركات الأولية غير الهادفة.

- كما ذكر (Brown) (١٩٩٠م) أنه يوجد أربعة محاور يعانى منها الطفل التوحدى وتظهر فيها القصور وهى كالاتى:

- علاقات مختلفة.
- صعوبات فى التواصل.
- ضروب سلوكية ذات طابع متصلب.
- نمو مشتت ذات طبيعة خاصة.

ويؤكد أن من أهم علامات المرض هو صعوبة تشخيصه.

- ويعرفه "لويس وفولكمير" Lewis, Volkmer (١٩٩٠م) بأنه اضطراب واضح فى النمو الاجتماعى واللغوى مصحوب بأنماط سلوكية نمطية.

- كما تعرف "ماريكا" Marica (١٩٩٠م) بأنه زملة أعراض سلوكية تعبر

عن الانغلاق على النفس والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين فضلاً عن وجود النشاط الحركى المفرط.

- ويؤكد (Gilberg) (١٩٩٢م) أنه زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة ومصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفض وتنسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعى.

- كما عرفته الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية (Dsm. Iv) (١٩٩٤م) على أنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثراً بذلك على الاتصالات اللفظية وغير اللفظية والتفاعل الاجتماعى وهو عادة يظهر في ٣ سنوات والذى يؤثر بدوره على الأداء في التعليم.

- ويرى (Osterling) (١٩٩٤م) أنه ذلك الاضطراب الذى يتضمن قصور في التواصل الانفعالى وتأخر في النمو اللفظى المصاحب بشذوذ في كل ومضمون الكلام والترديد الآلى وعدم القدرة على استخدام الضمائر بالإضافة إلى النمطية والإصرار على الطقوس دون توقف مع وجود استجابة تنسم بالعنف.

- ويتفق "بوير" Beuer (١٩٩٥م) وهو أحد الباحثين المهتمين بمجال إعاقة التوحد مع التعريف الذى ساقه "فريث" أن التوحد هو أحد الأشكال الحادة جداً والشديدة ضمن مجموعة من الاضطرابات التى يطلق عليها الاضطرابات النمائية المنتشرة وتعرف اختصاراً بالحروف التالية (PDDS) وتتميز الاضطرابات النمائية المنتشرة بأن المصابين بها يعانون من أوجه قصور فى الصلات الاجتماعية ومهارات التواصل وبوجود أنشطة

غير سوية واهتمامات شاذة من قبيل السلوكيات الطقوسية والسلوكيات النمطية والضعف في مهارات اللعب.

- وفي المؤتمر الذى عقد فى إنجلترا National Autistic Society Autism (١٩٩٧م) عرف على أنه اضطراب نمو طويل المدى يؤثر على الأفراد طيلة حياتهم وتتركز الخسائر من هذا الاضطراب فى الآتى:

- خسائر فى العلاقات الاجتماعية.
 - خسائر فى سائر الاتصالات سواء اتصالات لفظية أو غير لفظية.
 - مشكلات فى رؤية الطفل للعالم من حوله ومشكلات فى تعلمه من خبراته.
 - مشكلات فى التخيل والإدراك واللعب وبعض القدرات والمهارات الأخرى.
- وبعد الاضطراب التوحدى رقم ٣ من أكثر الإعاقات التطورية تعقيداً أو صعوبة على مستوى العالم.

- الطفل التوحدى هو طفل غير قادر على التكيف مع الجماعة لا يهتم بردود الفعل العاطفية تجاه الآخرين بما فيهم الوالدين ولديه انعزالية شديدة وانسحاب من الواقع المادى ويميل إلى النمطية الشديدة فى الحديث والحركة والإصرار على ثبات الأشياء وعدم قبول التغير فى البيئة المحيطة - حتى ولو كان طفيفاً كما أنه يتمتع بذاكرة جيدة للمكان والزمان.

- كما عرفته الجمعية الأمريكية Asociaty of American (١٩٩٩م) بأنه نوع من الاضطرابات نيرولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيجعل الاتصال الاجتماعى صعباً عند هؤلاء

الأطفال ويجعل عندهم صعوبة في الاتصال سواء كان لفظيًا أو غير لفظي ودائمًا يستجيب هؤلاء الأطفال من أى تغيير يحدث في بيئتهم ودائمًا يكررون حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة والهام الآن هو البحث عن أهم الطرق التى تعمل على رفع مستوى هؤلاء الأطفال التوحديين.

وهكذا يجد القارئ في مجال هذه الإعاقة أننا أمام ألفاظ عربية عديدة يتداولها الباحثون للإشارة إلى كلمة أجنبية واحدة هى - Autism وتعدد المصطلحات يعنى أن هناك إشكالية في الاتفاق على مصطلح واحد يستخدم للتعبير عن إعاقة التوحد... وفي الوقت نفسه أن شيوع استخدام مصطلح التوحد لا يعنى أنه أكثر دقة في التعبير عن مضمون الإعاقة.

ويتعين على من يتصدى لتعريف هذا المصطلح أن يشير إلى عدة أمور منها:

١- أن التوحد أحد الاضطرابات الارتقائية المنتشرة ولقد تم تصنيف التوحد في الإصدار الرابع للدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية ضمن مجموعة من الاضطرابات الارتقائية الشاملة - كما ذكرنا - حيث تضم هذه المجموعة الاضطرابات الآتية:

- التوحد - autism.
 - زملة إسبرجر Asperger Syndrome.
 - زملة ريت Rett Syndrome.
 - اضطراب الطفولة التحلى Childhood Disintegrative.
- ٢- أن التوحد يتميز بنمو أو ارتقاء غير طبيعى يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات.
- ٣- أنه يتميز باضطراب في الكلام واللغة.

٤ - أنه يتميز باضطراب في الاستجابة للمثيرات الحسية - Pervasive developmental Disorders.

٥ - إنه يتميز بشخصية مغلقة والتفات إلى داخل الذات - Autism, Syndrome, Rett, Asperger التوحد زملة ريت وزملة اسبيرجر.

٦ - أنه يتميز بأنماط سلوكية متكررة.

٧ - أنه يتميز بشذوذ في التفاعل الاجتماعي.

وقد اقترحت ماري كولمان (١٩٧٦م) Mary Coleman نظامًا تصنيفيًا للأطفال التوحدين يضعهم في ثلاث مجموعات أساسية. وهي كما يلي:

النوع الأول: وهو ما يسمى بالمتلازمة التوحدية الكلاسيكية Classic Autistic Syndrome وفي هذا النوع يظهر الأطفال أعراضًا مبكرة، دون أن تظهر عليهم إعاقات عصبية، وكما تقول كولمان أن الأطفال يبدون في التحسن التدريجي فيما بين سن الخامسة إلى السابعة.

النوع الثاني: وهو يسمى بمتلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية Childhood Schizophrenic Syndrome with Autistic وهناك تشابه بين أطفال هذا النوع والنوع الأول، إلا أن العمر عند الإصابة يتأخر شهرًا لدى البعض، كما أنهم يظهرون أعراض نفسية أخرى، إضافة على المتلازمة التوحدية الكلاسيكية التي أشار إليها كانر.

النوع الثالث: وهو ما يسمى بالمتلازمة التوحدية المعاقة عصبيًا Neuro Logically impaired Autistic Syndrome ويلاحظ ظهور مرض دماغى عضوى فى هذا النوع، متضمنًا اضطرابات أيضية ومتلازمات فيروسية؛ مثل الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسى (الصمم والعمى).

وهناك آخر من أربع تصنيفات اقترحها سيفن وماتسون وكوفي وسيفن (Sevin, Matson, Coe, Fee, Sevin) وقد قسموا أنواع التوحد كالتالى:

١ - المجموعة الشاذة (Atypical Group):

ويظهر أفراد هذه المجموعة عدداً أقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

٢ - المجموعة التوحدية البسيطة (Mildly Autistic Group):

ويظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، ويعانى أفراد هذه المجموعة تخلفاً عقلياً بسيطاً، والتزاماً باللغة الوظيفية.

٣ - المجموعة التوحدية المتوسطة - (Moderately Autistic Group):

ويمتاز أفراد هذه المجموعة باستجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية؛ (مثل التأرجح والتلويح باليد)؛ ولغة وظيفية محددة، وتخلف عقلى.

٤ - المجموعة التوحدية الشديدة (Severly Autistic. Group):

وأفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعياً ولا توجد لديهم مهارات تواصلية؛ وعندهم تخلف عقلى على مستوى ملحوظ.

كما أن هناك نوعاً آخر من التوحد، وهو: متلازمة سافنت - Savant syndrome

ويظهر أطفال هذه المجموعة تأخر نائياً شديداً فى القدرات الذكائية والاجتماعية، وهذه الفئة من الأطفال التوحدين يمتلكون مواهب غير عادية، (قدرات موسيقية وفنية رائعة)، ويعتقد بأن أسباب متلازمة سافنت

هى أسباب بيولوجية مرتبطة بالتخلف العقلى، ولكنها أخيراً ينظر إليها على أنها متلازمة توحدية.

بعض المصطلحات المتداخلة مع (الذاتوية):

التوحد Autism: هو نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التى تتعارض مع الواقع والاستغراق فى التخيلات بما يشجع الرغبات التى لم تتحقق.

الانشغال بالذات: مصطلح أدخله بلوير ليمف ويقصد به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بإشباع الحاجة.

الاضطراب الذاتى - Autistic Disorder: هو صفة تميز تفكير الفصامى.

الذاتوية: مصطلح وضعة بلويلر عندما رآه عرضاً مميزاً لمرض الفصام وهو يشير إلى تلك الحالة من الانطواء التام على الذات وتحقيق اللذة فى تلك التخيلات التى تحقق رغباته الذاتية مهما كانت بعيدة عن الواقع.

الذاتية: يقصد بها غلبة رغبات الفرد الخاصة على الموضوعية فى إدراكه وتفكيره.

الفصام الذئوى: هو حالة اضطراب عقلى يصيب الأطفال وعلى الرغم من مظهر الأطفال الطبيعى إلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعى بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكى والاجتماعى والانفعالى والذهنى واعتبرت هذه الحالة من حالات فصام الطفولة.

الاضطراب الذاتوى: يتميز هذا الاضطراب بشذوذات سلوكية تمثل ثلاث نواحى أساسية من النمو والسلوك وهى خلل فى التفاعل الاجتماعى، خلل فى التواصل النشاط التخيلى، قلة ملاحظته للاهتمامات والأنشطة.

الذاتوية الطفولية: نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يعرف بوجود ارتقاء غير طبيعي يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات ويتميز بالأداء غير الطبيعي في التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك النمطي بالإضافة إلى وجود مشكلات متعددة وغير محدودة مثل الرهاب واضطرابات النوم والأكل ونوبات الهياج والعدوان الموجه نحو الذات.

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 الاتصال اللفظي بالآخرين والحالات القوية للاحتفاظ بكل شيء كما هو وعدم الرغبة في إجراء أية اتصالات بالآخرين. وغالبًا ما يبدو طفل الذهان ذكيًا ولكنه لا يسلك سلوكًا سويًا في البيئة العادية.

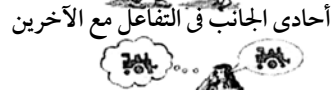
الذهان الاجتراري - Autistic Psychosis: يعرف ماهلر بأنه شكل من أشكال الذهان التطفلي فيه تكون بنية الأنا معيبة ولا يستطيع الفرد أن يحافظ على العلاقة التكافلية مع أمة والطفل يتبنى الاجترارية كدفاع ضد المثيرات الخارجية والداخلية.

الاجترارية - Autism: هي انسحاب الفرد من الواقع الموضوعي إلى عالم خاص من الخيالات والأفكار وفي الحالات المتطرفة توهمات وهلوسات. وقد اعتقد أن الاجترارية هي الخاصية الأولى للفصام، ولكنها تلاحظ الآن في اضطرابات أخرى مثل زملة كاند وبعض حالات الاكتئاب.

الاجترار الذاتى أو الاجترار العقلى: اصطلاح يستخدم فى الطب النفسى وعلم النفس للإشارة إلى أنه أسلوب من الخبرة والتفكير والحياة النفسية يحل فيه الواقع النفسى محل الواقع المادى وتقوم فيه المشاعر الوجدانية والحاجات الفردية الداخلية مقام الوقائع المادية والصلات الواقعية المنطقية.

أعراض الذاتوية (التوحد)

إن أهم السمات المميزة للمصابين بالذاتوية هى الوجدانية (الميل إلى الوحدة) والإصرار على تكرار مواقف متشابهة وكذلك ميلهم إلى اتباع تصرفات رتيبة. وفى الوقت نفسه يستطيع بعض المصابين بالذاتوية أداء مهام معقدة شريطة ألا يتطلب منهم هذا النشاط أن يحكموا على ما قد يدور فى خلد الآخرين، وتؤدي هذه السمات إلى أشكال مميزة من السلوك، نصورها فى المواقف الآتية:



لا يلعب مع الأطفال الآخرين

يتناول الأشياء باليدين أو يفستها



إذا أظهر الطفل ستة أعراض أو أكثر من الأعراض الموضحة بالشكل، يجب تحويله إلى طبيب الأطفال لفحصه وتشخيصه.

ولقد أكد بعض العلماء أن أهم أعراض التوحد هي:

تأخرًا في اللغة أو التفاعل الاجتماعي، وعادة ما تكون الأعراض واضحة في الجوانب التالية:

١ - التواصل: يكون تطور اللغة بطيئًا، وقد لا تتطور بتأً، يتم استخدام

الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين، حيث ترتبط الكلمات بمعان غير معتادة لهذه الكلمات، يكون التواصل عن طريق الإشارات بدلاً من الكلمات، يكون الانتباه والتركيز لمدة قصيرة.

٢ - التفاعل الاجتماعي: يقضى وقتاً أقل من الآخرين، يبدى اهتماماً أقل بتكوين صداقات مع الآخرين، تكون استجابته أقل للإشارة الاجتماعية مثل الابتسامة أو النظر للعيون.

٣ - المشكلات الحسية: استجابة غير معتادة للأحاسيس الجسدية، مثل أن يكون حساساً أكثر من المعتاد للمس، أو أن يكون أقل حساسية من المعتاد للألم، أو النظر، أو السمع، أو الشم.

٤ - اللعب: هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري، كما أنه لا يقلد حركات الآخرين ولا يحاول أن يبدأ في عمل ألعاب مبتكرة.

٥ - السلوك: قد يكون نشاطه أو حركاته أكثر من المعتاد، أو تكون حركته أقل من المعتاد، مع وجود نوبات من السلوك (كأن يضرب رأسه بالحائط، أو يعض) دون سبب واضح، قد يصر على الاحتفاظ بشيء ما، أو التفكير في فكرة بعينها، أو الارتباط بشخص واحد بعينه، هناك نقص

واضح فى تقدير الأمور المعتادة، وقد يظهر سلوكًا عنيّفًا أو عدوانيًا، أو مؤذيًا للذات.

ويؤكد بعض الباحثين أن أعراض الأطفال الاجتراريين "التوحيدين" مأخوذة من ملاحظة الأطفال الاجتراريين أنفسهم، أو أن هذه السمات من الممكن ملاحظتها ورؤيتها لدى الأطفال العاديين فى أثناء بعض فترات نموهم.

كما أن بعض هذه الملامح يلاحظ تكرارها فى أنواع وأشكال أخرى من الإعاقة، فهناك وجود لظاهرة التكلف أو التأنيق لدى بعض الأطفال العميان، وكذلك بعض الأطفال غير العاديين والأطفال ذوى الإعاقات المتعددة.

ذلك فى بعض الحالات، نجد أن الأطفال العميان. أو الأطفال الصم يظهرّون سلوكًا اجتراريًا؛ ومع ذلك يحرزون تقدّمًا جيّدًا جدًّا نحو السوية (العادية) (Normality).

ومما تجدر الإشارة إليه أيضًا. أن هناك نوع من التأمل الجدير بالاعتبار فيما يتعلق بطبيعة وأسباب "إعاقة التوحد" منذ أن ميزها "كانر" Kenner للمرة الأولى عن الأمراض الذهانية الأخرى فى مراحلها الأولى - فقد كان هو نفسه يعتقد أن هناك بعض العيوب الفطرية الموروثة Inborn تستشار بفعل البرود الإنفعالى Emotional Coldness (تجاه الطفل الاجترارى) من قبل الوالدين. فى حين يؤكد باحثون آخرون - غير "كانر" - بشكل أكبر على تأثير العوامل السيكولوجية فى تنشئة الطفل، وعلى وجهه النظر القائلة بأنه فى وقت ما من الأوقات كانت أمهات الأطفال الاجتراريين بارداً انفعاليًا ومنسحبات اجتماعيًا.

وأيضًا من خلال الحقيقة القائلة أن الأم تعاني من صددود أبنها الاجترارى نتيجة عجزه عن الاستجابة لها. وهذا هو السبب فى أنها لا تميل تمامًا إلى إظهار أنها

ليست على صلة به وأن العلاقة التواصلية بينها شبه مقطوعة، وهذه الحيرة، وهذا الارتباك كسبب وكنتيجة في آن واحد، يمكن أن يضاف إليه التعاسة التى يعانى منها كثير من الأمهات، ويعد هذا درسًا مستهدفًا لنا في توجيه وتربية هذه النوعية من الأطفال الصغار المضطربين. ثم أنه غالبًا ما يكون من السهل أن ندرك أن العيب أو النقص لدى الطفل يكون ناشئًا عن الأخطاء الوالدية - Parental Faults. وسوء إدارة المنزل، لكن - أيضًا - في بعض الحالات يكون سلوك الوالدين مجرد استجابة للصعوبات التى يعانى منها الطفل، وفي جميع الحالات يكون من الأفضل أن ننظر إلى علاقة الطفل بالوالدين - كل على حدة - كتفاعل فريد من نوعه، والذي يتعين تقييمه بطريقة تضع في اعتبارها المصاحب العملية في التشخيص وبأسلوب يتسم بالمشاركة الوجدانية.

وفي ضوء ما يذكره "كريك" يتضح أن الافتراض الذى يتعين وضعه في الاعتبار هو ما إذا كانت إعاقة التوحد هي نتيجة لتلف في المخ - Brain damage أم لا... وهذا الافتراض يدعمه الحقيقة القائلة بأن التهاب الدماغ (المخ) Encephalitis يمكن أن يؤدي إلى حدوث "إعاقة التوحد".

كما أن هناك دليل على أن تلف المخ (أو إصابة المخ) هو أحد الأسباب لحدوث "إعاقة التوحد" لدى طفل واحد من بين كل أربعة أطفال اجتراريين، وعلاوه على ذلك. فإن بعض العيوب أو أوجه النقص في عملية الإدراك الحسى، والتفكير، واللغة، هي - بلا شك - التى تذكرنا بأنها لا تحدث إلا عند الأطفال المصابين بتلف في المخ. وعلى أى حال، فإن الدليل على أن تلف المخ هو الكامن وراء إصابة الطفل "بإعاقة التوحد" ما زال دليلًا يفتقر إلى البرهنة عليه - على الأقل - لدى نصف حالات الأطفال الاجتراريين (التوحيدين).

ويذكر (القريوتي والصمادى والسرطاوى ١٩٩٥م) إن كل من "أورنتز

ورتنفو" (١٩٧٦م) Ornitz & Ritvo قد أشارا إلى أن "إعاقة التوحد" يجب التعرف عليها عن طريق ملاحظة السلوك، وأن هذه السلوكيات تحدث كمجموعات من الأعراض التي تعكس شذوذ النمو، وتتضمن هذه الجوانب:

- تنظيم الإدراكات.
- أنهاط الحركة.
- المقدرة على التعليق.
- اللغة.
- والسرعة في النمو.

ومع أنها لا يوافقان على وجهه النظر القائلة بأن "إعاقة التوحد" يجب أن يتم التعرف عليها وتشخيصها كزملة أعراض سلوكية. إلا أن "أورنتز ورتنفو" يضيفا أنه يجب اعتبارها مرضاً، ووجهه نظرهما تلك. لها ما يبررها، فهما لا يعترفان بوجود عرض بمفرده، أو مجموعة من الأعراض تحدث بشكل متزامن، علاوة على أنه لا يوجد عرض واحد أو مجموعة من الأعراض تدل على وجود المرض. وذكرنا - بالإضافة على ما سبق - أن الفشل في النمو لدى الأطفال الذين يعانون من إعاقة التوحد سببه اضطراب تنظيم الإحساس.

ولقد بين "كيوجيل وآخرون" (Koegel et al, 1982) (نقلاً عن عبد المنان معمور ١٩٩٧م) إن الأطفال ذوى الأوتيزم (التوحد) تظهر عليهم أعراض الانسحاب الاجتماعي، والانطواء على النفس، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين. كما يوجد لديهم اضطراب في اللغة، وفي القدرات الإدراكية والمعرفية. كما أنهم يعانون من ضعف في الانتباه، وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية، والتحكم في الحركات الدقيقة، ونشاط حركى مفرط.

كما ذكر "سبيتزر" (Spitzer, 1987) أن أعراض الأوتيزم تنحصر في ثلاثة عناصر رئيسية هي:

- اضطراب كيفية في التفاعل الاجتماعي.

• اضطراب في النشاط التخيلي، والقدرة على التواصل اللفظي، وغير اللفظي.

• الانغلاق على النفس وعدم الاهتمام بالأحداث والمنبهات الخارجية. ويقدم "وارد" (Ward, 1990) أربع محكات "لإعاقة التوحد" أو "الأوتوسية" لدى الأطفال وهي:

* عدم الارتباط بالأمور.

* ضعف استخدام اللغة وضعف التواصل مع الآخرين.

* المحافظة على الرتبة والروتين. * ضعف في الوظائف العصبية.

كما يشار أيضاً إلى أن الكثير من الأفراد التوحديين يعانون من أسباب عضوية مرضية.

وينقل (عمر بن الخطاب (١٩٩٤م) عن "ولف" (Wolf, 1988) أن الأطفال المصابين بالاضطراب التوحدي (الاجتراريين) يعانون من:

• عطب واضح في الاتصال التفاعلي بالآخرين.

• عطب واضح في الارتقاء اللغوي، وغالباً ما يردد الطفل الاجتراري الكلمات، ويعاني غالباً من عدم القدرة على استخدام الضمائر كان يلقب الآخر بـ "أنا" ويلقب نفسه بـ "أنت" إلى عدم القدرة على التخيل وتقليد الآخرين.

وحدد "رويارز" (Roeyers, 1995) كيفية تشخيص أعراض مرض إعاقة التوحد على النحو التالي:

- يبدأ قبل ثلاثين شهراً من عمر الطفل.
- افتقاد الاستجابة للآخرين.
- صعوبة في النمو اللغوي.
- مقاومة التغيير.

- الإصرار على الروتين.
- الهلوسة أثناء النوم.
- قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- ترديد الكلمات.
- ضعف في القدرة العقلية.
- صعوبات في فهم الانفعالات.
- يضع "شعلان" أساسًا لأعراض إعاقة التوحد يحدده في الآتي:

أن الطفل - لا يستطيع تكوين علاقات ذات معنى مع الآخرين (على غير حالات الفصام، حيث يكون الطفل قد يكون علاقاته ثم انتكس). وهى أعراض وإن كانت تبدو جزءًا من طبيعة الطفل، في شهوره الأولى، إلا أنها مبالغ فيها. وهى على أية حال لا تشد الاهتمام إلا حينما يبدأ الطفل في النمو، ويتضح الفرق بينه وبين الأطفال الآخرين، بل على العكس. فإن ظهور الأعراض في الشهور الأولى قد يخلق صورة الهدوء المبالغ فيه فتبدو على الطفل الطمأنينة حينما يترك وحدة كما أنه لا يخالف الغرباء وإن كان لا يصادقهم.

وتزداد الأمور وضوحًا بعد العام الأول، فالمفروض أن يبدأ الطفل في تعلم الكلام في هذه السن. إلا أن الطفل الاجترارى (التوحدى) ينغلق على نفسه. ولا تظهر لديه حاجة إلى الاتصال بالآخرين. فيصح استخدامه للغة غير ضرورى، ومن ثم فإنه يتأخر في استخدام اللغة وذلك إذا تعلمها. فكثيرًا ما تجد فيها مظاهر الاضطراب؛ كأن يكرر الطفل كلمات أو جمل، أو قد يردد ما يقال له (المصاداة) أو يكرر الكلمة النهائية في كل جملة. وقد يخلط بين معانى الكلمات، ويخطئ في تسمية الأشياء رغم أنه قد يتعرف على الأشياء ذاتها، ومع هذا فقد يحدد التعبير بوسائل أخرى غير منتظمة مثل الموسيقى والرسم.

وإذا كان الكلام يمثل جانبًا من وسائل الاتصال بالآخرين فإن السمع يمثل

جانبًا آخر؛ وهنا أيضًا قد نجد مظاهر الاضطراب في انغلاق الطفل على نفسه قد تجعله يبدو كما لو كان لا يسمع الآخرين، وتبدو استجابته للأصوات الأخرى غير الكلامية أفضل.

وينطبق هذا على وسائل الإدراك الأخرى مثل النظر واللمس والتذوق. فهو يميل إلى الخلط بين الشكل والأرضية. ويكاد يوزع نظره على الأشياء دون تركيز. فقد يرى أشياء على أطراف مجاله النظرى.. وقد لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعم الأشياء.. وقد يجد صعوبة في التوفيق بين الحركة والصوت (الرقص مثلاً).

وعلى مستوى السلوك الحركى: نجد لدى الأطفال الاجتراريين (التوحيدين)، بعض الحركات الغريبة مثل ثنى الأصابع والأذرع، وكذلك الاهتزاز، وخبط الرأس، ولكن الغالب هو الحركات التى بواسطتها يبدو أن الطفل يسعى للتلامس مع بيئته والتعرف عليها. فهو لا يحس الأشياء والأشخاص إلا إذا تعامل معها جسديًا، وحرکها، ورتبها. وكذلك لا يطبق التجديد والتغيير.

أما فى مجال المزاج: فإن البرود العاطفى هو العنصر المميز، ولكننا قد نجد انفعالات مبالغاً فيها ولا تتفق مع الموقف، فقد يخاف الطفل الاجترارى لسبب تافه.. إلى جانب الاضطرابات الإدراكية والحركية والمزاجية. وعلاقته بالأشياء تكون أفضل من علاقاته بالأشخاص.

ويرى "عثمان ليب فراج" (١٩٩٥م) أنه لما كان للتعرف على الأعراض الحقيقية لهذه الإعاقة أهمية كبيرة فى عمليات التشخيص السليم لها، ولما كانت بعض هذه الأعراض تشابه مع أعراض بعض أنواع من الإعاقات الأخرى

كالتخلف العقلي أو صعوبات و(إعاقات) التعلم، وربما أيضًا مع بعض أعراض
الفصام الطفلي أو الاكتئاب. فإنه من الضروري الإمام بتفاصيل هذه الأعراض
أخذين في الاعتبار ما يلي:

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

ب - أنه قد يتباين ظهور هذه الأعراض من حيث الشدة والاستمرارية أو
السن الذي يبدأ فيه العرض في الظهور، فقد يبدأ 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 الثلاثين الأولى من عمر الطفل.

ويشير (عثمان لبيب فراج ١٩٩٤م) إلى ثمانية من أعراض إعاقة التوحد فهي
لا تختلف كثيرًا عما ذكره من سبقوه من الباحثين. وهذه الأعراض هي:

١- القصور الحسي:

إذ يبدو الطفل التوحدي كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي
مثير خارجي إلى جهازه العصبي، فإنه يبدو كما لو كان لم يرى أو يسمع أنه قد
أصابه الصمم أو كف البصر، وما أن تزداد معرفتنا بالطفل. فإننا ندرك بشكل
واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية، هذا وقد يؤدي الفشل في
اكتساب اللغة وكافة وسائل الاتصال الأخرى إلى قصور في عمليات الإدراك
الحسي وغيرها من العمليات العقلية الأخرى كالتخيل والتذكر ومعالجة
المشكلات والاستيعاب وغيرها.

٢- العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي :

حيث لا يتجاوب الطفل مع أية محاولة لإبداء العطف أو الحب له، وكثيراً ما يشكو أبواه من عدم استجابة لمحاولاتهم تدليله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته. بل وربما لا يجدان منه اهتماماً بحضورهما أو غيابهما عنه، وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما. وقد تمضى ساعات طويلة، وهو في وحدته. لا يهتم بالخروج من عزلته، أو تواجه الآخرين معه، ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين، بل تنقصه في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية.

٣- الاندماج الطويل في سلوك نمطي متكرر:

فكثيراً ما يقوم الطفل الاجتراري لفترات طويلة بأداء حركات معينة، يستمر في أدائها بتكرار متصل لفترات طويلة. كهزهزة رجليه أو جسمه أو رأسه، أو الطرق بإحدى يديه على رسغ اليد الأخرى، أو تكرار إصدار نغمة أو صوت. أو همهمه بشكل متكرر، وقد يمضى الساعات محملاً في اتجاه معين، أو نحو مصدر الضوء، أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بندول ساعة الحائط أو ساعة تدق، ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين، بل هي في واقع الأمر استشارة ذاتية تبدأ أو تنتهى بشكل مفاجئ تلقائي. ثم يعود إلى وحدته المفرطة وانغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي الخاص ورغبة قلقه متسلطة في البقاء طويلاً على حالته كما هي.

وهناك عدة تفسيرات وراء ظهور السلوك النمط (النمطي) المتكرر لدى الطفل المصاب وبالذاتوية، وتلخص هذه التفسيرات في سبع أسباب على النحو التالي:

الأول: ارتفاع مستوى التوتر (لدى الطفل):

إذ يصعب على الأطفال الذاتويين (المصابين بالتوحد) استيعاب وفهم المواقف

الجديدة (أى فهم المواقف الاجتماعية وطرق تفكير الأشخاص)، أو الأحاسيس التى تحيط بهم. يهتم الطفل التوحى هنا بتفاصيل الأشياء. فيغيب عنه ربط الجزء بالكل. والمثال الذى يمكن أن نسوقه هنا: عندما ينظر الطفل المصاب بالتوحد إلى وجه أى شخص، نراه يركز على العينين، وربما لا يربط العينين بالوجه ولا يستوعب بالتالى مدلولات نظرات العينين، وعندما يواجه الطفل المصاب بالتوحد بأى موقف جديد أو حتى بأى شخص غير مألوف. فإنه يتبع هذا السلوك لخفض مستوى التوتر لديه. فهو يبنى حاجزاً بينه وبين الموقف. وينغمس بكل كيانه فى هذا السلوك، ويذكر بعض الإخصائين الباحثين (الإخصائين الغربيين) أن الضوء الفلورى - Florescent المترجرج (المتأرجح) يسهم فى زيادة التوتر لدى الشخص المصاب بالتوحد. مقارنة مع الضوء المتوهج الدافئ الذى يميل إلى الحمرة ذلك أن تعرض الطفل لهذا الموقف الذى يزيد من توتره يضطره إلى الاعتماد على السلوك النمط المكرر لصد تأثير هذا الضوء عليه.

الثانى: تأمين تغذية حسية مريحة للطفل:

تتمتع هذه السلوكيات النمطة المكررة، فى معظم الأحيان، بخصائص تؤمن الراحة للطفل، فهى مثلاً لها موسيقى معينة عند تكرار الطفل لأصوات معينة بإيقاع محدد، ولها ملامس مهدئة عند ملامسة الجلد لسطح ما. أو النقر على الصدر، وهذه التغذية الجسدية التى تؤمنها هذه السلوكيات للطفل تقوده نحو الاسترخاء والشعور بالراحة عند الشعور بالقلق والضيق.

الثالث: جذب الاهتمام:

غالبًا ما يعمد الأطفال - بصفة عامة - إلى اتباع سلوك غريب، عدائى، أو طفولى لجذب اهتمام المعتنين بهم، وهذا ما يمكن أن يفعله أيضًا الطفل المصاب بالتوحد عندما يشعر بالحاجة إلى الاهتمام والرعاية.

الرابع: العجز عن ملائمة السلوك مع الموقف:

إن مصاعب استيعاب المواقف الاجتماعية الجديدة تؤرق الطفل المصاب بالتوحد وتشتته. ذلك أن إحدى خصائص مرض التوحد تبدو في صعوبة أو تطور الطفل بعض المهارات السلوكية وأن يتحكم فيها ويضبطها، كما تبدو الصعوبة في التخطيط لسلوك مناسب للمواقف المختلفة.

أى أن كل هذه المشكلات تنحو بالطفل المصاب بالتوحد إلى اعتماد السلوك الذى يعرفه، فيعتمد على كل المواقف غير مدرك لاختلافها. وعلى هذا يمكن القول أن بفقدان الطفل التوحدي للقدرة على إدارة السلوك بطريقة مناسبة نجده أمام خيارات قليلة تجعله يتجه نحو اتباع السلوك نفسه المرة تلو الأخرى.

الخامس: الاعتراض على تغيير برنامج أو روتين:

يشعر الإنسان بالراحة والاطمئنان عند مواجهة المواقف التى ألفها واعتاد عليها. فهو يستيقظ كل يوم فى الوقت نفسه، يتناول إفطاره، يرتدى ثيابه، يتجه نحو العمل سالكا طريقا مألوفا تدله تفاصيلها على المكان الذى وصل إليه، وما الذى سيأتى بعده، يقوم بعمله المعتاد كل يوم. ويعود إلى منزله التسلسل بنفسه الذى اتبعه فى الصباح. ماذا يحدث لو أقيمت بعض الإصلاحات، وأقفلت إحدى الطرق. سرعان ما ينتاب الإنسان (شعور بالقلق، والتوتر، والضيق لفترات قصيرة) قبل اكتشاف طريقة أخرى للوصول إلى عمله، ثم ينخفض مستوى التوتر تدريجياً مع الأيام، ومعاودة اتباع الطريق نفسه. هذا هو بالضبط ما يحدث مع الطفل المصاب بالتوحد غير أن الفارق كبير، وهو الفترة الزمنية التى يتطلبها الطفل المصاب بالتوحد لإعادة الاستقرار الداخلى إلى كيانه، وهذا شئ نشعر به جميعاً وإن كان ينسب متفاوتة، لهذا السبب يعتبر تغيير الروتين أو الأشياء التى

اعتاد عليها الطفل سبباً في ظهور هذه السلوكيات التى تهدف إلى إعادة الاستقرار إلى الذات.

السادس: وجود خلل فى عدد الخلايا العصبية فى الدماغ وفى حجمها:

إن أحد أسباب الإصابة بالتوحد - هو وجود خلل فى عدد الخلايا العصبية فى بعض من أجزاء الدماغ مع اختلاف حجم بعضها، وقلة عدد التشابك فيما بينها، مقارنة مع الأطفال غير المصابين بالتوحد. فمن المعروف علمياً أن عملية التعلم والإدراك تجرى فى الدماغ على شكل تكاثر كمية التشابك ما بين الخلايا وليس على شكل ازدياد فى عدد الخلايا العصبية؛ ولذلك فإن انخفاض عدد هذه الشبكات العصبية يمكن أن يدل على فقر فى التجارب، وفى المعلومات مما يحدو بالطفل المصاب بالتوحد إلى السلوك الذى يدركه دون تفريق بين اختلاف المواقف التى يتعرض لها.

السابع: تأثير تسرب مواد سامة إلى المخ:

إن فقدان بعض الأطفال المصابين بالتوحد إلى الإنزيمات (الخميرة) التى تكون المواد الغذائية. التى تحتوى على مكونات الحليب والقمح، يؤدى إلى تسرب هذه المواد غير المفككة إلى الدماغ، إن الدماغ محصن تماماً كالدم بحاجز يدقق فى المواد التى تدخل إلى الدماغ فيسمح لبعضها بالدخول ويمنع أخرى، وفى حال عدم تفكك هذه المواد إلى الدماغ وتلحق الضرر بوظائفه، يترجم هذا الضرر فى ظهور سلوكيات غريبة ومنمطة مكررة.

٤- نوبات الغضب أو إيذاء الذات :

بالرغم من أن الطفل الاجترارى (التوحدى) قد يمضى ساعات طويلة مستغرقاً فى أداء حركات نمطية أو منطوباً على نفسه. لا يكاد يشعر بما يجرى

حوله . فإنه أحياناً ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقاء الأسرة أو المتخصصين العاملين على رعايته أو تأهيله، ويتميز هذا السلوك العدوانى بالبداية كالعض والخدش (الخربشة) والرفس، وقد تشكل عدوانيته إزعاجاً مستمراً للوالديه بالصراخ وعمل ضجة مستمرة أو عدم النوم ليلاً لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة أو في شكل تدميرات أدوات أو أثاث أو تمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس أو بعثرة الأشياء على الأرض أو إلقاء أدوات من النافذة أو سكب الطعام على الأرض إلى غير ذلك من أنماط السلوك التى تزعج الأيوين اللذين يقفان أمامها حائرين، وكثيراً ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه، حتى يدمى نفسه، أو يضرب رأسه في الحائط، أو بعض الأثاث بما يؤدى إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام وقد يتكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتى يديه.

٥- القصور اللغوى والعجز عن التواصل :

فكثيراً ما يعتقد بعض الآباء أن الطفل يعانى من الصمم وبالتالى البكم .Mutism.

بينما تثبت الملاحظة الطويلة أن الطفل رغم أن الأصوات العالية قد لا تثير استجابة لديه فإنه يمكن أن يسمع حفيف الريح أو ورق الجريدة أو أوراق الألومنيوم التى تغلف قطعة الشيكولاته، وعلى هذا لا يكون عدم تجاوبه نتيجة صمم ولكن نتيجة عدم قدرته على تفهم الرموز اللغوية، وما هو المفروض أن تنتقله إليه من معانى، وبالتالى - كما هو الحال فى معظم حالات الأطفال الاجترارين - لا يمكن أن يتقن الكلام للتعبير عن نفسه ورغباته بل يصدر أصواتاً ليست ذات معنى أو همهمة غير مفهومة. وحتى بالنسبة لمن يتعلم منهم، نجده نادراً ما يفهم ما يقول، وإذا قال شيئاً فإنه يكون إعادة أو صدى لما يوجه إليه

من كلام، فإذا سألته ما اسمك؟ فإنه يردد السؤال نفسه ما اسمك؟ بشكل ترجيعي - Echolalic، وبنفس شدة الصوت والنغمة التي توجه بها السؤال إليه. وفي بعض الأحيان قد يتأخر الرد على السؤال أو يبدأ الطفل بترديد العبارة أو السؤال بعد ساعات من سماعه. أو حتى بعد مرور يوم أو أكثر.

وقد يقتصر كلامه على استخدام بضع كلمات ولا يستخدم الكلمة أو الجملة الصحيحة في مكانها المناسب وغالبًا ما يفشل في تركيب جمل ذات معنى أو استخدام الكلمة في المكان المناسب، كما يعاني من عجز في الربط بين المعنى والشكل والمضمون والاستخدام الصحيح للكلمة ومع هذا القصور اللغوي فإنه يبدو أن لبعض هؤلاء الأطفال ذاكرة قوية حيث لوحظ أن بعضًا منهم يردد جملة أو كلمة أو لحنًا موسيقيًا مما يسمعه أثناء مشاهدته للتلفزيون في فترة سابقة مستعملًا الألفاظ نفسها بشكل حرفي، وعدم قبول أى مرادفات أو مختلف دلالات المعنى نفسه أو العبارة وكثيرًا ما يلاحظ أن الطفل الذاتوى يستخدم الضائير مقلوبة أو معكوسة كالإشارة إلى نفسه بضمير "أنت" وللشخص الذى يخاطبه بضمير "أنا" وكثيرًا ما يتفوه بألفاظ لا معنى لها أو بلهاء Utterances وهو كثير الحديث مثلًا في الحقيقة تحولات خاصة ومجازية داخل النفس. وقد يعمم الطفل وصفًا لشيء معين. فيصف مثلًا أى كتاب يراه على أنه "حكاية الشاطر حسن" أو أى زجاجة يراها على أنها "زجاجة بيبسى كولا" لمجرد أنه في موقف سابق. كان قد سمع هذا الوصف مرة واحدة في الماضى لكتاب يحكى قصه الشاطر حسن أو زجاجة كان بها "بيبسى كولا".

٦- التفكير الاجترارى المنكب على الذات:

يتميز الطفل الذاتوى (التوحدى) Autistic child بالاجترار المستمر والذى تحكمه أهواء أو حاجات أو رغبات النفس، ويبعده هذا التفكير عن الواقعية التى

تحكمها الظروف الاجتماعية المحيطة به، فهو يدرك العالم المحيط به في حدود الرغبات والحاجات الشخصية؛ فكل ما يشد انتباهه هو الانشغال المفرط برغباته وأفكاره وتخيلاته دون أى مبالاة أو إحساس بالآخرين والرفض لكل ما حوله، فهو يعيش فقط في عالمة الخاص في توحد وعجز عن الاتصال بالآخرين أو النجاح في إقامة علاقة معهم.

كما قد يمضى من الوقت ساعات وساعات غارقاً في ذاته غير شاعر ولا ملتفت إلى ما يجرى حوله، ولا يميز بين شخص وآخر، ويصر على أن يترك شأنه وحيداً وقد يشور ويتهور إذا حاول أحد تغيير هذا الوضع الذى قد يستمر لساعات طويلة فهو دائماً منغلق على ذاته.

٧- قصور في السلوك التوافقى:

قصور الطفل الذاتوى (التوحدى) وعجزه في العديد من الأنماط السلوكية التى يستطيع أداؤها الأطفال العاديين ممن هم في سنة نفسه، ومستواه الاجتماعى والاقتصادى، ففي سن الخمس والعشر سنوات من عمره. قد لا يستطيع الطفل الذاتوى أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمنى سنتين أو أقل.. وهو يعجز عن رعاية نفسه، أو حمايتها أو اطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع أو ارتداء ملابسه، وقد لا يهيمه عند إعطائه لعبة أن يلعب بها، بل يسارع بوضعها في فمه، أو الطرق المستمر عليها بيده، أو أصابعه، وهو في الوقت نفسه يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التى قد يتعرض لها.

٨- الأفعال القسرية والطقوس النمطية:

غالباً ما يغضب أو يشور الطفل الذاتوى (التوحدى) عند إحداث أى تغيير في سلوكه الروتينى اليومي، أو في المحيط الذى يعيش فيه، فمجرد تغير الوقت الذى اعتاد شرب اللبن فيه أو تغيير ترتيب قطع الأثاث قد يدفعه إلى البكاء أو

اندلاع ثورة غضب، حتى أسلوب مقابله أو تحيته لا يحتمل تغييرها سواء بالشكل بالزيادة أو النقصان، وقد يعانى نتيجة فى أنماط حياته من وسواس عنيف أو قلق مزعج.

وكثيراً ما يندمج الطفل فى سلوك نمطى، كما لو كان طقوساً مفروضة عليه كان يحرك ذراعه بشكل معين يستمر عليه لفترات طويلة أو يطرق بيده على رأسه أو أى جزء من جسمه أو يلف بجزعه أو بنصف جسمه الأعلى بشكل دائرى، أو يدور حول نفسه أو حول طاولة أو مائدة فى الغرفة، أو يجلس محملاً فى مروحة هواء تدور، ويظل دقائق وربما ساعات على مثل هذه الأوضاع أو غير ذلك من الأفعال القسرية والتي لا يحتمل إزعاجه أثناء قيامه بها.

وقد وردت أعراض اضطراب الأوتيزم لدى الأطفال (محكات الأعراض المرضية) فى أحد المراجع على النحو التالى:

يتصف التوحد بثالوث أعراض شهير هو القصور الكيفى فى التفاعل الاجتماعى والقصور الكيفى فى القدرة على التواصل اللفظى وغير اللفظى؛ وقصور فى ذخيرة الأنشطة والاهتمامات واقتصارها على عدد من السلوكيات النمطية.

إذن يوجد ثلاث مجالات متميزة تتوزع عليها الأعراض السلوكية للطفل التوحدى:

- ١ - صعوبات فى التفاعل الاجتماعى.
 - ٢ - مشكلات فى التواصل اللفظى وغير اللفظى.
 - ٣ - سلوكيات تكرارية؛ وأفعال قهرية.
- ويظهر لدى المصابين باضطراب التوحد بعض المشكلات النفسية والسلوكية بدرجات متفاوتة فى مجال الفئات السلوكية الأربعة التالية:

- ت اللغة والتواصل.
- القدرة على الارتباط بالناس،
الموضوعات، الأحداث.
- معدلات وتسلسل أو تتابع النمو
- الاستجابات للمثيرات
النفسي.
- الحسية.

أولاً: اللغة والتواصل:

- ربما يكون لديهم كلام محدود، أو لا يتكلمون على الإطلاق، أو نقص وقصور في إساءات التواصل الطبيعية، ولا يتكلم ٤٠٪ من الأطفال التوحدين أما بالنسبة للنسبة الباقية ٦٠٪ فتنمو اللغة لديهم ببطء شديد.
- بالنسبة لمن يتكلمون ف نجد لديهم أنماط كلام شاذة وغير عادية، ويستخدمون الجمل والعبارات بشكل متكرر ورتيب.
- قد يرتدون لاستخدام سلوكيات غير لفظية عند فشلهم في التعبير عن ما يشعرون أو يريدون، ويستخدمون في هذه الحالة سلوكيات غير لفظية بصورة شاذة وغير مفهومة.
- ربما يمتلكون جمل طويلة إلا أنهم لا يمكنهم الدخول أو الاستمرار في علاقات حوارية مع الآخرين.
- عندما يريدون شيئاً قد يسكون بيد أحد الكبار المقربين منهم ويشيرون إليه، أو يتوجهون إليه مباشرة دون طلبه لفظياً.
- غالباً ما يصدر عنهم أصوات نمطية جامدة متكررة على وتيرة واحدة؛ أو يكررون أسئلة أو عبارات لا علاقة لها بالموقف الذين يوجدون فيه دون كلل أو ملل.

- ربما يكون لديهم جودة صوت غير عادية أو شاذة (النغمة - الطبقة - المعدل).
- غالبًا ما يعكسون الضمائر (إذ يستخدم الضمير أنت ليعنى به أنا).
- فهمة للغة حرفي وذا طابع مادي ملموس.
- يحتاجون وقتًا كثيرًا للتفكير في الكلمات التي يسمعونها أو يقولونها.
- يواجهون صعوبات شديدة في التعبير عن حاجتهم وانفعالاتهم ومشاعرهم.

ثانيًا: القدرة على الارتباط بالناس؛ بالموضوعات؛ وبالأحداث؛

- ينقصهم القدرة على المبادرة بطلب التفاعل الاجتماعي مع الآخرين؛ كما أنهم غير قادرين على الاستمرار في التفاعل مع الآخرين.
- غالبًا ما يظهرون الخوف من الغرباء أو الأنشطة والمواد الجديدة من خلال رفض أو تجنب التواصل، أو الاقتراب الشديد منها لاستكشافها باللمس أو الشم أو الحملقة.
- قد يلتصقون بالناس وقد يكون لديهم حساسية شديدة جدًا لللمس.
- ربما يلعبون بالأشياء والأشياء بطريقة روتينية جامدة شديدة التكرار والنمطية بدون غرض واضح، كما أن لديهم قصور في اللعب الادعائي فقد يتظاهرون باللعب الادعائي ولكن بصورة نمطية جدًا شاذة متكررة.
- ربما تتطور لديهم انجذاب شديد لأشياء أو موضوعات؛ روتينيات؛ طقوس معينة وربما يستغرقون فيها لمدة طويلة دون ملل أو تعب مع الرفض التام لأية مقاطعة أو منع.

- قد يبدى قلقًا وانزعاجًا شديدًا من حدوث أى تغير فى بيئة التفاعل التى يعيش فيها، وربما تجده يطرح أسئلة بصورة متكررة مثلًا بسبب المطر قد نجده فى حالة هياج حركى وانفعالى صعب جدًا.
- ربما نجده فى حالة من التجول والدوران والانتقال السريع من مكان إلى مكان أو من موضوع لموضوع دون غرض واضح.
- غالبًا لا يوجد تواصل بصرى بينه وبين الآخرين كما أن أنشطة لعبة وتفاعلاته مع الآخرين محدودة جدًا وقد تكون معدومة لدى بعض الحالات.
- غالبًا ما يفضل الانفراد بالذات (ليعيش فى حدود الذات بحيث تكون الذات هى الأنا والآخر فى الوقت نفسه).
- يواجه صعوبات شديدة فى فهم القرائن الاجتماعية مثل تعبيرات الوجه؛ لغة الجسد؛ ومشاعر الآخرين.
- يعانى من متاعب انفعالية وسلوكية حال حدوث أى تغير فى البيئة؛ فى الروتين؛ ويواجه صعوبات شديدة فى التوافق مع التغير.
- لديه رصيد محدود جدًا من الاهتمامات والأنشطة؛ وعادة ما يفضل نشاط واحد فقط.
- عادة ما يركز على التفاصيل الجزئية وغير قادر على رؤية الكل. ويصعب عليه فصل الشئ المهم عن غير المهم.
- يرتبك بصورة شديدة عندما تعرض عليه بدائل لعب مثلًا ليختار منها.
- يصعب عليه فهم المفاهيم المجردة مثل نظيف وقذر.
- يواجه صعوبات بالغة مع البدايات والنهايات.

ثالثاً: معدلات وتسلسل أو تتابع النمو النفسى:

- يظهر الطفل التوحى تبعث فى المهارات. على سبيل المثال؛ ربما يتعلم التسلسل الحركى دون تعلم معنى المهمة أو ربما يتعلم قراءة الكلمات دون تعلم أسماء الحروف أو معنى الكلمات.
- لدية تأخر دال فى نمو المهارات الحركية الدقيقة مثل مسك القلم أو المعلقة. وهكذا القدرات فى المهارات الحركية الكبرى مثل التسلق والتوازن ربما تفوق المعايير النمائية لديه، أو قد تكون القدرة على الرسم دقيقة جداً على الرغم من وجود تأخر نمائى شديد فى المهارات الحركية الكبرى.
- لدية تأخر نمائى دال فى تعلم علاقات السبب والنتيجة وقد يرجع ذلك لنقص الخوف من الموضوعات الخطيرة وعدم القدرة على توقع أو التنبؤ بالأحداث بناء على الخبرة السابقة. مثلاً القفز من الأماكن المرتفعة أو من على السلام دون أى خوف.
- ربما يبدى اهتماماً شديداً بموضوع. ويؤدى تركيزه الشديد على هذا الموضوع إلى مهارة غير عادية بهذا المجال فمثلاً اهتمامه الشديد بالرسم قد يجعله فناناً متميزاً.

رابعاً: الاستجابات للمثيرات الحسية:

- ربما يكون لدية حساسية شديدة للظروف البيئية وعدم قدرة على تمييز المثيرات غير المهمة، وقد تثيره الضوضاء التى تحدثها الأشياء من حوله؛ يزعجه حتى مجرد كلام الأطفال الصغار.
- عدم قدرته على التجاوب مع المثيرات المختلفة، وقد تختلف من يوم لآخر فقد يكون قادراً على أداء مهمة فى يوم؛ لكنه لا يؤديها فى اليوم التالى.

• المثيرات السمعية.

- ربما يتجاهل بعض الأصوات؛ كما تكون ردود أفعاله لأصوات أخرى مبالغ فيها؛ فأحياناً يغطي أذنيه لغلغلقها وربما يبدو في أوقات أخرى كأنه أصم.
- ربما يهذى بأصوات معينة أو يسعى لسماع أصوات معينة.

• المثيرات البصرية:

- تجنب الاتصال البصري؛ أو يستخدم ما يعرف بالرؤية السطحية فقد يرد على قول أهلاً دون أن ينظر للمتحدث بل يستدير وينظر للخلف ثم يقول أهلاً.
- قد يركز بصره في تفاصيل بصرية دقيقة على الحائط، الأثاث، أجزاء الجسم، المطبوعات.
- ربما يظهر ولعاً شديداً بالأسطح المضيئة. كأن يخلق في الأضواء والمجوهرات لمدة طويلة.

• التذوق والشم:

- ربما يستكشف البيئة من خلال شم أو يلعب الأشياء بلسانه أو الناس أو الموضوعات.
- ربما يعاني من مشكلات في الأكل. فغالباً ما يفضل تناول طعام معين يصبر عليه ويرفض طعام آخر.
- قد يأكل أشياء لا تؤكل ويمضغها. فقد يجمع الزهور ويأكلها.
- المثيرات اللمسة والحركية:

- ربما يوجد لديه تأخر في الإحساس بالألم، وقد لا يستجيب على

الإطلاق للأحداث التي تسبب ألم بدني فعلى سبيل المثال عندما يشعر بضيق أو إحباط قد يعرض بدنه بقوة؛ أو يحبط رأسه بعنف بالحائط دون أن يبدو عليه ألم.

- ربما يندمج أو ينهمك في حركات متكررة مثل أرجحة الجسد؛ تشبيك الأيدي وتدويرها بسرعة؛ الدوران حول الجسد بسرعة ولمدة طويلة دون شعور بالدوخة.

- قد يحرك جسده أو يحرك يديه بصورة شاذة كالوقوف أو الجلوس بوضع معين مع رفض أو مقاومة تغييره.

- ربما يمشى على أطراف أصابعه.

• خصائص أخرى:

- غالبًا ما يقل احتياج الطفل التوحدي إلى النوم بصورة كبيرة.

- غالبًا ما يواجه صعوبات في التدريب على عملية قضاء الحاجة.

١- خصائص يمكن تقويتها:

• ذاكرة قوية جدًا؛ خاصة تذكر التفاصيل.

• القدرة على اتباع الروتين.

• حب الأشياء المنظمة والدقيقة وشديدة الوضوح.

• مهارات بصرية قوية جدًا.

• يمكنه عمل ارتباطات بين الأشياء بسرعة.

٢- خصائص يصعب التعامل معها وتمثل أكثر الخصائص صعوبة:

• العجز عن فهم اللغة المعقدة والمجردة.

- العجز عن فهم الأحكام الاجتماعية والأحكام الشخصية التى تحدث فى مواقف العلاقات الاجتماعية والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين.

الخلاصة :

تتنوع الأعراض الدالة على اضطراب التوحد، ويمكن اكتشاف تلك الأعراض فيما بين الشهر الثلاثين والسادس والثلاثين من عمر الأطفال. يمكن أن يشخص الأوتيزم أطباء الأطفال؛ الإخصائى النفسى؛ أو متخصص فى مجال الأوتيزم.

ومن الأعراض التى تمكنا من اكتشاف الطفل التوحدى ما يلى:

- ضحك أو قهقهة غير مناسبة أو دون سبب.
- عدم الحساسية للألم أى لا يظهرون تألمهم إذا أصيبوا.
- عدم الخوف من الخطر، أى لا يدركون الأخطار بشكل عام.
- مقاومة (رفض) احتضان أو تدليل الآخرين له.
- تفضيل الوحدة والانفراد بالذات، ويحبون العزلة عن الغرباء والمعارف.
- صعوبة فى التعبير عن الاحتياجات؛ وربما استخدام الإيماءات.
- تعلق مرضى غير مناسب بالأشياء، وقد يستخدمون الأشياء دون إدراكهم لوظائفها.
- استجابة غير مناسبة للأصوات؛ وقد يستخدمون الأشياء دون إدراكهم لوظائفها.
- استجابة غير مناسب للأصوات؛ وربما عدم استجابة على الإطلاق.
- الدوران السريع حول الذات.
- صعوبة فى التفاعل مع الآخرين، وقد يظهرون تفاعلاً من جانب واحد.

- رفض التغير أو الإصرار على الروتين، بل يحبون أن تبقى الأشياء في مكانها.
- ترديد الكلام أو الأصوات دون فهم المعنى فيما يسمى (المصاداة).
- أنهم في بعض الأحيان يبدو كأنهم لا يسمعون.
- إن الأطفال التوحديين لا يهتمون غالبًا بمن حولهم.
- يرتبطون بالأشياء ارتباط غير طبيعي.
- إن الأطفال التوحديين لا يحبون اللعب بالكرة؛ ونجد لديهم مهارة عالية في ترتيب المكعبات.
- يقاومون الأساليب التقليدية في التعلم.
- أنهم قد ينضمون للآخرين تحت الإلحاح فقط.
- بعض التوحديين قد يملكون قدرات معينة من قبيل العزف على الآلات الموسيقية؛ الرسم؛ السباحة.
- قد يكتسبون بعض الكلمات لكن سرعان ما ينسوها.
- لا ينظرون في عيون الآخرين أثناء التحدث معهم.
- يفكرون ويتكلمون باستمرار عن شيء واحد فقط.

أسباب الذاتوية (التوحد)

لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد، رغم أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذو تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المطابقين (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم الآخرين (من بويضتين مختلفتين)، ومن المعروف أن التوأمن المتطابقين يشتركان في التركيبة الجينية نفسها.

كما أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسى وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيب المخ، مع وجود اختلافات واضحة في المخيخ، بما في ذلك في حجم المخ ونظرًا لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيسى لأن يكون السبب المباشر للتوحد، فإنه تجرى في الولايات المتحدة بحوثًا عدة للتوصل على الجين المسبب لهذا الاضطراب.

وفيما يلي عرض الأسباب (والتي أكد عليها ماجد السيد عماره ٢٠٠٥م، محمد أحمد خطاب ٢٠٠٩م):

١- عوامل نفسية:

يرى بعض العلماء أن العوامل النفسية قد تكون سببًا في الإصابة بإعاقة التوحد (الذاتوية).

ويذكر (أوجورمان - ١٩٧٠م) Ogorman أن الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل والديه قد تكون أحد أسباب إعاقة التوحد. فالطفل يعاني من التوحد مع هجر الأم له أو طول فترة غيابها عنه، وقد ترجع الإعاقة إلى عدم قبول كل من الأم والطفل لإقامة علاقة عاطفية بينهما، وربما يكون الاضطراب بسبب

إصابة الأم نفسها بالفصام أو بسبب معاناتها من مرض عاطفى واضح أو أن تكون متعلقة طفولياً بوالدها لدرجة لا تستطيع معها أن تقوم بدورها، وقد يكون التعارض بين دور الأم والأب سبباً فى اضطراب الطفل. فعندما تبدو الأم أقل إحساساً بالأمومة عن الوضع الطبيعى ويبدو الأب أقل إحساساً بالأبوة عن الوضع الطبيعى نجد أن الطفل لا يستطيع تكوين علاقة مع الأم والأب، كما أن العلاقة غير السعيدة بين الأب والأم والتي تعتبر مسئولة عن ضعف العلاقة بين الأم والطفل، قد تكون سبباً فى الإعاقة، وفى بعض الأحيان تكون الأم متحفظة عن علاقتها مع الطفل بسبب غيره الأب من هذه العلاقة التى تشعره بأن الطفل أخذ كل وقتها واهتمامها، وهذا يؤدى إلى الجمود العاطفى بين الأم والطفل الذى يجعل الطفل منعزلاً وقد يؤدى به إلى التوحد.

ويرى (بيتلهيم ١٩٦٧م) Bettlheim أن الطفل قد ينسحب من الواقع ويعانى من التوحد مع ميلاد الطفل الأصغر الذى قد يأخذ اهتمام الوالدين وخاصة الأم، فتتصرف عن الطفل الأول لمقابلة احتياجات الطفل الجديد، فيشعر الطفل الأول بالغيرة والحرمان، إذ أن الأم لم تعد تهتم به كما كان فى الحال قبل ولادة الطفل الأصغر.

٢- خلل فى الجهاز العصبى المركزى:

ذكر بعض الباحثين أنه قد ترجع إعاقة التوحد إلى خلل فى بعض وظائف الجهاز العصبى المركزى، إذ قد يكون هناك قصوراً معيناً فى وظائف المخ الفسيولوجية الكهربائية، وقد أثبتت إحدى الدراسات أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية وتصور المخ بالرنين المغنطيسى تشير إلى احتمال وجود دور المخيخ وجذع المخ فى حالات التوحد كما أنه توجد اضطرابات فى رسم المخ والجهد المستثار لهؤلاء الأطفال بنسبة كبيرة، ولكنها اضطرابات عديمة الخصوصية.

وتشير دراسات (تريفارثن وآخرون ١٩٩٦م)، Treavarthen, et al., إلى وجود أدلة كثيرة حديثة على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية ينتشر في مركز المخ وبصفه خاصة في مراكز الانتباه والتعلم.

والخلاصة أن الاضطراب العضوى الذى يصيب بعض مراكز المخ قد يؤدى إلى إحداث خلل في وظائف تلك المراكز، خاصة في مجالات الإدراك والتوافق الحركى.

٣- عوامل جينية:

تشير نتائج الفحوص التى أجريت على الأطفال التوحدين إلى وجود كروموزم أكس الهش الذى يظهر في صورة معقدة في نسبة تتراوح من (١٦.٥٪) من الحالات، وقد يظهر ذلك في الأولاد أكثر من البنات خاصة في الأطفال المصابين بالتوحد المصحوب بتخلف عقلى، كما أن التصلب الذى ينقل بواسطة الجين المسطر يكون ذا صلة بإعاقة التوحد في نسبة تصل إلى حوالى ٥٪ من الحالات تقريباً.

وتشير دراسات (ماكدونالد وآخرون ١٩٩٤م)، Macdonald, et al., إلى أن الإصابة بإعاقة التوحد بين التوائم المتماثلة تصل إلى (٣٦٪) بينما في التوائم المنفصلة (غير المتماثلة) تكون نسبة الإصابة منخفضة وتصل إلى الصفر.

٤- أسباب اجتماعية. أسرية:

أكدت بعض الدراسات تعرض الطفل للعديد من العوامل التى تساعد في ظهور الاضطراب (التوحد) منها ما يلي:

- تعرضه للعديد من المشكلات الاقتصادية والاجتماعية داخل الأسرة.
- خوف الطفل وانسحابه من الجو الأسرى وانعزلة بعيداً عنها وانطوائه على نفسه.

- تعرض الطفل للحرمان الشديد داخل أسرته.
- تدنى العلاقات العاطفية بين الطفل وأسرته، وشعوره بفراغ حسى وعاطفى، مما يشجعه على الانغلاق على نفسه وعزلته عمن حوله.
- الضغوط الوالدية المتعددة.
- تعرض الأم الحامل لحالات النزيف أو حقنها بتطعيم الحصبة الألمانية مما قد يتسبب فى ولادة طفل توحدى.
- تعرض الطفل للحوادث والصدمات البيئية التى تصيب الرأس.
- أثبتت بعض الدراسات أن الولادة العسرة تزيد من احتمالية ولادة طفل توحدى.

٥- أسباب إدراكية:

يرى بعض الباحثين أن التوحد سببه اضطراب إدراكى نهائى، حيث أشارت دراسة الين وآخرون (١٩٩١م) أن الطفل التوحدى يعانى من انخفاض فى نشاط القدرات المختلفة، والتى ترجع بدورها إلى انخفاض قدراتهم على الإدراك، إلى اضطراب اللغة.

٦- الأسباب العصبية والبيولوجية:

الأعراض التوحدية ترتبط بظروف ذات اضطرابات عصبية، والحصبة الألمانية - Rubella الفطرية، والفنيل كيتونيوريا Pku والتصلب الدرني Tuber Ous Sclerosis واضطرابات رت، ويظهر الأطفال التوحديين أدلة كثيرة عن تعقيدات فى المرحلة قبل الولادة عند المقارنة مع مجموعات من الأطفال العاديين... ووجد أن الأطفال التوحديين لديهم شذوذ جسمى فطرى مقارنة بأشقائهم والمجموعات الضابطة من الأطفال العاديين.

وهناك نسبة من ٤ إلى ٣٢٪ من التوحدين قد كان لديهم نوبة صرع كبرى
Grand mal seizures في وقت ما، وحوالي من ٢٠ إلى ٢٥٪ يظهرون استطالة في
البطين - كما يظهره الرسم المقطعى بالكمبيوتر - كما يظهر أن هناك عددًا من
الأشكال المختلفة غير الطبيعية التى يظهرها رسم موجات الدماغ (EEG)
electroencephagram حيث تتواجد لدى ما بين ١٠-٢٣٪ من الأطفال
التوحدين...، على الرغم من أنه لم توجد نتائج نوعية معينة من رسوم المخ
الكهربية لاضطراب التوحدية فإنه توجد بعض الدلائل عن عيب في الجاذبية
المخية... وحديثًا: فإن الرنين المغناطيسى (MRI) Magnetic resonance
imaging قد كشف عن افتراض مظاهر شاذة في فصوص المخ ولحائه (قشرة المخ)
وبصفة خاصة الصور المجهرية غير السوية لدى بعض المرضى التوحدين... هذه
الأشكال غير السوية يمكن أن تعكس خلية غير سوية خلال الشهور الستة الأولى
على الهضم وفي دراسة تشريحية وجد أن هناك تناقصًا في عدد خلايا باركنجى.

٧- الأسباب المناعية:

- تشير بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم
والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحدية. كما أن الكريات
الليمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحدية يتأثرون وهم أجنه
بالأجسام المضادة لدى الأمهات وهى حقيقة تثير احتمال أن أنسجة الأجنة
قد تلف أثناء مرحلة الحمل.

٨- العوامل قبل الولادة:

يبدو أن هناك حالات حدوث عالية لتعقيدات فى المرحلة قبل الولادة
لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحدية، رغم أن بعضها قد يكون عرضيًا
كعامل سببى.

وفي مرحلة الحمل قد يؤثر نزيف الأم بعد الشهور الثلاثة الأولى على الجنين كما أن المواد الموجودة في بطن الجنين، والسائل الداخلى المحيط بالجنين قد وجد في الأطفال التوحدين أكثر مما لدى الأطفال العاديين حيث يصاب الطفل التوحدى بعد الولادة بمتاعب التنفس والأنيميا، كما تشير بعض الأدلة إلى حدوث عالى لتأثير العقاقير التى تتعاطاها الأم أثناء فترة الحمل على الأجنة والنتيجة هى ميلاد الطفل التوحدى.

٩- العوامل العصبية التشريحية:

الدراسات الحديثة لصورة الرنين المغناطيسى التى تقارن الأشخاص التوحدين ومجموعات من الأشخاص العاديين وجدت بأن الحجم الكلى للمخ متزايد لدى الأطفال التوحدين والنسبة الكبرى للزيادة فى الحجم حدثت فى كل من: الفصل القذالى - Occipital lobe، والفص الجدارى - Parietal lobe والفص الصدغى - Temporal lobe، ولن توجد فروق بين الفصوص الأمامية، وعلى الرغم من أن المتضمنات الخاصة والسببية لهذا الكبر غير معروفة فإن الحجم الزائد يمكن أن يظهر من ثلاثة ميكانيزمات محتملة هى ازدياد الأسباب العصبية مثل: الخلايا الجليالية - glial cells أو الأوعية الدموية وعلى الرغم من أن هذه البيانات لم يتعرف عليها بصورة تفصيلية محددة باعتبارها عجز عصبى تشريحي لدى التوحدين فإنه يفترض أن المخ الذى يزيد نفسه يمكن أن يكون علامة بيولوجية لاضطراب التوحدية، أما الفص الصدغى فإنه يعتبر منطقة حرجة من شذوذ المخ بالنسبة لاضطراب التوحدية وهذا الاقتراح قائم على التقارير الخاصة بالأعراض المشابهة للتوحدية لدى بعض الناس المصابين بتلف فى الفص الصدغى فعندما تتلف المنطقة الصدغية فى الحيوان فمن

المتوقع أن يفقد السلوك الاجتماعي، ويظهر القلق والأرق والسلوك الحركي المتكرر، ويبدو السلوك المحدود.

واكتشاف آخر في اضطراب التوحدية هو نقص في خلايا بوركنجي Purkinje cells في المخيخ *Gerebillum* وهذا النقص من المحتمل أن يؤدي إلى الحالات غير العادية في الانتباه، والإثارة، في العمليات الحسية.

١٠- العوامل البيوكيميائية:

يرى بعض الباحثين أنه على الأقل ثلث مرضى اضطراب التوحدية لديهم ارتفاع في بلازما السيروتونين *Plasma Serotonin* وهذا الاكتشاف ليس خاصًا باضطراب التوحدية فقط فالأطفال المتخلفين عقليًا بدون اضطراب التوحدية يظهرهم أيضًا تلك الصفة.

والمرضى باضطراب التوحدية بدون تخلف عقلي لديهم حدوث عالى من الهيرسروتينيميا - *Hyperserotonemia* ولدى بعض الأطفال التوحدين توجد زيادة في السائل النخاعي الشوكي - *Cerebrospinal* وحامض الهوموفانيلك في تناسب عكسي مع مستوى السيروتونين في الدم وهذه المستويات تزداد بنسبة الثلث لدى المصابين باضطراب التوحدة وهذا هو الاكتشاف المحدد الوحيد الذى يحدث لدى الأشخاص المتخلفين عقليًا.

وقد ورد في أحد المراجع أن مسبب أو مسببات مرض التوحد ما زالت غير معروفة ولكن تظهر البحوث أهمية العوامل الجينية. كما تؤكد البحوث على أن التوحد يمكن ربطه بمجموعة من الأسباب التي تؤثر على نمو الدماغ والتي تحدث قبل أو أثناء أو مباشرة بعد الولادة... وهى كالتالى:

١- العوامل النفسية والأسرية:

كان كانر (Kanner 1945) أول من أشار إلى دور العوامل الوالدية كسبب في حدوث الاضطراب، ووصف والدى الطفل التوحدى بالذكاء والميل إلى

الاستحواذ والرغبة في الكمال والتعود على وضع قواعد جامدة كبديل للتمتع بالحياة، ويتسم الوالدان بالبرودة العاطفية والقلق.

ويعتمد هذا التفسير على العوامل النفسية وأساليب التربية دور الوالدين في حدوث الاضطراب، ويلقى باللائمة على الأم بالدرجة الأولى حيث أن برود عاطفتها وسلبية العلاقة بينها وبين طفلها هي التي تؤدي إلى حدوث الاضطراب "ويشير بعض دعاة هذه النظرية إلى أن الابن الأكبر أكثر عرضة للإصابة وأن الأبوين عادة ما ينتميان إلى مستوى ثقافي وذكاء فوق المتوسط مع وجود ميول وسواسية قهرية وبرود عاطفي".

ويشير كابلن وصادوق أن آباء الأطفال التوحيدين نادراً ما يكون لديهم مشاعر دافئة تجاه أبنائهم، بل أن غالبية هؤلاء الآباء يبدون مهتمين بالأمر العقلية التجريدية أكثر من اهتمامهم بالعلاقات الإنسانية.

وأشار بيتفيلد ودينهين (Pilfield & Doppenhen) إلى أن آباء الأطفال التوحيدين غالباً ما يكونون على النقيض في أسلوب التربية، إما حماية زائدة أو رفض لأبنائهم.

وهكذا تركز الدراسات التي تقترح العوامل النفسية والأسرية "كتفسير أساسي لأسباب حدوث الاضطراب التوحدي على ضعف فعالية البيئة وتميزها بالجمود والأنسابية والميل إلى العزلة مما يؤثر بقوة على قدرات الطفل من حيث نموه النفسي والاجتماعي، وكذلك على علاقته بالآخرين، واهتمامه وأنشطته، ففي ظل هذه الظروف تفتقد مبادرات الطفل الدعم اللازم، ولا تتوفر له الاستثارة والتنبية لدفعه إلى اكتساب التعلم وتحقيق معدلات النمو المناسبة.

إلا أن هذه "النظرية" أو هذا الاتجاه قد أثار كثيراً من الاعتراضات

وفقاً للتائج التى توصلت إليها الدراسات المختلفة ومن هذه الاعراضات ما يلى:

أ - أن الأطفال المصابين بالاضطراب التوحدى يعيشون فى عالم منعزل خاص بهم وهم عاجزون عن التواصل بداية، وبالتالى يمثلون لوالديهم مشكلة ينتج عنها معاملة خاصة تفتقد إلى التواصل الفعال مما يدعم المرض الموجود بالفعل، وتكون تلك المشاكل المترتبة على المرض والضغط الرجعة إلى المشكلات اللغوية وعيوب الاتصال الاجتماعى والانفعالى هى السبب فى برود عاطفة الوالدين ونقص المشاعر الدافئة وليس العكس.

ب - أن بعض الأطفال التوحدين غير طبيعيين منذ لحظة الميلاد مما يدل على أن التوحدية قد تكون حالة ولادية أو قبل ولادية وليست دائماً ناتجة عن عوامل نفسية وأسرية.

ج - يرى بعض الباحثين أن هذه النظرية يجانبها الصواب علمياً، كما أن التفسيرات المبنية على المسببات النفسية ليست فاعلة فى التقليل من أثر الإعاقة، كما أنها تشعر الوالدين بالذنب لما حدث للطفل بسببها، مما يعمق الشعور بالمعاناة الدائمة.

د - توفر بعض الأدلة على وجود شذوذ بيولوجى لدى بعض الأطفال التوحدين، ورغم أن الشذوذ البيولوجى ليس عاملاً كافياً للدلالة على هذا الاضطراب إلا أنه يجعل الطفل أكثر عرضة للإصابة مما لو تعرض للتأثيرات أسرية عادية.

هـ - حدوث التوحدية بفروق جنسية واضحة بين البنين والبنات حيث كانت النسبة أنثى واحدة مقابل أربعة ذكور (١-٤) يشكك فى صحة النظرية التى ترجع الإصابة إلى عوامل نفسية وأسرية.

٢- العوامل الجينية :

أشارت بعض الدراسات إلى أن اضطرابات التوحد ناتج عن اختلال الجينات لدى الشخص المصاب وأن الشذوذ الكروموسومى يتدخل فى (٥٪ - ١٦٪) من جميع الحالات.

وأشارت دراسات فى التوائم إلى أن حوالى ٢٪ من الأسر لها طفلان يعانيان من اضطراب التوحد، وأن ذلك أكبر من احتمال الصدفة حتى بالتقديرات المنخفضة وأن عددًا قليلًا جدًا من الأسر لها ثلاث أو أربع أطفال توحيدين ولم يجد الباحثين لها أى سبب طبي مشترك.

وقد اتضح أيضًا من دراسة التوائم وجود التوحد بمعدلات أكثر فى التوائم المتطابقة عنه فى التوائم غير المتماثلة، كما لوحظ أن حوالى ٢٪ من أشقاء التوحيدين يصابون بالتوحدية بمعدل خمس مرات أكثر من عامة الناس.

٣- العوامل البيولوجية :

أكدت بعض الدراسات أن مضاعفات ما قبل الولادة تكون أكثر لدى الأطفال التوحيدين من غيرهم من الأسوياء أو حتى المصابين باضطرابات أخرى.

ويعتقد أن العوامل التى تسبب تلفًا للدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها تهيء لحدوث الاضطرابات مثل إصابة الأبالحصبة الألمانية أو الاختناق أثناء الولادة والتهاب الدماغ، وتشنجات الرضيع كما أن ظهور المرض فى سن مبكرة وانتشاره بين الذكور أكثر من الإناث، ووجود مضاعفات الحمل والولادة فى تاريخ هؤلاء الأطفال يرجح العامل العضوى.

وتشير بعض الدراسات إلى أن هناك بعض المتغيرات التى تحدث للأطفال

المصابين بالتوحد مثل نقص الوزن عند الولادة أو عدم النضج أو كبر سن الأم، أو اضطرابات التنفس أو إصابة الأم بنزيف، وأن هذه المتغيرات قد تلعب دوراً في حدوث المرض، إلا أن هذا الدور يحتاج إلى مزيد من الأبحاث.

٤- اختلال وظيفة الجهاز العصبي:

لوحظ أن ٢٥٪ من حالات اضطرابات التوحد يوجد لديها تاريخ لنوبة صرعية أو أكثر، وأشارت بعض الدراسات إلى أن نسبة ٤-٣٢٪ من الأطفال التوحدين سوف تحدث لهم نوبات صرعية في وقت ما من حياتهم، كما لوحظت شذوذات متفاوتة لتخطيط الدماغ الكهربائي لدى نسبة تتراوح من ١٠-٨٣٪ من الأطفال التوحدين.

وأشارت دراسات أخرى إلى أن الأطفال التوحدين لديهم نسبة عالية من النوبات المرضية التي تتزايد عند البلوغ وبعضها يوضح علامات عصبية مثل الاختلال الحركي، كما أشارت بعض الدراسات إلى وجود خلل في المنح وخاصة في الجزء الأيسر منه.

٥- الخلل الإدراكي:

تشير آخر النظريات الحديثة في مجال التوحد وهي نظرية الإدراك (Hteory of mind) إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد يفهمون المستوى الأول من الإدراك مثل إدراكهم للأشياء والمواد التي من حولهم، ولكنهم لا يفهمون المستوى الثاني من الإدراك مثل فهمهم لمغازي الحديث أو توقع سلوك الآخرين مثلاً، كما تشير دراسات أخرى إلى وجود خلل في الإدراك وعدم قدرة على تنظيم الاستقبال الحسي مما يؤثر على تكوين الأفكار المترابطة لدى الطفل التوحدي فتتخفف قدرته على التعلم والتكيف مع البيئة وبالتالي يعزل وينغلق على ذاته، أي أنهم

يستطيعون الرؤية والسمع وغيرها من الوظائف الحسية إلا أنهم يعانون من اضطراب في الإدراك الحسى، فقد لوحظت صعوبات في انساق الرؤية والسمع واللمس والشم والتوازن والإحساس بالألم، وقد كان الإدراك السمعى أشدها خللاً مما جعل كثيرًا من الآباء يعتقدون أن طفلهم أصم.

أولاً: التفسيرات النفسية:

أنصار مدرسة التحليل النفسى والتعلم بشكل عام خلال فترة الخمسينات وحتى أوائل السبعينات من القرن العشرين يؤمنون بأن التوحد يحدث بسبب عوامل نفسية بالدرجة الأولى، فكانر Kenner يرى أن ممارسات الوالدين غير المترابطة في رعايتهم لأبنائهن وكذلك البرود العاطفى تجاههم هو ما يسبب التوحد. وهذا ما يوافق عليه برونو بيتلهم Bruno Bettelhiem الذى يرى أن آباء الأطفال التوحدين باردون وقاسون ولعل فرضية ما يسمى بالألم الثلاثة (Refregerated Mother) دليل على أنها لم يعد لها أى مصداقية.

ثانياً: العوامل الجينية:

أثبتت الدراسات أن هناك علاقة بين التوحد وشذوذ الكروموزومات؛ وهذا الكروموزوم يسمى (Fragile x) شكّل شكّل وراثى حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلى. كما أن له أثراً أساسياً فى حدوث مشكلات سلوكية؛ مثل النشاط الزائد والسلوك الأنانى؛ ويظهر لدى الفرد الذى لديه X.F تأخر لغوى شديد؛ وتأخر فى النمو الحركى.

ثالثاً: العوامل البيولوجية:

تكثر فى الحالات التى تسبب إصابة الدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها؛ كإصابة الأم أثناء الحمل بأحد الأمراض المعدية؛ أو تعرضها أثناء الولادة

لمشكلات: كنقص الأكسجين... إلخ. أو عوامل بيئية أخرى كتعرض الأم للنزيف قبل الولادة أو تعرضها لحادثة؛ أو كبر سنها. كل هذه العوامل قد تكون سبباً في حالة التوحد.

ومن المؤثرات الدالة على أن الإصابة بالتوحد تحدث نتيجة عوامل بيولوجية - هو أن الإصابة بالتوحد غالباً ما تكون مصحوبة بأعراض عصبية؛ أو إعاقة عقلية؛ أو مشكلات صحية محددة مثل الصرع. وفيما يلي عرض لبعض المؤشرات التي تدعم النظرية البيولوجية للإصابة بالتوحد.

رابعاً: العوامل النيورولوجية:

أثبتت بعض الدراسات هناك ارتباطاً بين بعض حالات التوحد في كيميائية الدم لدى هؤلاء الأطفال.

خامساً: العوامل العصبية:

في حالة كون التوحد ناتج عن عوامل عضوية؛ فإن العيوب تكمن في الجهاز العصبي المركزي - Central Nervous System. كما أن الأطفال التوحدين عند دخولهم مرحلة المراهقة - يظهرون اضطرابات معروفة بارتباطها الوثيق بالجهاز العصبي المركزي.

ولقد أظهرت الفحوصات العصبية للأطفال التوحدين بعض الحركات الشاذة أحياناً؛ مثل نغمة عضلة ضعيفة؛ سيلان اللعاب؛ والنشاط الزائد. وهكذا أظهرت الدراسات إلى أن ثلاثة أرباع الأطفال التوحدين يظهرون هذه الإرشادات العصبية.... كما أشارت العديد من التقارير إلى أن الأطفال التوحدين لديهم تخطيط دماغى شاذ رغم صعوبة إجراء هذا التخطيط عليهم.

سادساً: النظريات المعرفية:

إن الأطفال التوحدين لديهم مشكلات معرفية شديدة تؤثر على قدراتهم على التقليد والفهم لتطبيق القواعد والمبادئ واستعمال المعلومات، وبعبارة أخرى؛ فإن النظريات المعرفية تفترض أن المشكلات المعرفية هي مشكلات أولية وتسبب مشكلات اجتماعية وهناك عدة افتراضات منها:

هناك من يرى أن التوحدين انتقائيون فى انتباههم لأسباب تعزى إلى عيب إدراكى. فهم يستطيعون الاستجابة لمثير واحد فقط فى وقت واحد بصرياً أو سمعياً أو غير ذلك. وهناك نظريات أخرى تبرهن على أن التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية رئيسة، ولكن نتيجة لعيوب إدراكية متعددة.

سابعاً: نظرية العقل:

ومفاد هذه النظرية - كما تقول فريث 2003 Frith - بأن الإعاقة فى الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التى يمتاز بها الأفراد التوحدين تأتى من الشذوذات فى الدماغ التى تمنع الشخص من تكوين نظرية العقل، والتى تقول إن الشخص التوحدى غير قادر على فهم وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية. وأنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الآخر، بينما يستطيع الأشخاص العاديون قراءة أفكار الآخرين.

وخلاصة القول إن نظرية العقل هذه، هى أن العجز الاجتماعى عند الأطفال التوحدين ناتج عن عدم قدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين.

هذه باختصار أهم الفرضيات التى تدور حول أسباب التوحد، فى حين أن

هناك أسباب أخرى محتملة لحدوث التوحد مثل، فرضية البتايد الإفيونية، وزيادة قابلية التسرب في جدار الأمعاء، ونظرية الفطريات (الكانديدا)، ونظرية المعادن الثقيلة (الرصاص والزنك) وغيرها.

- كما يوجد قبول عام مفادة أن اضطراب التوحد ينتج عن وجود شذوذ في تركيب أو وظائف الدماغ - Brain (الدماغ هو النسيج العصبي الموجود داخل الجمجمة ويتكون من ثلاث أجزاء: المخ؛ المخ الأوسط، والمخيخ).
- وينمو دماغ الجنين منذ مرحلة الحمل. ويبدأ بعدد قليل من الخلايا التي تنقسم وتتكاثر إلى أن تصبح بلايين الخلايا المتخصصة، وتسمى النيرونات Neurons أو الخلايا العصبية. وكل خلية عصبية (نيرون) بمجرد وجوده في مكان ما بالدماغ يرسل نبضات إلى الخلايا الأخرى عبر ألياف عصبية تربط بينها. وهذه الطريقة تؤسس خطوط الاتصال بين مختلف مناطق الدماغ وبين المخ وبقية أجزاء الجسد. ومع استقبال كل خلية لإشارة تطلق مواد كيميائية تسمى الموصلات العصبية التي تنقل هذه الإشارة إلى الخلية العصبية الأخرى، ومع الميلاد يتطور الدماغ على عضو معقد توجد به مناطق متعددة لكل مجموعة منها وظائف ومسؤوليات.

المناطق المختلفة بالمخ ووظائفها:

- يمكننا الهيبوكامبوس (قرن أمون) من استدعاء الخبرة الجديدة والمعلومات الجديدة.
- توجه أو تدبير اللوزة - amygdale استجابتنا الانفعالية.
- تسمح لنا الفصوص الأمامية - the cerebrum بحل المشكلات، التخطيط؛ فهم سلوك الآخرين.
- تتحكم المناطق الجانبية (الجدارية) للدماغ في السمع؛ الكلام، اللغة.

- ينظم المخيخ التوازن، حركات الجسد، العضلات المستخدمة في الكلام.
- يمرر الجسم الحاسي - The corpus callosum (حزمة من الألياف العصبية تربط بين نصفي المخ) المعلومات بين نصفي المخ.
- ولا يتوقف نمو الدماغ عند الميلاد. إذ أن الدماغ يستمر في التغير أثناء السنوات الأولى من عمر الطفل، وتتكون شبكات عصبية لمعالجة؛ الانفعالات، والتفكير.

وقد يحدث بعض المشكلات التي تؤثر على النمو الطبيعي للدماغ. فقد ترحل الخلايا إلى مكان خطأ بالمخ. أو تحدث مشكلات في الموصلات العصبية، أو قد تحدث مشكلة في شبكة الاتصال بالدماغ فتؤثر على عملية التنسيق بين المعلومات الحسية، الأفكار، المشاعر، الأفعال.

وتصدى العلماء لفحص الشذوذ في تركيب الدماغ المكون لمنطقة معينة بالمخ هي النظام اللمبي - The limbic system. فداخل النظام اللمبي يوجد منطقة تسمى اللوزة - amygdala تساعد على تنظيم الأبعاد الاجتماعية والانفعالية للسلوك. ووجدت دراسة تكونت عيبتها من الأطفال ذوي إعاقة التوحد قصوراً أو تلفاً في اللوزة وعدم وجود تلف في منطقة أخرى من الدماغ.

وأجريت دراسات أخرى استكشاف وفحص الفروق في الموصلات العصبية (الرسائل الكيميائية للجهاز العصبي) بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم العاديين. فوجد على سبيل المثال، مستويات مرتفعة من الموصل العصبي المسمى بالسيروتونين - Serotonin لدى عدد من ذوي اضطراب التوحد، وهذه الموصلات العصبية مسئولة عن نقل النبضات العصبية للدماغ والجهاز العصبي، وأي خلل بها ربما يكون مسؤولاً عن تشويه الإحساسات المرافقة لإعاقة التوحد.

ولقد لاحظ بعض الباحثون في دراسة على الأطفال الأصغر وجود مستويات منخفضة من النشاط في المناطق الجدارية أو الجانبية وفي الجسم الحاسى - the corpus callosum.

وربما تساعد نتائج مثل هذه البحوث في تحديد ما إذا كان اضطراب التوحد يعكس مشكلة معينة في مناطق معينة من الدماغ أو في تحويل الإشارات العصبية من منطقة في الدماغ إلى الأخرى.

تفسير العلماء غموض التوحد

وفيما يلي عرض موجز لبعض النظريات المفسرة للتوحد.. والتي وردت في بعض المراجع:

أولاً: نظرية المنشأ النفسى (Psychogenic) للإصابة بالتوحد:

إن اكتشاف التوحد حديث عهد منذ ١٩٤٣م، ويعد، ليوكاير - كما ذكرنا سلفاً أول من وضع تصنيفاً للتوحد - حيث كان الاعتقاد السائد - قديماً بأن عدم دراية الأبوين وإهمالهم وعدم العناية بتربية الأبناء، يعد من الأسباب الرئيسية للإصابة بالتوحد ومن المؤيدين لهذا التفسير، برونو بيتلهاهيم - Bruno Bettelheim، حيث كان يقوم بنقل الأطفال التوحدين للعيش مع عائلات بديلة كأسلوب لعلاج الإصابة بالتوحد، وقد كان ذلك يبعث على الارتياح عند آباء وأمهات أبناءهم مصابين بالتوحد.

والواقع أن هذه النظرية استبدلت بالنظريات البيولوجية القائمة على وجود خلل في بعض أجزاء المخ نتيجة العوامل البيولوجية (مثل الجينات، صعوبات فترة الحمل والولادة، أو الالتهابات الفيروسية).

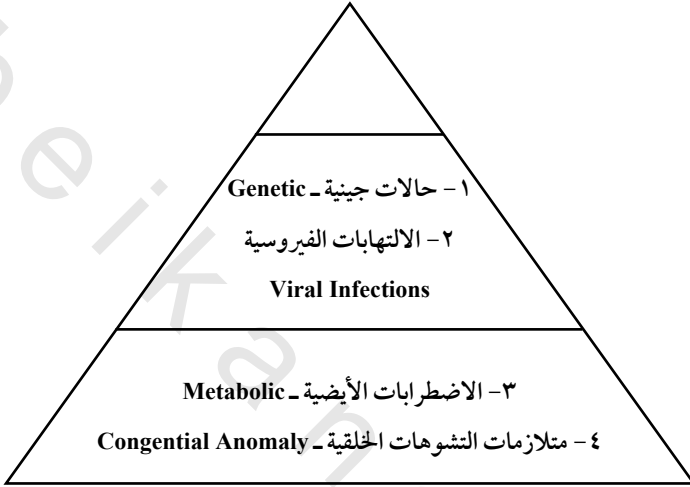
ثانياً: النظرية البيولوجية - Biological للإصابة بالتوحد:

تكون الإصابة بالتوحد في الغالب، مصحوبة بأعراض عصبية، أو إعاقة عقلية أو مشكلات صحية محددة مثل الصرع، ويصعب تحديد العوامل الاجتماعية للإصابة بالتوحد.

- ومن حيث الإعاقات المصاحبة للتوحد، فهي الضعف العقلي، الصرع، أعراض عصبية، صعوبات ومشكلات أثناء الحمل والولادة.

١- الحالات الطبية وراء الإصابة بالتوحد:

وهي الحالات التي تحدث تلفاً في الجهاز العصبي وتمثل هذه الحالات في التالي:



أ- حالات جينية - Genetic:

- خلل كروموسوم في موروث - Fragile/ Syndrome يؤدي إلى صعوبات في التعلم أو إعاقة عقلية.
- خلل كيميائي حيوي موروث - Pheny Ketonuria (pku) يؤدي إلى تكاثر عناصر ضارة في الدم تساهم في أحداث تلف في المخ.
- تشوة جيني موروث - Tuberous sclerosis يؤدي إلى ورم في المخ، والجهاز العصبي ويظهر على أجزاء من الجلد.
- عوق جيني موروث - Neurofibromatosis، ينتج عنه إصابة الجلد بعلامات تشبه حبات القهوة، وخلل في الأعصاب.

ب - الالتهابات الفيروسية - Viral infections :

- الحصبة الألمانية - Congenital rubeila وهو الالتهاب الذى يصيب الجنين داخل رحم الأم.
- التهاب دماغى فيروسى - Herpes encephalitis يتلف مناطق الدماغ المسئولة عن الذاكرة.

ج - الاضطرابات الأيضية - Metabolic :

- خلل فى الإنزيمات - Abnormalities of purine Metabolism يؤدي إلى إعاقات فى النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية توحدية، خلل فى قدرة الجسم على تمثيل وامتصاص العناصر النشوية الموجودة فى الطعام .Abnormalities of Carbohydrate Metabolism

د - متلازمات التشوهات الخلقية - Congenital anomaly Syndromes :

- تشوهات خلقية غير طبيعية للوجه وصغر اليدين والرجلين مصحوبة بضعف عقلى وأحياناً صرع.
- تشوهات جسمية متعددة فى القلب والصدر ومصحوبة بضعف عقلى.
- تأخر النمو وصغر حجم الرأس وغزارة شعر الجسم وليونة المفاصل ومصحوبة بضعف عقلى.
- خلل فى الأعصاب الدقيقة المسئولة عن عضلات العين، ومجموعة عضلات الوجه، تؤدي إلى شلل بعض عضلات الوجه.
- نوع من أنواع العمى يؤدي إلى كف البصر.

٢- الأسباب الجينية للإصابة بالتوحد

الجين الوراثي - الإصابة بالتوحد بين التوائم - Twins

أ- الجيني الوراثي:

يتبين أن ٢-٣٪ من أخوة وأخوات الطفل المصاب بالتوحد يصابون بالتوحد أيضًا.

ب- الإصابة بالتوحد بين التوائم - Twins:

- التوائم المتطابقة - Identical التي تتكون من بويضة واحدة، هناك تطابق جيني بينهما.

- التوائم المختلفة - Unidentical التي تتولد من بويضتين مختلفتين، يكون التطابق الجيني مختلفاً إذ يشترك التوائم في نصف الجينات فقط وتكون نسبة الإصابة بالتوحد عالية بين التوائم المتطابقة، وفي هذا ما يؤكد نسبة الإصابة بالتوحد عالية بين التوائم المتطابقة، وفي هذا ما يؤكد أن الأساليب الجينية تقف وراء الإصابة بالتوحد، ليست أمراً مؤكداً.

ج- صعوبات الحمل - Pregnancy والولادة - Delivery والعلاقة بالإصابة بالتوحد:

هناك بعض العوامل التي تدل على وجود علاقة بين الحمل والولادة وإصابة الطفل بالتوحد - من هذه العوامل ما يأتي:

- أن يكون عمر الأم أكثر من ٣٥ عامًا عند ولادة الطفل.
- ترتيب الطفل: احتمال إصابة الطفل الأول، أو الرابع أو ما بعد الرابع أكثر من غيرهم عند الإنجاب.

- تعاطى الأم الأدوية خلال فترة الحمل.
- وجود براز من الطفل في سوائل الولادة أثناء عملية الولادة.
- حدوث نزيف للأم بين الشهر الرابع والثامن من فترة الحمل.
- عدم وجود تطابق في عامل الرايزس - Rhesus في الدم بين الأم والطفل.
- د- الالتهابات وعلاقته بالإصابة بالتوحد:

تلحق الالتهابات تلف بالمش أثناء الحمل أو مرحلة الطفولة مما يسبب الإصابة بالتوحد في الكروموسوم ٢ والكروموسوم ١٧ ربما تحتضن الجين الذى يجعل الأفراد أكثر قابلية للإصابة بالتوحد، وأكدت بعض الدراسات بأن منطقة الكروموسوم ١٦/٧ لها دور في التحديد عما إذا كان الطفل سيصاب بالتوحد.

ثالثاً: النظرية الصينية عن التوحد:

لقد عرف الصينيون إعاقة التوحد وقاموا وما يزالون بمعالجة التوحد عن طريق تحسين الجهاز الهضمي والمناعي للمصابين بالتوحد، والذي كانت نتائجه تحسن أعراض التوحد والسلوكيات الشاذة المصاحبة له، وقد افترض الباحثون في مجال التوحد أن مسببات التوحد ربما تكون بعد الولادة أثناء فترة الحمل وبمقارنة المصطلحات الطبية الصينية بعلم التشريح في الطب الغربى الحديث نجد أن هناك اختلافات واضحة في تفسير التوحد.

نظرة تاريخية لتطور دراسة إعاقة التوحد:

يشير عبد الرحمن سليمان (٢٠١١م) إلى أن دراسة التاريخ التطورى لإعاقة التوحد يعطينا فهماً أكثر شمولية لبداية ظهور الإعاقة واكتشافها، والمراحل التى مرت بها خصائص كل مرحلة، وكذلك ما توصلت إليه البحوث والدراسات فى محاولاتها للإلمام بكافة جوانب الإعاقة.

يرجع اكتشاف هذا النوع من الإعاقة إلى عام (١٩٤٣م) حيث وصف

(ليوكانر) Leokanner مجموعة من الأطفال وعددهم إحدى عشر طفلاً بأنهم لم يرتقوا بصورة سوية في علاقتهم بالآخرين حيث كانت قدرتهم اللغوية محدودة للغاية ولديهم ميل لتكرار السلوك نفسه مرات عديدة، وكان هؤلاء الأطفال مشخصين على أنهم حالات تخلف عقلي.

وكتب (كانر) مقالاً حول هؤلاء الأطفال ووصفهم فيه أنهم حالات توحد طفولي مبكر - Infantile autism وليست حالات تخلف عقلي كما كانوا مشخصين من قبل.

وفي عام (١٩٤٤م) كتب (إسبرجر) Asperger مقالاً آخر بعنوان إعاقة الذاتية لدى الأطفال.

وبالرغم من أن هاتان المقالتان لاقتا بعض النقد في ذلك الوقت إلا أن سرعان ما ظهرت بعض النتائج المؤيدة سواء داخل الولايات المتحدة أو خارجها، ففي الولايات المتحدة وتحديدًا في عام (١٩٥١م) قامت (دسبرت) Dsbert بإجراء بعض الدراسات على الأطفال التوحدين، إيزنبرج (١٩٥٦م) Eisenbrg ماهلر (١٩٥٢م) Mahler ورانك (١٩٥٢م) Wrack، وييل (١٩٥٣م) Weil وغيرهم، كذلك في كندا على يد كابون (١٩٥٣م) Capon، وفي إنجلترا على يد كريك (١٩٥١م) Creak، وفرنسا على يد كيلفين وريملاند (١٩٦٤م) Kevelen, rimland ثم توالى الأبحاث والدراسات في محاولات عديدة لتصدي لجميع جوانب الظاهرة وخاصة الجانب الشخصي.

- وقد استعرض ماجد السيد عمارة (٢٠٠٥م) تاريخ اضطراب التوحدية من زاوية المراحل التي مرت بها الدراسات التي تناولته على النحو التالي:

- المرحلة الأولى:

يمكن أن يطلق عليها مرحلة الدراسات الوصفية الأولى، وهي تلك

الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين أواسط الخمسينات من هذا القرن وكان الهدف الذي تسعى إلى الوصول إليه هو أن يتضح من خلال التقارير وصف سلوك الأطفال التوحدين، وأثر هذا الاضطراب على السلوك بصفة عامة، حيث اهتمت تلك الدراسات بالأطفال ذوى ذهان الطفولة المبكرة، حيث كانت تشخص إعاقه التوحد على أنها إحدى ذهانات الطفولة، بالإضافة إلى الأنماط الأخرى من اضطرابات الطفولة، وقد أسفر تحليل النتائج لهذه الدراسات التي اشتملت على الكثير من بين المجموعات أو افراد المجموعات الموصوفة في هذه الدراسات سواء بالنسبة للعمر الزمني أو المستوى العقلي أو أساليب التشخيص أو تفسير الأسباب قد أدى إلى الحصول على القليل من الاستنتاجات والاستخلاصات التي يمكن أن توضع في الاعتبار عند دراسة هذا الاضطراب على المدى الطويل.

ومن الأسماء التي ساهمت في هذه المرحلة المبكرة بجهودها سواء في القيام بالدراسات أو كتابة التقارير ليون إيزنبرج (١٩٥٦م) Leon eisenberg، ليوكانر (١٩٥٣م) Leo kanner، هانز إسبرجر (١٩٥٣م) Hans asperger.

• المرحلة الثانية:

وكانت امتدادًا واستمرارًا للمرحلة الأولى، وفي هذا التقرير أكد أحد الباحثين هو فيكتور لوتر (١٩٧٨م) Victor Lotter أن الدراسات التي أجريت في هذه المرحلة وكانت منذ أواخر الخمسينات إلى أواخر السبعينات لا تزال في طور التقارير المبديّة للآثار الناجمة عن التوحد، كما أنها لا تزال تركز على التطورات المحتملة والقدرات والمهارات لدى الأطفال التوحدين نتيجة للتدريب، ولذا يمكن وصف هذه الدراسات بأنها دراسات قصصية بشكل كبير، كما أنها غير

منتظمة ولا تعطى صورة واضحة يمكن الاستفادة منها بشكل علمي إلا أن دراسات هذه المرحلة الثانية تعد أدق من مثيلاتها. في المرحلة الأولى، ومن بين الأسماء التي شاركت في دراسات هذه المرحلة مايكل روتر (Michael rutter، ميلتر وآخرون (Mittler et al (١٩٦٦م).

• المرحلة الثالثة:

ويشار إليها في أدبيات البحث النفسي في مجال إعاقة التوحد بأنها شهدت تياراً ثابتاً من التقارير المتابعة والكثيرة في مجال دراسات موضوع التوحد. إلا أن أغلب هذه البحوث والدراسات قد ركز أكثر على الأفراد التوحدين من ذوى الأداء العالى أو ذوى المستويات العالية في القدرات العقلية.

كما أن هذه الفترة استغرقت من الثمانينات وبداية التسعينات.

ومن الأسماء التي برزت في هذه المرحلة شينج ولى (Chung, Lee (١٩٩٠م، جليبرج ستيفن برج (Gillberg, steffen berg، كوباياشى وآخرون (Kobayashi et al (١٩٩٢م) ولا تزال الجهود مستمرة حتى الآن في محاولات للكشف عن الغموض الذى يحيط ببعض جوانب هذه الإعاقة.

ومما لا شك فيه أن الانتقال من المرحلة الوصفية لإعاقة التوحد والتى تركز على وصف سلوك الأطفال التوحدين وأثر هذه الإعاقة على سلوكهم، إلى المرحلة القصصية حيث التركيز على الآثار الناجمة عن التوحد والتطورات المحتملة في قدرات الأطفال التوحدين نتيجة للتدريب، ثم إلى مرحلة التركيز على فئة من الأطفال التوحدين وهم الأطفال ذوى الأداء العالى، ويعطى الأمل في التقدم في البحث والدراسة لشمول إعاقة التوحد من كافة جوانبها المختلفة ولكافة فئات الأطفال التوحدين.

انتشار مرض التوحد

يزداد معدل تشخيص مرض التوحد بشكل عام في المجتمعات حسب الدراسات المنشورة مع مرور الوقت.. وهنا نتساءل:

• هل مرض التوحد في زيادة؟

يجب التفريق بين مرض التوحد وطيف التوحد حيث يتم تداولهم في المراجع الطبية على أن متلازمة إسبرجر وغيرها.

هناك تباين في نسبة الانتشار بين دول العالم وذلك يعود لعدة عوامل مثل أسس التشخيص ودقة التبليغ عن الحالات.

وفي السبعينات من القرن الماضي كانت الإحصائيات تدور حول الرقم ١ إلى ٢ لكل ٣٠٠٠ نسمة. وفي الثمانينات اعتمد الرقم من ١ إلى ١٠٠٠ وفي بعض البلدان ٢ إلى ١٠٠٠.

نسبة انتشار مرض التوحد في بعض البلدان المختلفة (دليل صحة الطفل
:www.updatejo.com)

• الصين:

دراسة في هونج كونج نشرت عام ٢٠٠٨م وكانت نسبة انتشار التوحد ١.٦٨ لكل ١٠٠٠ من الأطفال تحت عمر ١٥ سنة وهذه النسبة قريبة من النسبة الموجودة في استراليا.

• الدنمارك:

ذكرت دراسة نشرت في عام ٢٠٠٣م أن هناك ارتفاع في نسبة انتشار التوحد من عام ١٩٩٠م وواصلت النمو بالرغم من سحب مادة الثيوميرسال من

الأطعمة المشتبه بها كسبب لمرض التوحد منذ عام ١٩٩٢م فكانت النسبة ٥ إلى ١٠٠٠٠ طفل وفي عام ٢٠٠٠م كانت النتيجة ٤,٥ حالة لكل ١٠٠٠٠ طفل.

• اليابان:

يوجد تقرير نشر عام ٢٠٠٥م من خلال دراسة على مناطق من يوكوهاما تعداد السكان ٣٠٠٠٠٠٠ نسمة وكانت نسبة التوحد في الأطفال تحت ٧ سنوات على النحو التالي:

٤٨ حالة لكل ١٠٠٠٠ طفل عام ١٩٨٩م.

٩٦ حالة لكل ١٠٠٠٠ طفل عام ١٩٩٠م.

٩٧ حالة لكل ١٠٠٠٠ طفل عام ١٩٩٣م.

١٦١ حالة لكل ١٠٠٠٠ طفل عام ١٩٩٤م.

وهذا يؤكد أن نسبة التوحد في ازدياد.

• المملكة المتحدة:

هناك دراسة نشرت عام ٢٠٠٤م تقول إن نسبة انتشار طيف التوحد من عام ١٩٨٨م حتى عام ٢٠٠١م كانت على التوالي من ١١,٠ إلى ٨٩,٢.

• الولايات المتحدة:

ففي عام ١٩٩٦م تم تشخيص ٢١,٦٦٩ حالة مرض توحد بين الأطفال من عمر ٦ إلى ١١ سنة وفي عام ٢٠٠٥م تم التشخيص ١١٠,٥٢٩ حالة مرض التوحد بين الأطفال من عمر ٦ إلى ١١ سنة.

وفي عام ٢٠٠١م تم تشخيص ٦٤,٥٢٩ حالة مرض توحد بين الأطفال من عمر ٦ إلى ١١ سنة.

- وقد عرضت سهام عبد الغفار (١٩٩٩م) نسبة انتشار الذاتوية على

النحو التالي:

يحدد نسبة انتشار الأوتيزم طبقاً لمعايير التشخيص التى تتبناها المجتمعات المختلفة ففى دراسات لوتر (١٩٨٦م) Lutter، ولور سكوبلر (١٩٨٧ - ١٩٨٩م) التى اعتمدت فى تشخيص حالات الأوتيزم على معايير (DSM) كانت النسبة للإصابة بالأوتيزم حوالى (٥,٢) حالات لكل ١٠٠٠٠ ولادة حية ونسبة الإصابة فى الذكور أكثر من الإناث بمعدل (٣ أو ٤ مرات إلى ١) والسبب فى الإصابة غير معروف بدقة.

• أما دراسات كانر (١٩٧٣م) Kanner التى بدأت فى الأربعينيات وحتى أوائل السبعينيات فى تشخيصها لحالات الأوتيزم على المعايير التى وضعها لهذا الغرض فقد أوضحت أن نسبة الإصابة بإعاقة الأوتيزم فى أمريكا غالباً تكون بنسبة (٤-٥) حالات فى كل ١٠٠٠٠ ولادة حية فى الأعمار أقل من (١٥) سنة وتظهر فى الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٤-١) وأن البنات الأوتسيك يملن إلى أن يكن أشد اضطراباً ويشير تاريخهن الأسرى إلى كثرة انتشار الخلل المعرفى عن الذكور.

وقد كان يعتقد أن الأوتيزم أكثر شيوعاً فى الطبقات الاجتماعية الراقية ولكن ثبت عدم صحة هذه المقولة وأن الإصابة لا علاقة لها بالموضوع الاقتصادى أو الأصل العنصرى أو العرق السلالى.

وأشارت إحدى دراسات (جيلبرج ١٩٩٠م) Gillbevغ إن نسبة الإصابة بالأوتيزم فى المرحلة العمرية من (٥-٧) سنوات تقدر بنسبة ١٢,٤ لكل ١٠٠٠٠، بينما كانت نتائج دراسة أخرى لجيلبرج تعبر عن نسبة انتشار بمعدل ١١,٦ لكل ١٠٠٠٠ فى نفس المرحلة العمرية من (٤-١٤) سنة فى حين أن (جوتنبرج) وجد أن نسبة الانتشار تقدر بحوالى ٨,١ لكل ١٠٠٠٠ فى المرحلة العمرية نفسها والمنطقة نفسها التى أجريت فيها دراسة جيلبرج وتشمل الهند، الصين، نيجريا، سيرلانكا والتى تم التشخيص فيها بناء على معايير كانر.

فى حىن كانت نسبة انتشار الإصابة بالأوتيزم فى جنوب اليابان بمعدل ١٣,٦ لكل ١٠٠٠٠ طفل.

أما الدراسات المسحية التى تم إجرائها فى إنجلترا (Dianne, 1992) فقد أظهرت نتائج مختلفة بعض الشيء عن التى أظهرت فى أمريكا أو شرق آسيا فكانت نسبة الانتشار تتراوح بين (٢٠-٣٠) حالة لكل ١٠٠٠٠ .

وفى دراسة أخرى قام بها كامبرول لتشخيص حالات الأوتيزم حوالى (٢١) حالة لكل ١٠٠٠٠ طفل.

وكان من نتائج دراسات جلينبرج (١٩٩٠م) وآخرون التى يتم إجرائها فى السويد ومناطق بوهسلان الريفية أن نسبة انتشار الإصابة بالأوتيزم أو ما يسمى بشبه الأوتيزم تقدر بحوالى ٦,٦ حالة لكل ١٠٠٠٠ طفل.

وفى دراسة سويدية أخرى (جيلبرج) وجد أن عرض إسبرجر تنتشر بمعدل (٣-٥) مرات أكثر من ظهور أعراض الأوتيزم التى تقدر بحوالى ٢,٦ على الأقل لكل ١٠٠٠٠ طفل.

- ويمكن أن نستخلص من هذا أن هناك شبه اتفاق بين نتائج معظم الدراسات على أن معدل انتشار الإصابة بالأوتيزم يتراوح بين (٤-٥) حالات فى كل عشرة آلاف وأن هذه النسبة تظهر فى الذكور أكثر من الإناث بمعدل (٤-١) وأما الاختلاف البسيط فى النتائج فيرجع إلى التباين الواضح فى المحكات المحددة لتشخيص الإعاقة وعدم وجود أدوات تشخيصية تعتمد على التقدير الموضوعى ولا شك أن التوسع فى تشخيص حالات الأوتيزم له تأثيره على نتائج عمليات المسح المستخدمة فى قياس حجم المشكلة فى مجتمع معين ومن هنا تختلف نتائج هذه المسوح.

أما عن نسبة انتشار الأوتيزم في مصر فقد ذكر عثمان فراج (١٩٩٦م) أن هذه الإعاقة يعاني منها ما بين (١٠٠-٢٠٠) ألف طفل.

ونحن في مجتمعنا العربي بصفة عامة وفي مصر بصفة خاصة في أمس الحاجة إلى كثير من الإحصاءات والدراسات المسحية التي توفر لنا معلومات أساسية تفيد في وضع إستراتيجيات العمل والرعاية والتأهيل لهذه الفئة من الأطفال.

وهناك حقائق جديدة ذكرها مركز يوتاها للتدخل الطبى الحيوى في أمريكا نقلاً عن Center of CDC Disease Dontrol.

إن ارتفاع نسبة التوحد وصل إلى ١١٪ في السنة مقارنة بالاضطرابات الأخرى مثل التخلف العقلى ارتفع بنسبة ١٧.٥٪، الصرع ارتفع بنسبة ١٢.٦٪، والشلل الرعاش بنسبة ١٢.٤٪ إذاً الأعداد في ازدياد مستمر سواء كان في الخارج أو في بلادنا العربية ولكن للأسف لا يوجد احصائيات رسمية لدينا إلى الآن.

وقد تم إصدار تقرير جديد بتاريخ ٢٩ أكتوبر ٢٠٠٧م من الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال بهدف إلى تنبيه الأطباء باكتشاف العلامات المبكرة لدى الطفل والتي قد تؤدى إلى التشخيص المبكر... حيث أن عادة تأخر اللغة من عمر ١٨ شهر يثير الشكوك لدى أطباء الأطفال... ولكن قد يكون هناك علامات قبل ذلك العمر مثل عدم الانتباه لمناداة اسمه/ لا يلتفت عندما يشير أحد الوالدين بأصبعه إلى شىء ما ويقول انظر... ولا أيضاً يشير هو بأصبعه ليظهر اهتمامه بشىء ما/ أيضاً عدم وجود مناغاة / الابتسامة المتأخرة / عدم النظر إلى العين.

خصائص وسمات الأطفال التوحديين

إن الوصف العام لسمات وخصائص الطفل التوحدي ومكوناتها لا تجعله مختلفاً اختلافاً جوهرياً عن سمات الطفل العادي وغير أنه يمكن القول بأن القصور في اللغة من أهم العوامل المميزة لسلوكه عن الطفل العادي. ويمكن الإشارة أيضاً إلى جانب خصائص سلوكية، حركية، عقلية، معرفية، ولغوية، واجتماعية، وذلك على النحو التالي:

١- الخصائص السلوكية:

الطفل التوحدي سلوكه محدود، وضيق المدى، كما أنه يظهر في سلوكه نوبات انفعالية حادة، وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات، ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين.

ومعظم سلوكيات الطفل التوحدي تبدو بسيطة من قبيل تكوير قطعة من اللبان بيديه، أو تدوير قلم بين أصبعه، أو تكرار فك وربط رباط حذائه وهذا قد يجعل الملاحظ لسلوك الطفل التوحدي يراه وكأنه مقهور على أدائه، أو كأن هناك نزعة قسرية لتحقيق التشابه في كل شيء حيث أن التغيير في أية صورة من صوره يؤدي إلى استشارة مشاعر مؤلمة لديه. كما أن شيوع السلوك غير اللفظي لدى بعض الأطفال التوحديين قد يكون مرجعه إلى أساليب السلوك التي يتدخل بها الآباء مع الأبناء.

ويرى (روث سوليفان Sullivan. R. 1988). أنه من الممكن في الوقت الحالي أن نقدم وصفاً سلوكياً فقط لحالات التوحد.

وأن الملامح الرئيسية للتوحد يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

• الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للناس الآخرين الذى ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم.

• الاحتفاظ بروتين معين.

وهذه الملامح تبقى طول حياة الأفراد ولكن غالباً، مع تنظيم برامج تدريبية وتعليمية معينة معدة إعداداً جيداً، تصبح هذه الملامح أقل شدة، ويؤكد الكثير من العلماء أنه لا يمكن علاج أعراض التوحد أبداً، ويجب أن يتضمن الفحص الأعراض بتاريخ حياة الفرد المصاب بهذا الاضطراب.

• ويضيف (سوليفان) أن الأفراد التوحدين يتميزون بمجموعة من السلوكيات تشمل بعض أو كل السلوكيات الآتية - وهذه السلوكيات تختلف من فرد لآخر من حيث الشدة وأسلوب التصرف.. ومن هذه السلوكيات ما يلي:

١ - قصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين.

٢ - قصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام. وبعض الأطفال التوحدين يهمسون عندما يريدون الكلام والبعض يتكلم بشكل رجعى (اجترارى) أو بنغمة ثابتة دون تغيير، وبعضهم لا يستطيع إكمال حديث أو كلامه على الإطلاق.

٣ - حزن شديد لا يمكن إدراك سببه لأى تغيرات بسيطة فى البيئة.

٤ - التأخر (التخلف) فى قدرات ومجالات معينة، وأحياناً يصاحب التوحد مهارات عادية، أو فائقة فى بعض القدرات الأخرى مثل الرياضيات أو الموسيقى أو المذاكرة.

٥ - الاستخدام غير المناسب للعب والأشياء، واللعب بشكل متكرر وغير معتاد.

٦- صرع في العادة عند البلوغ.

٧- من الممكن أن يصبح لدى بعضهم سلوك إيذاء الذات، وأحياناً بدرجة شديدة وقد قدرت نسبة هؤلاء حوالي ١٠٪ - ٦٥٪ من هؤلاء الأطفال لا يستخدمون اليد اليمنى.

ويرى (شاكر قنديل ٢٠٠٠م، محمد أحمد الخطاب ٢٠٠٩م):

أن أى قصور حاد في أداء الطفل عموماً يؤدي إلى عجز في عمليات نمو الشخصية، فالمستوى المتدنى في الأداء والسلوك يحول دون اتساع أفق الشخصية، أو حدوث شيء في خبرات الطفل، وهذا بدوره يجعل سلوك الطفل (التوحدى) عاجزاً عن التأثير في بيئته، ولا يسمح لسلوكه بأن يؤدي دوراً تحكيمياً (مؤثراً في البيئة، وتكون المحصلة أن ذلك كله يحول دون تحقيق تعزيز لسلوكيات جديدة.

٢- الخصائص الحركية:

ذكر كل من شاكر قنديل (٢٠٠٠م)، حسن مصطفى (٢٠٠١م)، محمد أحمد خطاب (٢٠٠٩م):

يصل الطفل التوحدى إلى مستوى من النمو الحركى يكاد يمثل الطفل العادى من سنه نفسه مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو، إلا أن هناك بعض جوانب النمو الحركى تبدو غير عادية.

فالأطفال التوحديين لهم مثلاً طريقة خاصة في الوقوف فهم في معظم الأحيان يقفون ورءوسهم منحنية كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم، كما أن أذرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع، وعندما يتحركوا فإن الكثير من لا يحرك ذراعية إلى جانبه، وفي معظم الأحيان فإن الأطفال التوحديين يكررون حركات معينة مرات ومرات، فهم مثلاً يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو إلى

الخلف بشكل متكرر، وفي بعض الأحيان يحركون أيديهم وأقدامهم فى شكل حركة الطائر، وتلك السلوكيات المتكررة ترتبط بأوقات يكونون فيها مبهجين، أو مستغرقين فى بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدرًا للنور يضاء ويطفأ.

وفى أوقات أخرى يبدو الأطفال التوحدين فى موقف استشارة ذاتية لأنفسهم، فهم مثلاً يحاولون وضع أيديهم حول أو أمام أعينهم ويدورون حول أنفسهم لفترات طويلة دون أن يبدو عليهم شعور بالدوار، بل إن الفئات شديدة الإعاقة منهم قد يصل بهم الأمر إلى إيذاء نفسه، وذلك يمثل الاستشارة الذاتية لديهم.

ويعد فرط الحركة - Hyperkinesis مشكلة حركية شائعة لدى الأطفال التوحدين، حيث أن نقص الحركة - Hypokinesis أقل تكرار وعندما تظهر فإنها غالباً ما تتبدل إلى فرط النشاط، النشاط الزائد، وتلاحظ العدوانية ونوبات الغضب، وغالباً ما تكون بدون أى سبب ظاهر أو فوري، وذلك بسبب التغير أو المطالب، ويتضمن سلوك إيذاء الذات (خبط الرأس، العض، الخدش، شد الشعر).

وبالإضافة إلى ذلك يوجد قصور فى مدى الانتباه، وانعدام القدرة الكاملة للتركيز، أرق، مشكلات الطعام والتغذية، وتكون اضطرابات الإخراج شائعة بين الأطفال التوحدين.

٣- الخصائص البدنية:

أكد (فرايم وآخرون 1987، Frame, et al، محمد أحمد خطاب ٢٠٠٩م). أنه غالباً ما يكون المظهر العام مقبولاً إن لم يكن جذاباً، مع ملاحظة أنهم من حيث طول القامة وخاصة فى المرحلة من عمر سنتين إلى ٧ سنوات يكونون أقصر طولاً من أقرانهم المساويين لهم فى العمر وغير المصابين بالتوحد، ومن حيث

الثبات على استخدام يد معينة بحيث يترددون أو يتبادلون استعمال اليد اليمنى مع اليسرى، مما يدل على اضطراب وظيفي بين استعمال اليد اليمنى واليسرى، كذلك نجد اختلافاً عن الطبيعي من حيث الخصائص وبصمات الأصابع Finger Prints التى تنتشر بين الأطفال التوحدين أكثر منها بين بقية أفراد المجتمع مما يشير إلى خلل أو اضطراب في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم - Opmnt neuroectodermal devel ويتعرض أطفال التوحد من طفولتهم المبكرة لأمراض الجزء العلوى من الجهاز التنفسى وحالات الربو والحساسية ونوبات ضيق التنفس والسعال، كما يعانون من اضطرابات معوية وحالات الإمساك أو شلل في حركة الأمعاء أكثر من حدوثها بين أطفال المجتمع، كما يختلفون عن الطفل السليم في تجاوبه مع تلك الأمراض وانعكاسات تأثيرها عليهم ففى الكثير من حالات التوحد قد لا ترتفع درجة حرارة الجسم للطفل التوحدى المصاب بالحمى أو مرض معدى ويرتفع درجة حرارة الطفل السليم، والبعض لا يشكو مما يعانیه من الأم بل لا يعبر عن ألمه بالكلام أو بتعابير الوجه أو حركة الجسم المتوجع.

ومن هذا فإن سلوكيات الطفل المتوحد تكون أكثر رقة وهذوءاً وتحسناً أثناء حالات المرض والألم، مما يستدل منه الأبوان أو المدرس على أن الطفل يعانى مرضاً أو توجعاً أو ألماً.

٤- الخصائص العقلية، المعرفية:

يرى حسن مصطفى (٢٠٠١م)، محمد أحمد خطاب (٢٠٠٩م):

أنه يغلب على بعض الأطفال التوحدين انتقائية الانتباه فيما يتعلق بأحداث البيئة التى يعيشون فيها، كما أن حواس الطفل التوحدى ليست متميزة مثل حواس الطفل العادى، قد يغطى عينيه حين يسمع صوتاً لا يحب أن يسمعه كما

أنه يستجيب لخبراته الحسية بطريقة شاذة وغريبة، فهو في بعض الأحيان يتصرف كما لو كان ليس له خبرة بالأصوات والأشكال والروائح التي تحيط به بل وكأنه لا يشعر بالأشياء التي يلمسها، فقد لا يستجيب لصوت مرتفع، كما قد يبدى تجاهلاً كاملاً لشخص يعرفه جيداً من قبل.

وأيضاً قد لا يبدى مبالاة للألم أو البرد، بينما في أوقات أخرى قد تبدو حواسه سليمة لدرجة أنه يشعر بخشخشة في الأوراق، وقد يحملق بشكل مقصود إلى مصدر الضوء، أو إلى مصباح مضاء، أو يقوم ببرم جزء من ورق مكرراً ذلك عدة مرات، أو سطح نضدة.

كما أن حوالي ٤٠٪ من الأطفال المصابين بالتوحدية الطفلية نسب ذكائهم أدنى من ٥٠-٥٥ (تخلف عقلي متوسط شديد أو عميق)، ٣٠٪ نسبة ذكائه ٧٠ أو أكثر، وتظهر الدراسات الإكلينيكية والوبائية أن الخطورة بالنسبة لاضطراب التوحدية يزداد بتناقص نسب الذكاء وحوالي (٥-١) خمس الأطفال التوحدين لديهم ذكاء غير لفظي عادى إذا تميل درجات أو معاملات الذكاء لدى الأطفال التوحدين إلى أن تعكس مشكلات في مهارات التسلسل اللفظي - Verbal sequencing أكثر من المهارات البصرية المكانية - Visiospatial (التصور المكاني) أو مهارات الاستظهار من الذاكرة Memory rote وهذه النتائج تؤكد أهمية الخلل المرتبط بالوظائف اللغوية.

ويرى (روتر ١٩٨٣م) أن العديد من الدراسات التي تجمع على أن كثيراً من الأطفال التوحدين لديهم قصوراً معرفياً يصعب تفسيره في ضوء ما أطلق عليه (كانر) سلوك العزلة الاجتماعية باعتبارها السبب لدى جميع الأطفال التوحدين لأن يكونوا معوقين عقلياً، بينما الواقع ليس كذلك، ولذلك يرى (روتر) أن نسب ذكاء الأطفال التوحدين تعتبر ثابتة بشكل مناسب، وأنها ترتبط مع تحصيلهم

الدراسى بشكل معقول، كما يذكر أنه حين أصبح هؤلاء الأطفال أكثر اجتماعية سواء نتيجة لاستخدام بعض أساليب التدخل، أو أى شكل آخر، فإن نسب ذكائهم لا يطرأ عليها تغيير ملحوظ، ويذكر (روتر) أن هناك تفسيرين محتملين للأداء المنخفض على اختبارات الذكاء بالنسبة هؤلاء الأطفال.

أن أداء الطفل التوحدى يكون عادة محكوماً بطبيعة موقف الاختبار، وليس بصعوبة المهمة المطلوبة منه.

٥- الخصائص الاجتماعية:

ذكر (كل من شاكر قنديل (٢٠٠٠م)، حسن مصطفى (٢٠٠١م)، محمد أحمد خطاب (٢٠٠٩م):

أنه من الخصائص الاجتماعية المتداولة عن الطفل التوحدى كما نشر الباحثون هى الانسحاب من المواقف الاجتماعية، وأمام خاصية الانسحاب هذه يرى بعض الباحثين أن هذا أمر لا ينطبق على جميع الحالات.

حيث أن الأطفال التوحدين الأكثر قدرة قد يقتربون من الأشخاص المألوفين لديهم، وقد يجوبون الألعاب التى تتطلب اتصالاً بدنياً، بل أن بعضهم قد يجلس فى حجر شخص مألوف لديه ويستمتع بمعارفته واحتضانه، أم الأطفال الأقل قدرة فقد يعانون قلقاً حاداً إذا غاب عن حياتهم شخص كبير مألوف لديهم.

وفى المقابل من وجهة النظر هذه ترى أن الباحثين الذين قارنوا بين علاقات الطفل التوحدى مع الآخرين وعلاقات الطفل العادى وجدوا أن هناك اختلافاً كبيراً بين نوعى العلاقتين، فالطفل التوحدى لا يظهر أدنى قدرة من الاهتمام بوجود الآخرين، كما أنه لا ينظر أبداً فى وجه أحد، ودليلهم على ذلك أحياناً أننا نجد أن الطفل التوحدى قد يقترب من شخص بالغ ويبد وكأنه يريد أن يعانقه،

ومن ثم قد يقترب منه، بل ويجلس في حجره، ولكنه يشيح بوجهه بعيداً فهو لا يتجه إلى الآخر، ولا ينظر إليه مباشرة مثل الطفل العادى.

كما أن كل الأطفال التوحدين يفشلون في إظهار علاقات عادية مع والديهم ومع الناس الآخرين - فهو في الطفولة يوجد لديهم نقص كبير فيما يتعلق بالابتماسة الاجتماعية، والنمو الاجتماعى للأطفال التوحدين يتميز بنقص (إن لم يكن دائماً غياباً كلياً) لسلوك التعلق الطفلى وفشل مبكر في الارتباط النوعى بشخص ما... والأطفال التوحدين غالباً ما لا يبدو التعرف أو التميز لمعظم الناس المهمين في حياته، كالآباء والأخوة والمعلمين، ويمكن أن يظهروا انعداماً من قلق الانفصال عند تركه في بيئة غير مألوفة مع أشخاص غرباء.. وعندما يصل الأطفال التوحدين إلى سن المدرسة يقل انسجامهم بصورة عملية واضحة، يظهرون الفشل في اللعب مع الأقران، وفي أن يكون له أصدقاء، ويظهرون الفشل في نمو التعاطف - Empathy بصورة ملحوظة.

٦ - الخصائص الانفعالية:

أكدت زينب شقير (٢٠٠٢م)، محمد أحمد خطاب (٢٠٠٩م) أن هناك مجموعة من ردود الفعل الانفعالية لدى التوحدى، مثل نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية، وقد يشعر بالذعر من الأشياء غير الضارة أو مواقف معينة، ليس لديه القدرة على فهم مشاعر الأشخاص من حوله، فقد يضحك لوقوع شخص أمامه، وقد يتعرض لنوبات من البكاء والصراخ دون سبب واضح، أى أن هناك تقلب مزاجى لدى الطفل التوحدى، كما أن الطفل التوحدى قد لا يتسم ولا يضحك، وإذا ضحك لا يعبر ذلك عن المرح لديه والبعض لا يعانقه حتى أمه والبعض لا يظهر أى مظاهر انفعالية من الدهشة أو الحزن أو الفرح، مع

عدم الاستقرار الانفعالي في البيت أو المدرسة وقد يقلد الآخرين في بعض التعبيرات الانفعالية دون فهم أو تفاعل.

٧- خصائص أخرى مثل:

- مشكلة النوم حيث القلق والنوم المتقطع غير المتواصل.
 - مشكلة الأكل والشراب - الأكل بشراسة دون شعور بالشبع - تفضيل بعض الأطعمة وتكرارها وعدم تنوعها، شرب مشروبات معينة وبكأس أو كوب ثابت.
 - مشكلة السلامة، لا يعرف الخوف من الأشياء الخطرة، (كعبور الشوارع أثناء سير السيارات).
 - مشكلة التغيرات التي تحدث في بيته حيث لا يعبأ بها.
 - مشكلات إدراكية حيث الخلل في عملية التفكير والتعرف والإدراك والتقليد.
 - نقص القدرة على الاستجابة بسبب عدم الفهم.
 - مشكلة التعميم، فلا يستطيع نقل وتعميم ما تعلمه من بيئة إلى أخرى.
- ويتفق بعض العلماء أن خصائص الأطفال التوحدين ست خصائص - كما ذكرها عبد الرحمن سعيد سليمان (٢٠١١م) - وهي:

١- العجز الجسمي الظاهري:

فقد لا يتحرك شخص ما أمام الطفل بشكل مباشر، ويتسم له، ويتكلم معه، ومع ذلك فإنه يتصرف كما لو كان لم يكن هناك أحد، وقد لا يشعر أحد بأن الطفل يتجنب أفراد أسرته، بل ويتجاهله، لأنه يبدو لو أنه لا يشاهد أحدًا أو يسمع، وغالبًا ما تشك الأم في أن طفلها أصم أو كفيف.

٢- البرود العاطفى الشديد:

من الخصائص الأخرى التى تلاحظ بشكل متكرر على الطفل (التوحدى) عدم الاستجابة لمحاولة الحب أو العناق أو إظهار مشاعر العطف ويذهب الوالدان إلى أن طفلها لا يعرف أحدًا ولا يهتم بأن يكون وحيدًا أو فى صحبة الآخرين.

٣- الإثارة الذاتية:

من أكثر أنواع السلوك الملفتة للنظر لدى هؤلاء الأطفال تكرار الأفعال أو القيام بأعمال نمطية مثل سلوك الاهتزاز (هز الجسم إلى الأمام وإلى الخلف أثناء الجلوس، والدوران حول النفس، والتلويح بالذراعين، والهمهمة وترديد ثلاث أو أربعة كلمات، أو جمل معينة لفترة طويلة من الوقت).

٤- سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب:

مع أن الطفل قد لا يكون منشغلًا بأشياء يمكن أن تؤذيه، وذلك عندما تقابله لأول مرة، إلا أن الوالدين غالبًا يذكرون أن الطفل يعض نفسه فى بعض الأحيان بشدة لدرجة أنه ينزف معها دمه، وأنه قد يضرب وجهه بقبضة يده، أو قد يضرب رأسه ويصبح لونها أسودًا وأزرقًا.

وفى بعض الأحيان يوجه الطفل عدوانه نحو الآخرين فى الأسرة أو المدرسة وذلك على شكل عض أو خربشة أو رفس، وقد يقضى بعض هؤلاء الأطفال الليل مستيقظين يصدرون أصوات، وبعضهم يمزق الأوراق ويرمى بها من النافذة ويسكب الماء على الأرض... إلخ. وغالبًا ما يكون الوالدين عاجزين عن التعامل مع هذه الأنماط السلوكية.

٥- الكلام النمطى:

إن معظم هؤلاء الأطفال يتصفون بالبكم، فهم لا يتكلمون ولكنهم يهتمون

أو يطلقون أصواتاً بسيطة، وقد لا يكون كلام إعادة لكلام الأفراد الذين يتحدثون معهم، فعلى سبيل المثال، إذا واجهنا سؤالاً للطفل ما اسمك؟ فمن المرجح أن تكون إجابته ما اسمك؟ وفي بعض الأحيان قد لا يكون التكرار النمطى مباشراً ولكنه يأتى متأخراً فقد يعيد الطفل بعض العبارات التى سمعها فى الصباح أو فى اليوم السابق أو قد يقوم بإعادة الإعلانات التى يشاهدها فى التلفزيون وغير ذلك.

٦- قصور السلوك:

من أنماط السلوك الملفتة للنظر، والتى يتصف بها الطفل (التوحدى) التأخر فى نمو السلوك، أو قصور السلوك، فالطفل التوحدى الذى يبلغ من العمر خمس سنوات، قد يظهر سلوكاً يتناسب مع سلوك الطفل العادى ذو السنة الواحدة من العمر، فالنسبة لمهارات العناية بالذات على سبيل المثال نجده لا يمتلك منها إلا القليل، وقد لا يلعب بالألعاب، ولكنه يضعها فى فمه تماماً مثل الطفل الرضيع، وقد يضرب على الألعاب الإيقاعية، كما أنه لا يعبأ بمواطن الخطر.

تشخيص الذاتوية (التوحد)

نظرًا لأهمية التشخيص المبكر للتوحد لوضع خطة علاجية سلوكية متكاملة، فسوف نتحدث عن الصعوبات التي تعترض تشخيص التوحد، وبعض المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد والمعتمدة حاليًا، ثم أهم الوسائل التي نركز عليها عند تقييم التوحد.

صعوبة تشخيص التوحد :

لا يزال تشخيص التوحد من المشكلات الكبرى لتداخل صفاته وأعراضه مع اضطرابات أخرى، ولذا يتعين الحصول على معلومات دقيقة للتمكن من دقة التشخيص.

ويتفق العديد من الباحثين في أن اضطراب التوحد - كما ذكرنا سلفًا - يبدأ قبل سن الثالثة من العمر، وقليلًا ما يبدأ بعد سن الخامسة أو السادسة من العمر. وإذا لم يعط القائمون على العناية بالطفل معلومات دقيقة عن نمو اللغة والتفاعل الاجتماعي فيصعب تحديد السن الذي يبدأ عنده الاضطراب. ففي الشهور الأولى قد تأخذ الأعراض صورة الهدوء المبالغ فيه، ويبدو على الطفل الطمأنينة عندما يترك وحده، ولا يخاف الغرباء، مع غياب الابتسامة الاجتماعية التي تبدأ عادة عند سن شهرين؛ فتشكو الأم أن الطفل لا يعرفها، ولا يقبل عليها عندما تأخذه من فراشه، أى لا يأتي بالحركات المتوقعة التي يأتي بها الطفل السوي، وقد يرجع الآباء الاضطراب أو التغير إلى حدث معين، مثل ولادة طفل أصغر، أو صدمة عاطفية، أو حادث. وتظل مظاهر الاضطراب طيلة حياة الشخص، وبعض الأطفال يتحسن تفاعلهم الاجتماعي وتواصلهم عند سن الخامسة إلى سن السادسة. ويمكن أن يحدث البلوغ تغيرًا في أى من الاتجاهين: التحسن والتدهور، وقد يتفاقم العدوان والعناء، ويظل لعدة سنوات. وهناك عوامل تنبئ بمصير

اضطراب التوحد على المدى الطويل وهى معامل الذكاء ونمو المهارات الاجتماعية واللغوية.

وترجع صعوبة تشخيص اضطراب التوحد إلى ثلاثة عوامل:

العامل الأول: أن أعراض التوحد تشترك مع أعراض إعاقات أخرى أو تشابه معها؛ مثل التخلف العقلى، ومع الإعاقات الانفعالية، بل ومع الفصام.

العامل الثانى: أن البحوث التى تجرى على التوحد بحوث حديثة نسبياً.

العامل الثالث: المسئول عن صعوبات التشخيص والتأهيل هو التخلف الشديد، أو ربما التوقف الملحوظ لنمو الاتصال بين الطفل الذى يعانى اضطراب التوحد والبيئة المحيطة به، كما أن عائقاً قد يوقف الجهاز العصبى عن العمل. وبالتالي يترتب على ذلك توقف القدرة على تعلم اللغة أو النمو المعرفى، ونمو القدرات العقلية. ومن الطبيعى أن يترتب على كل هذا القصور فى النمو قدرات الطفل وتعذر التفاعل والاتصال بين الطفل والبيئة المحيطة، وربما يضاف إلى هذه الصعوبات تعدد الأعراض التى تتبلور بدءاً من الطفولة المبكرة، فتبدأ فى الظهور ربما فى الشهور أو فى الأسابيع الأولى من حياة الطفل، وتزداد هذه الأعراض عدداً وتنوعاً، سواء بالنسبة على النمو الإدراكى السمعى أو البصرى، والنمو اللغوى والحركى والمعرفى.

وفىما يتعلق بقضية التشخيص فى التوحد يرى بعض الباحثين أن أية محاولة للتعرف على الأفراد أو الأطفال الذين يعانون من التوحد وتشخيص حالاتهم، لا بد أن تنطلق من جهود "كانر" بوصفه أول من أشار إليها، وقد توصل كانر إلى خصائص ١١ طفلاً كانوا يعانون من جملة أعراض غير معروفة وتوصل إلى هذه النتائج من خلال الملاحظة الدقيقة والمنظمة، وهذه الصفات تشمل ما يلى:

عدم القدرة على التعلق والانتفاء - Relate إلى الذات والآخرين وذلك منذ الولادة، وتأخر في اكتساب الكلام، وسلوك لعب نمطى، وضعف في التخيل، وإن حوالى ٦٠٪ من الأشخاص التوحدين أداؤهم أقل من ٥٠ على اختبارات الذكاء.

بعض المعايير التشخيصية لاضطراب الذاتوية (التوحد):

يتفق المختصون على تبنى مجموعة من المعايير السلوكية لتشخيص التوحد.. وإذا رجعنا إلى الدليل التشخيصى الثالث المعدل لعام ١٩٨٧م (D.S.M-3TR) سنجد ستة عشر معياراً تقع ضمن ثلاث فئات، ولكى يتم تشخيص الطفل بأنه يعانى من التوحد يشترط توافر ثمانية معايير على الأقل من المعايير الستة عشر، بحيث تشمل مظهرين من الفئة "أ" على الأقل، وكذلك مظهرًا من الفئة "ب" على الأقل، ومظهرًا من الفئة "ج" على الأقل. ويشترط لتحقيق التشخيص أن يكون السلوك شاذًا بالنسبة إلى مستوى تطور الطفل. والمعايير هى:

المجموعة (أ):

- قصور نوعى فى التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وتظهر بالصور التالية:
- ١ - افتقار واضح إلى الوعى بوجود الآخرين أو بمشاعرهم (على سبيل المثال يعامل الأشخاص كقطع الأثاث، ولا يدرك مشاعر الضيق لدى الآخرين).
 - ٢ - عدم الإحساس بالحاجة إلى مساعدة الآخرين له فى الظروف الصعبة، أو التعبير عن ذلك بطرق شاذة.
 - ٣ - الافتقار إلى التقليد أو قصور فيه.

٤ - الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي أو اللعب بصورة شاذة.

٥ - قصور كبير في القدرة على بناء صداقات مع الأقران.

المجموعة (ب) :

قصور نوعي في التواصل اللفظي، وكذلك في النشاط التخيلي. وتظهر في الصور التالية:

١ - لا يمتلك أسلوبًا للتواصل كما هو الحال مع الأصوات غير المفهومة.

٢ - تواصل غير لفظي شاذ بصورة واضحة كما هو الحال في الحملقة في عيون الآخرين، لا ينظر إلى الشخص الذي يتفاعل معه ولا يبتسم له.

٣ - الافتقار إلى النشاط التخيلي كما هو الحال مع تمثيل أدوار الراشدين، أو الشخصيات الخيالية.

٤ - شذوذ واضح في شكل الكلام أو محتواه، بما في ذلك الكلام النمطي والمتكرر، استخدام "أنت" بدلاً من "أنا".

٥ - شذوذ واضح في أخراج الكلام، سواء في حدة الصوت، أو علوه، أو إيقاع الصوت.

٦ - استخدام خاص في الكلمات أو الجمل كما هو الحال في قوله: أذهب إلى اللعبة الخضراء لتعني: أنا أريد أن أذهب للعب في الأرجوحة.

٧ - قصور واضح في القدرة على المبادرة في الحديث رغم امتلاك الطفل القدرة على الكلام.

المجموعة (ج) :

ذخيرة محدودة جدًا من الأنشطة والاهتمامات وتظهر بالصور التالية:

١ - انشغال متواصل بأجزاء الأشياء؛ مثل: شم الأشياء، أو تحسس ملمس بصورة متكررة، أو لف عجلات الألعاب.

٢- حركات جسمية نمطية كما هو الحال في رفرقة اليدين وتحريكهما بصورة دائرية.

٣- انزعاج ملحوظ لأي تغير في العناصر البسيطة في بيئة الطفل؛ مثل نقل المزهرية من مكانها الأصلي.

٤- إصرار غير طبيعي على اتباع نظام معين (الروتين) بتفصيلاته الدقيقة.

٥- مدى محدود من الاهتمامات، والانشغال بشيء معين، كما هو الحال في الاهتمام بوضع الأشياء في صف.

• المعايير التشخيصية حسب التصنيف الدولي للأمراض حسب منظمة الصحة العالمية (i.c.d.10):

المعايير التشخيصية الأساسية هي كالتالي:

١- اضطراب أو اختلال في المهارات الاجتماعية.

٢- اضطراب في التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي.

٣- فقر شديد في الاهتمامات والأنشطة.

ويظل العرض الأساسي الذي قدمه كانر (Kanner) - وهو (Autistic) الوحدة والانعزالية - المعيار الأول في مجال التشخيص ويجب أن يكون حدوث الاضطراب قبل سن الثالثة إلى أن بعض التقارير تشير إلى وجود حالات استثنائية يحدث فيها الاضطراب في وقت متأخر.

ومن المعايير التي تؤخذ في الحسبان: هي الافتقار إلى النشاط التخيلي. وهذا الأمر يشير إلى غياب اللعب الإيهامي، والافتقار إلى الاهتمام بالقصص الخيالية. وإن مقاومة التغير مظهر عام بين الأطفال التوحدين، لكن ليس بالضرورة بين الجميع.

• المعايير التشخيصية حسب الدليل التشخيصى الإحصائى للاضطرابات العقلية (الإصدار الرابع) (DSM-IV):

صدر عام ١٩٩٤م بحسب الجمعية الأمريكية للطب النفسى ويتضمن:

أولاً: يجب توافر ستة عناصر أو أكثر من البنود الواردة فى المجموعة (١) (٢) (٣) على أن يتضمن ذلك عنصرين على الأقل من (١) وعنصرًا على الأقل من كل من (٢) و(٣) بحيث يكون مجموعة من العناصر النهائية لا تقل عن ستة.
١ - ضعف نوعى فى التفاعل الاجتماعى (يجب ظهور اثنين على الأقل):

أ - ضعف واضح فى استخدام السلوك غير اللفظى المتعدد كما هو الحال مع التحديق فى عيون الآخرين، تعبيرات الوجه.

ب - الإخفاق فى تنمية العلاقات المتوافقة مع مستوى التطور المماثلة للأقران.

ج - الافتقار فى السعى التلقائى لمشاركة الآخرين الفرح، أو الاهتمامات.

٢ - ضعف نوعى فى التواصل (ويشترط ظهور واحد على الأقل):

أ - التأخر أو الافتقار التام فى اللغة المنطوقة، مثل الإشارة أو التقليد.

ب - ضعف واضح فى القدرة على المبادرة، أو تدعيم المحادثة مع الآخرين عند الأفراد الذين يمتلكون قدرة عادية على الكلام.

ج - استخدام نمطى ومتكرر للغة أو لغة بدائية.

د - الافتقار إلى اللعب الإيهامى، أو المبادرة فى اللعب الاجتماعى المناسب لمستوى تطور الطفل.

٣ - أنماط سلوكية تتسم بالمحدودية والنمطية والتكرار، واهتمامات وأنشطة محدودة:

ويشترط فيها ظهور واحد على الأقل من المظاهر الآتية:

أ- انشغال بواحد أو أكثر من أنماط الاهتمامات النمطية.

ب - عدم المرونة، تقيد بأفعال روتينية غير وظيفية.

ج - حركات نمطية تكرارية (ررفة اليدين أو تدويرها).

د - انشغال قوى بأجزاء الأشياء.

ثانيًا: تأخر أو أداء وظيفي غير سوى في واحد على الأقل من الحالات التالية، بحيث تحدث الإصابة قبل سن الثالثة:

١ - التفاعل الاجتماعي.

٢ - اللغة كما تستخدم في مجال التواصل الاجتماعي.

٣ - اللعب الرمزي أو الإيهامي (التخيل).

ثالثًا: الاضطراب لا يرجع إلى اضطراب (ريت) أو اضطراب

الانتكاس الطفولي:

التوحد الوارد في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية

(DSM 1994) مع الطبعة السابقة يشير إلى أن الوصول إلى معايير دقيقة

لتشخيص اضطراب التوحد ما زال أمرًا بعيد المنال، مع العلم أن الدليل الجديد

قد حافظ على المعايير الأساسية للتوحد والمتمثلة في القصور في ثلاث مجالات وهي

(التفاعل الاجتماعي، والتواصل، والاهتمامات، والأنشطة).

وعادة لا يكون أطباء الأعصاب والوراثة جزءًا مباشرًا في فريق التقييم

لكن يستعان بهم كمستشارين خارجيين لمحاولة وضع أسس علاجية

لهؤلاء الأطفال.

أهم الوسائل التي نركز إليها عند تشخيص التوحد :

يلجأ الإخصائيون الإكلينيكيون للعديد من الطرق لجمع بيانات عن الطفل، من أجل وضع تشخيص محدد لحالته ومن تلك الطرق ما يأتي:

١- التاريخ التطوري للحالة :

من العناصر الأساسية في تشخيص الطفل التوحدي للحصول على تاريخ تطور الحالة، ويشتمل التاريخ التطوري للحالة وضع الطفل ونموه، مع توضيح مراحل نموه المختلفة إلى الوقت الحالي، هل تناول عقاقير في الفترة السابقة، أو حدثت له أي حوادث، أو أصيب بأي مرض وفي أي سن... إلخ. وهذا يوضح سلسلة من الأحداث تكشف وقت ظهور حالة التوحد عليه. وأي النقاط التي أثرت فيهن وجوانب القوة والضعف عنده.

٢- التاريخ الوراثي للحالة :

الحصول على التاريخ التطوري وللحالة يشتمل أيضًا على الحصول على التاريخ الوراثي بين أعضاء أسرة الزوج والزوجة، وهل هناك أحد أفراد الأسرة لديه اضطرابات أو خلل مرتبط بالحالة، وقد أكدت الأبحاث أن ٣٠٪ إلى ٥٠٪ من حالات التوحد قد يكون لها أصول وراثية، أو قد تكون أسرة الطفل التوحدي لديها مشكلات في التفاعل الاجتماعي (أسرة غير اجتماعية، أو تحب الانطواء).

٣- تاريخ الحمل :

يحتاج المختص إلى معرفة المزيد عن فترة حمل الأم للطفل، فمن الممكن أن تتعرض الأم لمجموعة من المخاطر أثناء فترة الحمل؛ مثل تعرضها لأحد الأمراض المعدية، أو تعاطيها جرعة شديدة من الأدوية. أو حدوث اضطراب في

الكروموزومات دون أن تدري. كما يجب توضيح الحالة النفسية للألم أثناء هذه الفترة فقد تكون عاملاً مساعداً في وجود طفل توحدي.

٤- التقييم السلوكي:

وهذا النوع من التقييم يحتاج خبرة من الإخصائي ويوجد أسلوبان لتجميع المعلومات السلوكية الأول: الملاحظة غير المقتنة، والثاني: الملاحظة المقتنة ويجب أن يستند على النوعين في آن واحد.

وفي الملاحظة غير المقتنة يجعل الإخصائي الطفل يلعب أمامه ببعض الدمى ويطلب من والدته اللعب معه بتلك اللعب، ويبدأ في ملاحظة بعض النقاط ومنها: رد فعل الطفل على وجود أمه معه في الحجرة، هل يتواصل معها بصرياً؟ ما هي فترة بقاء الاتصال إلخ. وهنا يلاحظ الطفل بمفرده والطفل وسط أسرته، والطفل ووالدته.

- ولقد تعددت وكثرت الأدوات المستخدمة في تشخيص الطفل الذاتوي، ورغم ذلك ما زال التشخيص معقداً وصعباً للغاية، ويكرر عثمان فراج في مقالاته (١٩٩٤ - ١٩٩٦م) أن ذلك يرجع إلى الغموض الذي يحيط هذه الإعاقة في جوانبها المتعددة سواء في تشابه أعراضها مع كثير من الإعاقات الأخرى - وما زال العلم عاجزاً عن تحديدها تحديداً دقيقاً.

لذا فإن عملية التشخيص للطفل الذاتوي رغم تحديد محكات ومعايير للتشخيص الدقيق، إلا أنها تحتاج إلى المتخصص المدرب الواعي ذو الخبرة العملية العالية في ملاحظة وتسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة، بالإضافة على إجراء الفحوص الطبية اللازمة على أجهزة السمع لاستبعاد حالة الصمم العضوي وعلى أجهزة الكلام لاستبعاد حالات البكم العضوي، وعدم إهمال الفحص الطبى العصبي والتقدير البيوكيميائى العصبي، وكذلك التقييم المعرفى باستخدام اختبارات الذكاء المناسبة.

الفروق فى التشخيص بين إعاقه الذاتيه (التوحد) وبعض الاضطرابات الأخرى:

يعانى الكثير من الدارسين من قضية تشابه السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخرى كإعاقة العقلية وفصام الطفولة وصعوبات التعلم والإعاقة السمعية واضطرابات التواصل وغيرها وما يوضح ذلك أن مصطلح التوحد الطفولى مصطلح دارج بين المتخصصين ويستخدم حتى الآن كمترادف لمجموعة من المصطلحات الأخرى.

وفىما يلى أهم الفروق بين الذاتيه (التوحد).. وبعض الإعاقات الأخرى:

الفروق بين الذاتيه والإعاقة العقلية (التخلف العقلى):

عندما اقترح كانر (Kanner) محكات لتشخيص التوحد، فقد أشار إلى أن الأفراد التوحدين لديهم قدرات معرفية جيدة، لذلك فقد كانت الإعاقه العقلية مستبعدة ٧٠٪ من التوحدين.

والأداء الوظيفى متشابه بين التوحدين المعاقين عقليًا والأطفال المعاقين عقليًا، إلا أن الأداء فى الإعاقه العقلية يكون منخفضًا ومتساويًا فى جوانب الأداء، ولكن الأطفال التوحدين المعاقين عقليًا لا يكون أدائهم متساويًا، إذ نلاحظ أداءً عالى فى المهمات التى تتطلب ذاكرة قصيرة المدى أو مهارات إدراك حركى، فى حين يكون أقل أداء فى المهمات اللفظية.

إذن قد تشابه بعض أعراض التخلف العقلى مع بعض أعراض إعاقه (التوحد) حيث أن كلاهما يتميز بقصور معين فى السلوك التكيفى، ولكن المتخلفين عقليًا حتى فى الدرجات الشديدة لا تتوافر لديهم الملامح الإكلينيكية للتوحد، فالمتخلفين عقليًا اجتماعيين ويمكنهم التواصل حتى دون الفاظ، إذا لم تكن لديهم القدرة على الكلام، حيث يكن السرور والاهتمام فى

الاقتراب الاجتماعي واضحًا خلال التواصل معهم بالعين وتعبيرات الوجه وحركات الجسم.

ويشير عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١م) وماجد السيد على عمارة (٢٠٠٥م) إلى عدد من النقاط التي تنفرد بها إعاقة التوحد وتتميز بها عن الإعاقة العقلية وهي:

إعاقة الذاتوية (التوحد)	الإعاقة العقلية
١ - يختفى سلوك التعلق تمامًا لدى الأطفال التوحدين. حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم.	١ - الأطفال المعاقون عقليًا يكونون متعلقين بالآخرين ولديهم إلى حد ما بعض الوعي الاجتماعي.
٢ - الأطفال التوحدين لديهم القدرة على أداء المهام غير اللفظية، وخاصة ما يتعلق منها بالإدراك الحركي، والبصري، كما أنهم يتمتعون بمهارات التعامل مع الآخرين.	٢ - لا يتمتع الأطفال المعاقين عقليًا بالقدرة على أداء المهام غير اللفظية، وخاصة ما يتعلق منها بالأدراك الحركي، والبصري، كما أنهم لا يتمتعون بمهارات التعامل مع الآخرين.
٣ - الأطفال التوحدين المعاقين عقليًا قد ينعدم وجود اللغة لديهم وحتى لو وجدت فاستخدامها يكون شاذًا أي غير عادية.	٣ - المعاقين عقليًا لديهم قدرة لغوية واستخداماتهم للغة تتناسب مع مستوى ذكائهم.
٤ - الأطفال التوحدين يعانون من عيوب جسمية بنسب أقل بكثير من تلك التي يعاني منها الأطفال المعاقين عقليًا.	٤ - الأطفال المعاقين عقليًا يعانون من عيوب جسمية بنسب أكثر بكثير من تلك التي يعاني منها الأطفال التوحدين.

إعاقة الذاتوية (التوحد)	الإعاقة العقلية)
٥- الأطفال التوحدين قد يبدون بعض المهارات الخاصة، مثل التذكر، عزف الموسيقى، ممارسة بعض ألوان الفنون.	٥- لا يتمتع الأطفال المعاقين عقلياً بأية مهارة.
٦- يتضمن سلوك الأطفال التوحدين بعض السلوكيات النمطية الشائعة مثل حركات الذراع واليد أمام العينين، وكذلك الحركات الكبيرة مثل التأرجح.	٦- يختلف السلوك النمطي الذي يظهره الأطفال المعاقين عقلياً عن نظيرة لدى التوحدين.

أن الفرق بين المتخلف العقلي والتوحد يتمثل في اختفاء الحركات النمطية المتكررة تدريجياً مع التقدم في العمر والتحسن الكبير في التجاوب مع التأهيل اللغوي والتخاطب والنضج الاجتماعي في حالات التخلف العقلي، أما إذا لم يحدث تقدم يذكر في نتائج برامج التدريب المستمر على تنمية القدرة على الاتصال اللغوي وغير اللغوي أو زيادة حجم الحصيلة اللغوية فإنه قد يحدث نقص تدريجي لتلك الحصيلة التي يكون الطفل قد اكتسبها في المراحل السابقة، مما يؤكد على أن الحالة هي حالة أكثر من أنها تخلف عقلي.

الفروق بين الذاتوية وانفصام الطفولة Childhood Schizophrenia :

عندما نسب التوحد بأنه متعلق بالطب النفسي، فذلك لأنه كان يستخدم لوصف أحد الأعراض الرئيسية للفصام والانسحاب وبالتالي، فإن افتراض الشبه بين التوحد والفصام كان منطقياً بذلك الوقت لدرجة أن الباحثين كانوا يسمون الأطفال التوحدين بالفصامين.

ويشير أحمد عكاشة (١٩٩٢م) إلى أن فصام الطفولة هو أحد اضطرابات
النماء المنتشرة والذي يشمل عدة ظواهر إكلينيكية هي:

- اختفاء القدرة على التجاوب الانفعالي، وإقامة أى علاقة عاطفية حتى مع
الوالدين مما يؤدي إلى صعوبة الاختلاط والعزلة الاجتماعية التامة، وعدم
اللعب مع الأطفال الآخرين.

- عدم الإحساس بالذات، وعدم شعور الطفل بكيانه الخاص مما يجعل
سلوكه شاذًا وغيريًا.

- اضطرابات المرضى في التعلق بأشياء تافهة، واستحالة إغرائه بكل أنواع
اللعب المختلفة.

- المقاومة الشديدة، أو المعارضة الصلبة لأى تغير في بيته من ناحية المكان أو
الملبس أو النظافة أو الطعام.

- اضطرابات في الإدراك في هيئة خداعات وهلاوس وأحياناً هذات
متفاوتة وتوتر غير ممكن تفسيره.

- الفشل في اكتساب القدرة على الكلام أو اختفاء هذه القدرة تدريجيًا.

- اضطرابات الحركة من سكون تام إلى إفراط حركى إلى حركات وطقوس
متكررة تأخذ طابعًا شاذًا وأوضاعًا خاصة غامضة.

وقد قدم بندر (١٩٧٤م) Bander وصفًا إكلينيكيًا لفصام الطفولة على
النحو التالى:

- فى المجال الحركى يظهر اضطرابات الطفل الفصامى على شكل الحركات
التي تعوزها الرشاقة فى المشى أو التعبير، وضعف السيطرة على
العضلات، ردود الفعل وأنماط النشاط الفجة البدائية، والاستجابات
الدورانية للرأس والجسم.

- وفي مجال الإدراك، والتفكير، واللغة تظهر اضطرابات الطفل الفصامي على شكل ظهور التناقض والعفوية في الإدراك والتفكير واللغة، فبينما تشير في بعض الأحيان إلى مستوى متقدم، تشير في أحيان أخرى إلى مستوى متأخر في نمط النضج، كذلك بين المستوى التجريدي والمستوى العياني، وبين الدوافع المتقدمة والدوافع البدائية، وبين استخدام الطفل لصيغة المتحدث الثالث (هو) بدلاً من استخدام كلمة (أنا) بينما ينجح في استعدادات لغوية أو تعبيرية أبعد من ذلك في مجالات مثل الرسم، الرقص، الموسيقى.
 - وفي المجال النفسي يظهر لدى الطفل الفصامي انشغاله بموضوعات معينة، واضطراب في العلاقة بينة وبين الذات، صورة الجسم، اضطراب العلاقة داخل الأسرة، اضطراب العلاقة بين الزمان والمكان.
- ورغم التشابه الكبير في الأعراض بين كل من فصام الطفولة، والذاتوية (التوحد) إلا أن هناك بعض السمات التي تساعد على التشخيص الفارق بين إعتقتين، ومن أبرز تلك السمات هي ظهور الهلاوس والهلذات في فصام الطفولة بينما لا يظهر ذلك في التوحد.

ومن أهم الفروق كما يشير كامبيل، وآخرون (١٩٩١م) Campbell ما يلي:

فصام الطفولة	إعاقة الذاتوية (التوحد)
فصام الطفولة لا يظهر قبل الخامسة من عمر الطفل.	١- التوحد يبدأ في الظهور قبل السنة الثالثة من عمر الطفل.
يتضح في فصام الطفولة وجود تاريخ عائلي في الفصام.	٢- في حالات التوحد ربما لا يكون هناك وجود تاريخ عائلي للإعاقة.

إعاقة الذاتوية (التوحد)	فصام الطفولة
معظم حالات التوحد تنتمي إلى مستويات اجتماعية واقتصادية مرتفعة.	كثير من حالات فصام الطفولة تنتمي إلى مستويات اجتماعية واقتصادية منخفضة.
الطفل التوحدي يكون معظم كلامة عبارة عن ترديد لما يسمع من الآخرين.	لا يظهر الطفل الفصامي ذلك.

ويشير عثمان فراج (١٩٩٦م) إلى أن الفروق المميزة بين الفصام وإعاقة التوحد والتي تجعل من السهل التفرقة بينهما ما يلي:

التوحد	فصام الطفولة
١- التوحد يظهر قبل عمر ٣، ٢ سنين.	الفصام غالباً يظهر بين عمر ١٥، ٣٠ سنة.
٢- التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٤ : ١).	الفصام يصيب الإناث والذكور على السواء.
٣- لا تظهر عليه أعراض الهلوسة.	تظهر أعراض الهلوسة وأوهام التهيؤات.
٤- تعاني الغالبية العظمى من أفراد التوحد من القصور اللغوي ومن استخدام اللغة والتخاطب في الاتصال بالآخرين وغالباً ما يخلط من يستطيع أن يتكلم منهم في استخدام الضمائر فهو يعبر عن نفسه	مريض الفصام لا يعاني من قصور لغوي أو غياب القدرة عن التعبير عن نفسه والاتصال والتخاطب مع الآخرين.

التوحد	فصام الطفولة
باستخدام (أنت) وعن غيره باستخدام (أنا)	
٥- الطفل التوحدي جامد الحس لا يعبر ولا يفهم الانفعال والعواطف ولا يتبادلها الأطفال التوحدين، يتجنبون التقاء العيون.	يكثر مريض الفصام بالتعبير عن نفسه وإظهار عواطفه وانفعالاته، ومن النادر أن يتجنبون التقاء العيون.

الفرق بين الذاتوية وذهان التكافل Symbiotic Psychosis:

ذكر ماجد عمارة (٢٠٠٥م) أنه يعتبر مارجريت ماehler أول من قامت بتعريف مرض الذهان التكافلي لدى الأطفال عام (١٩٥٢م) وتبدأ ظهور الأعراض فيما بين السنة الأولى والسنة الرابعة من حياة الطفل وتشير ماehler وآخرون (١٩٧٥م) Mahler, et al إلى أن ذهان التكافل ينشأ من بداية المرحلة التكافلية في النمو، ففي الظروف الطبيعية من تطور نمو الأطفال ينتقل (الأنا) من مرحلة الذاتوية بعد مضي ثلاثة شهور من عمر الطفل إلى المرحلة التكافلية والتي تتحول بدورها تدريجيًا خلال العامين الأولين من عمر الطفل إلى مرحلة التشخيص (مرحلة الانفصال والاستقلال وتكوين الشخصية) ويستطيع أن يحصل على استقلاله الانفعالي والعضوي عن الأم، أما الطفل التكافلي فإنه يعجز عن ذلك ففي أثناء المرحلة التكافلية المبكرة، بين الطفل والأم يعوق الطفل عن اجتياز تلك المرحلة إلى المرحلة التي يليها، ولذلك تظل صورة الأم منصهرة في صورة الذات عند الطفل ويحاول أثناء هذا الانصهار التكافلي تكوين هواجس وهذات للتخلص من مشاعر خوف وذعر تغمره نتيجة الأحساس بالتهديد والاستقلال عن الأم.

وفيما يلي أهم الفروق بين إعاقة الذاتوية (التوحد) والذهان التكافلي:

إعاقة التوحد	الذهان التكافلي
١ - إن من سمات الطفل التوحدي أنه لا يرغب في إقامة أى علاقة مع أى فرد كما أن مشاعره تكون متبلدة تجاه أفراد الأسرة سواء الأب أو الأم أو الأخوة بل وأكثر من ذلك إنه يكون أكثر ارتياحًا عندما لا يقترب منه أى شخص كما أنه لا يعير أى اهتمام سواء لوجود الأم أو غيابها.	أهم ما يميز طفل الذهان التكافلي هو أن حياته غالبًا ما تكون مملوءة بالفزع والذعر الشديد من جراء المواقف الجديدة في الحياة وهذا ما يجعله يتهادى في تعلقة بالأم بدرجة أكثر شدة ويستجيب تجاه غيابها بغضب وعنف شديد بالغ بالتدمير والانهيار.
٢ - الطفل التوحدي يكون كلامه نادرًا وغالبًا ما يتسم بالترديد لما يسمعه من الآخرين.	إنه كثير الكلام رغم أن كلامه غير واضح وغير مفهوم.

الفروق بين الذاتوية واضطرابات ريت Rett Syndrome :

وهو اضطراب نيروولوجى Neurological هذا المرض يصيب الإناث على وجه الخصوص ونسبة انتشارها واحد في كل عشر آلاف أو خمسة عشرة ألفا. تبدأ أعراض مشابهة للتوحد في الظهور، ويحدث نكوص في الارتقاء العقلى والاجتماعى للطفلة؛ فهي لم تعد تستجيب لوالديها وتنسحب أو تسحب نفسها من أى اتصال اجتماعى، وإذا كانت تتكلم فهي تتوقف عن الكلام، ولا تصبح قادرة على التحكم في قدمها، وتظهر لديها حركة عصر اليدين وهى حركة مميزة لزملة ريت ويتم التشخيص من خلال الملاحظة لنمو الطفل المبكر، والرجوع إلى التاريخ الطبى، ولا توجد مقاييس مقننة نستطيع على أساسها وضع تشخيص إكلينيكى، ولكن يحاول أطباء الأطفال النيروولوجيين وضع قائمة مبسطة تؤدي إلى نوع من المعونة في التشخيص، وهذه القائمة تشمل الآتى:

١ - الولادة ظاهريًا تبدو طبيعية، مع نمو طبيعي للحركات الإرادية من ٦: ١٨ شهرًا.

٢ - يكون محيط دائرة الرأس طبيعي عند الولادة، لكن يتبعه بطء في نمو الرأس، ويمكن علاج المشكلات المصاحبة لزملة ريت عن طريق العلاج الطبيعي والمهني والتخاطب.

٣ - يظهر اختلاف في مهارات استخدام اليد Hand Skills ويصاحبها اتصال وظيفي سيء، مع انطواء أو عدم تفاعل اجتماعي سليم.

٤ - يظهر فساد نمو لغوي في الكلام والفهم اللغوي، مع تخلف عقلي شديد.

٥ - تظهر نماذج معقدة في حركات اليد متمثلة في الكتابة، والمصافحة، والتصفيق.

٦ - افتقاد في تعلم السلوك والنواحي الاجتماعية.

٧ - يشخص دائمًا في مرحلة ٥: ٢ سنوات.

ولقد اكتشف بعض العلماء أن طفرة في تتابع أحد يحتمل أن تكون هي العامل الذي يسبب زملة ريت.

يذكر أحمد عكاشة (١٩٩٢م) إلى أن هذه الحالة التي لم يثبت حدوثها حتى الآن إلا في الإناث فقط ولا يعرف لها سبب واضح حتى الآن. ويمكن التعرف عليها من البداية ونمط الأعراض، هي وجود ارتقاء مبكر يبدو طبيعيًا أو قريبًا من الطبيعي تليه حالة من الفقدان الجزئي أو الكامل للمهارات اليدوية المكتسبة وللکلام، مع انخفاض معدل النمو، وتبدأ الحالة عادة ما بين سبع سنين وأربع وعشرين شهر من العمر وتتميز بفقدان الحركات اليدوية الهادفة وحركات غسيل اليدين النمطية وفرط التنفس.

وانخفاض معدل نمو الرأس وعدم المضغ الجيد ويتأكد التشخيص من تطور الحالة والتمثل في تدهور حركى متزايد... ويذكر بيرسى وآخرون (١٩٨٨م) Percy, et al أن أهم الفروق بين الذاتوية (التوحد) واضطراب ريت ما يلي:

اضطراب ريت	إعاقة الذاتوية (التوحد)
يظهر اضطراب ريت بوضوح في الارتداد في كل المهارات.	١- أن التوحد يمثل ارتدادًا لفظيًا وليس ارتدادًا في المهارات الحركية.
اضطراب ريت يظهر غالبًا في الفتيات فقط.	٢- التوحد يصيب الأولاد والبنات
اضطراب ريت يظهر فيه حركات اليدين غير الهادفة وحركات غسيل اليدين.	٣- حركات اليدين غير الهادفة وحركات غسيل اليدين المميزة لاضطراب ريت لا تظهر في إعاقة التوحد.

الفروق بين الذاتوية واضطراب إسبرجر Asperger Svndrome :

اكتشف هذا الاضطراب العالم الفيزيائي Hans Asperger الذى كان يعمل فى نفس فترة ليوكانر المكتشف الأول للتوحدية؛ وأوضح Hans Asperger أنه يمكن التمييز بين الاضطرابين من خلال علامتين فى الخليتين: الأولى تختص ببداية المرض، والثانية بالتأخر اللغوى؛ حيث أن المرض يبدأ فى الخمسة أشهر الأولى من عمر الطفل، أما التوحد فيبدأ فى خلال الثلاث سنوات الأولى، أما التأخر اللغوى، فيكون فيه الأطفال التوحيديون مختلفين لغويًا؛ أى لغتهم شاذة بعكس الآخرين.

كما أوضح إسبرجر أن تعليم هؤلاء الأطفال لا يتم عن طريق التلقين والصم كما أوضح كانر لعينة من الأطفال التوحيدين، وقال: إن هؤلاء الأطفال كانوا

يقومون بأعمالهم بأقصى أداء تلقائي، كأنهم (مفكرون مجردون) ويعتبر اضطراب إسبرجر من الاضطرابات التي تشابه أعراضها مع أعراض إعاقة التوحد، وقد سمي هذا المرض على اسم الطبيب إسبرجر Asberger وهو الطبيب النمساوي الذي اكتشفه عام (١٩٤٤م) وتبدأ حالات إسبرجر في الظهور في مرحلة المدرسة حيث يكون الطفل غالباً على درجة متوسطة من الذكاء، كما أن الطفل يبدأ في الكلام مع أقرانه من العاديين كما يستوعب قواعد اللغة عاجلاً أو أجلاً، لكنه يبدأ صعوبة في استخدام الضمائر بشكلها الصحيح ويعانى من اضطراب في تكوين الجمل واستخدام اللغة التي يطيل ويكرر في بعض كلماتها أو عبارتها بشكل نمطي، كما يوجد صعوبة في التعبير غير اللفظي، وقد يتفوه أثناء محاولاته الفاشلة ببعض العبارات غير الواضحة وغير المتناسقة، لكنه كثير الكلام بحماس حول موضوعات ليست لها أهمية تذكر، متنقلاً في حديثه من موضوع إلى موضوع مختلف فجأة دون أى اعتبار للمتابعة الآخرين لحديثه، أما من حيث النمو الاجتماعي فهو يعانى من قصور يتمثل في سمات الإنسحابية وعدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية سليمة، ومن السمات الشائعة أيضاً الاندماج في حركات نمطية ومقاومة أى تغير يحدث في البيئة المحيطة.. ومن أهم الفروق بين التوحد واضطراب إسبرجر ما يلي:

اضطراب إسبرجر	إعاقة الذاتوية (التوحد)
اضطرب إسبرجر يبدأ في الظهور خلال مرحلة المدرسة.	١ - إعاقة التوحد تبدأ في الظهور في مرحلة الطفولة المبكرة.
الطفل المصاب باضطراب إسبرجر كثير الكلام بل ولديه حماس للكلام ويتنقل في الحديث من موضوع لآخر، صحيح أنه قد يتحدث في	٢ - الطفل التوحدي يتسم بعدم رغبته في الكلام والاضطراب اللغوي الشديد، وإذا تكلم فمعظم كلامه

إعاقة الذاتوية (التوحد)	اضطراب إسبرجر
يكون مجرد تكرارًا لما يقوله الآخرون.	موضوعات ليس لها أهمية وهي مضطربة بصفة خاصة إلا إنه يتكلم ولدية حماس.

بالإضافة إلى ما سبق فإن نسبة الذكاء في زملة إسبرجر قريبة من النسب العادية للذكاء (٩٠-١١٠) بينما التباين في الذكاء في حالة الأطفال التوحدين واضح في جانبه اللفظي والعمل.

الفروق بين الذاتوية وإعاقة الصم Deaf:

يعرف الطفل الأصم بأنه ذلك الطفل الذى حرم من حاسة السمع منذ ولادته أو هو الذى فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام، أو هو الذى فقدتها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن أثار التعلم فقدت بسرعة. كما أنه ذلك الشخص الذى لا يمكنه استخدام حاسة السمع نهائياً في حياته اليومية، وعلى الطريقة نفسها يعرف الطفل الأكم بأنه الذى لا يمكنه استخدام الكلام نهائياً في حياته اليومية.

وتحدد الإعاقة السمعية وفقاً للحالة الطبية للجهاز السمعى بجانب الاعتماد على قياس درجة السمع لتحديد فئة الإعاقة وهى أنواع كالآتى:

أ- ضعف سمعى حسى:

وهو ناتج عن تلف أو ضرر بالممرات العصبية السمعية الموصلة للمخ بمنطقة الاستقبال الحسى بالأذن.

ب- ضعف سمعى توصيلى:

وهو ناتج عن تلف أو ضرر بأجهزة توصيل الصوت بالأذن الوسطى أو الخارجية.

ج - ضعف سمعى مركب.

وهو مركب من النوعين السابقين.

د - ضعف سمعى مركزى:

فى هذا النوع يكون الطفل قادراً على الاستجابة لكثير من الاختبارات السمعية إلا أن المركز السمعى فى المخ لا يتمكن من تمييز هذه المؤثرات السمعية أو تفسيرها ويصعب علاج مثل هذه الحالات.

ويذكر عثمان فراج (١٩٩٥م) أنه أحياناً ما تكون الإصابة بالصمم التى تؤدى إلى بكم مصاحبة لحالة التوحد وإذا كان الصمم نتيجة لعوامل أثناء الحمل أو مبكراً بعد الولادة فيؤدى إلى البكم وعدم القدرة على التخاطب والاتصال، وهذه نفسها أحد أعراض التوحد المميز ومن الممكن أن يصاحب الصمم والبكم بعض سمات الشخصية مثل الانسحابية أو غياب القدرة على تكوين علاقات اجتماعية والاندماج فى حركات نمطية هى أيضاً أعراض تشابه مع أعراض إعاقة التوحد، لكن عملية التشخيص هنا لا تكون صعبة فإذا كانت الإعاقة صم وبكم ويمكن تحديدها عن طريق الفحص الطبى لأجهزة السمع والكلام خاصة أن الطفل فى هذه الحالة يتقدم نموه الاجتماعى واكتساب القدرة على الاتصال غير اللفظى بالإشارة أو حركة الشفافة أو الحركات البدنية أو غيرها من أساليب الاتصال كما يمكن تشخيص الحالة على أنها توحّد فقط إذا أكد الفحص الطبى والملاحظة سلامة السمع.

ويشير عثمان فراج (١٩٩٥م) إلى إحدى الحالات التى كان قد تم تشخيصها خطأ على أنها حالة صمم، وهذه الحالة ظلت ما يقارب عام فى إحدى مراكز التأهيل للصم والبكم إلى أن تم اكتشاف أنها حالة توحّد وليست حالة صمم،

وهى حالة طفل بأحد مراكز التأهيل للمعاقين في مجال الصم والبكم وهذا المركز يضم أطفال تتراوح أعمارهم بين (٤-١٣) سنة من الجنسين والذين لا يعانون من أى إعاقات جسمية أو ذهنية أخرى خلاف الصمم والبكم. وقد لوحظ اختلاف هذا الطفل عن أقرانه من أطفال هذا المركز من حيث قصوره الواضح في الكلام واللغة فيما عدا بعض المهمة الخفيفة أحياناً والمرتفعة أحياناً أخرى كما أنه بسبب صمته الدائم تقريباً قد صنف على أنه إحدى حالات الصمم وهذا بالإضافة إلى السلوك النمطى لدى الطفل، وعدم الرغبة في التفاعل الاجتماعى، وسلوكيات أخرى شاذة أكدت في النهاية بعد الملاحظة الدقيقة أن الحالة هى حالة توحد وليست حالة صمم.

الفروق بين الذاتية والحرمان النفسى الاجتماعى :

الاضطرابات الشديدة في البيئة الطبيعية والانفعالية (مثل الحرمان الأمومى، الأنماط النفسى والاجتماعى، دخول المستشفى، والفشل في النمو) كل ذلك يمكن أن يدفع الأطفال إلى أن يظهرُوا لا مبالاة وانسحاباً، واغتراباً مع تأخر اللغة والمهارات الحركية، والأطفال الذين لديهم هذه العلامات غالباً ما يتحسنون بسرعة عندما يوضعون في بيئة ملائمة غنية بالمناخ والاجتماعى النفسى، ولكن مثل هذا التحسن ليس هو الحال مع الأطفال المصابين بالتوحد.

الفروق بين الذاتية والأفازيا المكتسبة مع التشنج :

الأفازيا (فقد القدرة على الكلام) المصحوبة بالتشنج هى حالة نادرة يكون من الصعب أحياناً تمييزها عن اضطراب التوحدية واضطراب عدم تكامل الطفولة، والأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب يكونوا عادييين لعدة سنوات قبل فقد القدرة على إنتاج اللغة التعبيرية والاستقبالية لفترة قد تمتد لأسابيع وشهور،

ومعظمهم يكون لديه قليل من النوبات والصور غير العادية لرسم المخ الكهربى عند البداية، ولكن هذه العلامات قد لا تستمر، واضطراب اللغة المفهومة العميق يأتى بعد ذلك ويتميز بانحراف نمط الكلام وإعاقة فى الكلام وبعض الأطفال يتم شفائهم ولكن تبقى لديهم إعاقة لغوية كبيرة.

الفروق بين الذاتية واضطراب اللغة التعبيرية والاستقبالية المختلطة:

مجموعة من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يكون لديهم مظاهر مشابهه للتوحد وقد تمثل صعوبة فى التشخيص وفيما يلى أهم الفروق بين الاضطرابين:

المحك	اضطرابات الذاتية (التوحد)	اضطراب اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط
١- الحدوث	٢-٤ فى كل ١٠٠٠٠	٥ فى كل ١٠٠٠٠
٢- نسبة الجنس (ذكور - إناث)	١ : ٣-٤	يتساوى الجنسان أو قريباً من التساوى.
٣- المشكلات اللغوية.	يظهر فى حوالى ٢٥٪ من الحالات.	يظهر فى حوالى ٢٥٪ من الحالات.
٤- الصمم.	نادراً جداً.	ليس نادراً.
٥- التواصل غير اللفظى.	بدائى غير متطور.	موجود.
٦- شذوذ اللغة (مثل التكرار)	أكثر شيوعاً.	أقل شيوعاً.
٧- مشكلات النطق.	أقل تكراراً.	أكثر تكراراً.
٨- مستوى الذكاء.	غالباً ما يوجد ضعف حاد.	خلالها يمكن أن يحدث ضعف.

المحك	اضطرابات الذاتوية (التوحد)	اضطراب اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط
٩ - نمط نسب اختيارات الذكاء.	متفاوت منخفض في الدرجات اللفظية عنه لدى مرض عسر الكلام.	متساوى أكثر على الرغم من أن نسبة الذكاء اللفظية أكثر انخفاضاً عن نسبة الذكاء الأدائية.
١٠ - السلوك التوحدي ضعف الحياة الاجتماعية. القولية والأنشطة الطقوسية.	أكثر شيوعاً وأكثر حدة.	تغيب وأن وجدت تكون أقل حدة.
١١ - اللعب التخيلي.	غائب أو طقوسى.	موجة بصورة غير عادية.

الفروق بين الأطفال الذاتويين والأطفال العاديين:

على الرغم أن ذوى اضطراب التوحد لا يظهرون بضبط نفس الأعراض وصيغ الخلل إلا أنهم يتشاركون في مشكلات اجتماعية تواصلية؛ حركية؛ وحسية معينة تؤثر على سلوكهم بطرق معروفة. وفيما يلي جدول يوضح الفروق للسلوكيات بين الأطفال ذوى اضطراب التوحد وأقرانهم العاديين (مرحلة المهد):

الأطفال الذاتويين (التوحيدين)	الأطفال العاديين
التواصل	
• تجنب التواصل البصرى	• يتفحصون وجه الأم
• يبدون كما لو كانوا صمًا أو لا يسمعون.	• يسهل إثارتهم بالأصوات.

الأطفال العاديين	الأطفال الذاتويين (التوحيدين)
• تزداد حصيلتهم اللغوية ويتسع استخدامهم لقواعد اللغة.	• تنمو لديهم اللغة البداية ثم يتوقفون في الكلام بصورة مفاجئة.
العلاقات الاجتماعية	
• يكون عندما تغادر الأم الحجرة ويخافون من الغرباء.	• يتصرفون كما لو كانوا لا يدركون مجيء أو ذهاب الآخرين.
• يتضايقون انفعاليًا عندما يجوعون أو يحبطون.	• يعتدون بدنيًا ويؤذون الآخرين.
• يدركون الوجوه المألوفة والابتسامة.	• يتعذر التفاعل معهم إذ يعيشون في قوقعة.
استكشاف البيئة	
• ينتقلون من نشاط إلى آخر بسلامة.	• يظلون مركزون على نشاط واحد.
• يستخدمون الجسد بوعى للحصول على الأشياء.	• يمارسون أفعال غريبة كرفرفة الأيدي أو أرجحة الجسم.
• ينشدون اللذة ويتجنبون الألم (يبحثون عن السعادة ويحسون بالألم).	• لا يظهرون أى حساسية للكدمات ويندمجون في سلوك تشويه أو إيذاء الذات مثل فقع العين أو العض الشديد.
• يكتشفون اللعب ويلعبون بها.	• يستنشقون اللعب ويلعقونها بلسانهم.

اضطرابات طيف التوحد والوراثة

معنى اضطرابات طيف التوحد:

عبارة عن مجموعة حالات تؤثر على النمو تتميز بالآتي:

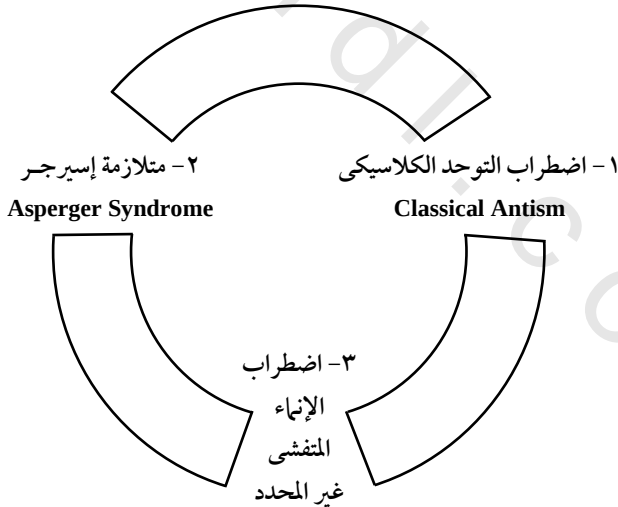
١ - اضطرابات في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي.

٢ - تكرار سلوكيات نمطية.

٣ - قلق نفسي مع أعراض قهرية.

كل الحالات المختلفة والتي لديها هذه الأعراض توضع تحت مظلة ما يسمى باضطرابات طيف التوحد وتفاوت شدة الأعراض وتأخر اللغة والإدراك العقلي والتفاعل الاجتماعي فيما بينها.

تنقسم اضطراب طيف التوحد إلى ما يلي:



أمراض وراثية لها أعراض توحدية:

يوجد العديد من الحالات الوراثية التي لها أعراض توحدية مثل:

- متلازمة كروموسوم إكس المكسور **Fragile x Syndrome**.
- متلازمة اسبيرجر **Asperger Syndrome**.
- متلازمة ريت **Rett Sundrome**.

ويمكن إجراء فحص وراثي لهذه الحالات:

أغلب حالات التوحد حوالي ٩٠٪ الأسباب الحقيقية لها غير معروفة كما لا يوجد دليل حاسم يثبت دور أى من الأمراض التالية في التوحد.

- الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية.
- أو الأمراض والمشاكل الصحية التي تتعرض لها الأم أثناء الحمل.
- أو نوع غذاء الطفل في وقت مبكر من حياته.

وهناك مؤشرات عديده أن الوراثة تلعب دوراً رئيسياً في ظهور التوحد:

فعلى سبيل المثال تزيد احتمالية إصابه التوأمين المتطابقين. فالأرقام تقول أن إصابه أحد التوائم المتطابقة بالتوحد من النوع الكلاسيكى يجعل احتمال إصابة التوأم الآخر بنسبة ٦٠٪.

كما أن ظهور الإصابة لطفل في الأسرة بالتوحد يعطى نسبة ٤:٥٪ احتمال تكرار الإصابة لطفل آخر بينما لو كان المصاب الأول بنت فإن احتمال تكرار الإصابة ٧٪ وإذا كان هناك طفلان مصابين في الأسرة فإن احتمال تكرار الإصابة قد يزيد عن ٢٥٪.

التوحد والوراثة:

- تحتوى خلايا الجسم على عدد من الجينات تكون مسئولة عن إنتاج البروتين

الذى يحتاجه الجسم ويؤدى وظائفه بشكل طبيعى. إذا تغير أحد الجينات فأصبح لا يعمل بشكل صحيح فإن الجين فى هذه الحالة يسمى جين معطوب "به طفره" حينها سيقوم بإنتاج البروتين غير الطبيعى أو بنسبه غير كافية.

- نلاحظ أن إصابة أحد التوائم المتطابقة بمرض التوحد لا يحدث دائماً أن يصاب الطفل الآخر، وهذا يدل على احتمال عوامل بيئية خارجية تقوم بظهور المرض فلا تظهر الأعراض بدونها من ناحية أخرى. وهناك عوامل وراثية أيضاً ترفع من احتمال الإصابة بالتوحد وقد تهيج هذه الجينات عوامل مجهولة والتي قد تكون عبارة عن جينات أخرى أو عوامل بيئية أخرى لذلك فإن التوحد فى الغالب نتيجة لاستعداد وراثى مع التعرض إلى أحد العوامل البيئية.

ونظراً لأن التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث فإن هذا يوحي لنا أن بعض العوامل الوراثية هى عبارة عن خلل أحد الجينات الموجوده على كروموسوم إكس.

ويعتبر كروموسوم إكس أحد الكروموسومات التى تحدد الجنس. ونظراً لاتساع التباين فى أعراض التوحد على المصابين مما يعكس اختلاف التفاعلات بين الجينات المعطوبه. فعلى سبيل المثال هناك العديد من الجينات التى تزيد من درجة الإعاقة فى النطق واللغة بينما هناك جينات أخرى تزيد من حده بعض السلوكيات الخاصة بالتوحد.

ويتم إجراء بحوث بشكل مستمر لاكتشاف الجينات المسببه للتوحد واستحداث تحاليل مخبريه لها وأيضاً هناك بحوث متواصله لمعرفة الأسباب البيئية.

بعض الحالات الواقعية لمرض التوحد :

الإعاقة ما هي إلا ابتلاء واختبار من الله عز وجل لحكمة لديه سبحانه وتعالى وقد يتألم معها البعض وتصبح دافعاً لهم للنجاح والتميز والكفاح، وقد يتوقع البعض الآخر ويتفادى الاختلاط مع المجتمع والإنتاج. ولا شك بأن المعاق سواء كان معاق جسمياً أو فكرياً يعتبر من ذوى الاحتياجات الخاصة. ونظرنا نحن كأفراد مجتمع قد تختلف من شخص لآخر فالبعض ينظر إليه بأنه إنسان بدون فائدة، والبعض الآخر ينظر له نظره الشفقة والرحمة، وهناك من ينظر له بأنه عبء ثقيل لأن منزل أو لأى مجتمع ينتمى إليه.

وتوجد أمثال كثيرة جداً أبرزهم علماء وعظماء وعباقره.. وردت في أحد مواقع الإنترنت منها ما يلي:

اينشتاين: عالم مشهور جداً وأخذ جائزة نوبل وهو واحد من مرضى التوحد وكان هناك احتمال في إصابته بخلل وظيفي في الدماغ.

نيوتن: عالم الفيزياء العظيم والذى اكتشف قانون الجاذبية كان مريض بالتوحد، والتوحد وعزلته وانطوائه كان سبب اكتشافه لقانون الجاذبية.

جان بياجيه: من كبار علماء النفس في جامعة جنيف ولديه نظريات كثيرة في علم النفس وفي الارتقاء، كان لديه أعراض مرض التوحد.

ستيفن: يقولون عنه أنه أسطورة مرض التوحد.

المراهقة والبلوغ وأثرهما على المصابين بالتوحد.. وبعض الحلول للتعامل معها :

يرى الكثير أن كل ما كتب عن مرحلة التوحد كان محصوراً في مرحلة الطفولة، ولم تكن هناك كتابات للتطرق للموضوع في مرحلة المراهقة والبلوغ بالنسبة إلى التوحدي، لتسهم في إرشاد أولياء الأمور إلى التدابير المهمة للتعامل

معهم في هذه المرحلة الحرجة من عمرهم بشكل عقلاني، صحيح أن بعض الأشخاص التوحديين يمرون بهذه المرحلة في حياتهم دون أى مشكلات تذكر، ولكن بالنسبة للبعض الآخر فقد تكون هناك العديد من الصعوبات، وتزداد كلما وجدوا معارضة شديدة من قبل الأهل على توبيخهم لهم دون أن يعرفوا سبباً لذلك.

أن المزعج في حقيقة الأمر هو أن نسبة كبيرة من سلوك التوحديين الذكور يتم في الأماكن العامة، كلمس الأعضاء التناسلية والاستمئاء، وربما محاولة التحرش بأشخاص آخرين بتصرفات جنسية بريئة، أو التفوه بكلمات جنسية محرجة بالنسبة إلى الوالدين. فنسبة لا بأس بها من الأمهات يقلن باستمرار بأنهن يرين بأنفسهن ابنتهن وهى تدخل مرحلة المراهقة، وترى هذه الأم بنفسها كل التغيرات الجسدية تطرأ على ابنتها، ومع ذلك فهى تعتقد أن كل التغيرات لا تعنى شيئاً لهذه الابنة، ولكن أشد ما يقلق الأم هى أن تفاجأ ابنتها بهذه التغيرات الجسدية ذات يوم، فيصيبها الأذى والارتباك.

إن الكثير من تلك المخاوف والهموم حول الذاتويين (التوحديين)، وهم في سن المراهقة، سوف تزول إذا ما حاولنا السعى وراء الحصول على المعلومات، وعدم الاكتفاء بإلحاق التوحدى بالمراكز المختصة، وإلقاء المسئولية على المعلمين والمعلمات، وكأنه طفل عادى يستطع الاعتماد على نفسه.

صحيح أن هناك نقصاً في المعلومات المتعلقة بالعلاقات الجنسية بالنسبة إلى مثل هؤلاء الأولاد والبنات، وهذا لا يمنع أن نفهم تلك المرحلة الدقيقة (مرحلة المراهقة التى يمر بها المراهق التوحدى، وحاجة هذا المراهق لتلك الممارسات الجنسية وسبب تعلقه بها وإدمانه لها، والأهم هو أن نفكر

في الوسائل البديلة التي يمكن أن تستخدم للحد من تلك الممارسات الجنسية من قبل المراهق التوحدي.

الآثار المتوقعة للإصابة بالتوحد في مرحلة المراهقة :

لا شك أن الآثار المترتبة على الإصابة بالتوحد كثيرة، والأشخاص التوحديون المصابون بإعاقة عقلية شديدة، يحتاجون إلى رعاية وإشراف متواصلين طيلة سنوات عمرهم؛ في حين أن الأطفال التوحدين الذين لا يعانون من إعاقة عقلية هم في حاجة للرعاية والإشراف على مستوى اللغة لديهم، وعلى الرغم من التحسن الذي يحصل في فترة المراهقة، والذي غالبًا ما يكون بطيئًا، إلا أن القدرة اللغوية عندهم يمكن أن تتحسن في هذه المرحلة.

أما من يعيش من هؤلاء التوحدين، وتكون إصابتهم خفيفة في أماكنهم أن يعيشوا حياة مستقلة، ويلحقوا بسوق العمل - هذا في الخارج طبعًا - حيث مستوى الوعي الكبير والإمكانيات.

المشكلات المصاحبة لمرحلة المراهقة للطفل التوحدي :

١- التغيرات الجسمية والعاطفية :

من الطبيعي أن يمر الأطفال بمرحلة المراهقة، وتطراً عليهم بعض التغيرات الجسمية والعاطفية؛ لأنها مرحلة تحول في كل شيء. إلا أن التغيرات تختلف لدى الأطفال التوحدين عن سواهم من العاديين.

فالأطفال العاديون غالباً ما يتمردون على آبائهم وأمهاتهم، ويكونون بعيدين عنهم، وربما لفترات طويلة، أما التوحديون؛ فالتغيرات لديهم لا تصل إلى هذه الدرجة، بل إنه من الممكن ألا تحصل نهائياً. في حين أن الآباء والأمهات يقلقون على مصير أبنائهم وبناتهم الاجتماعي في مرحلة المراهقة، وأن هناك تحسناً قد يطرأ على التكيف الاجتماعي لديهم.

ومن المؤسف أحياناً، أن بعض الأطفال التوحدين يشعرون ببعض الكآبة نتيجة ملاحظتهم الاختلافات بينهم وبين الأشخاص العاديين، وبالذات فيما يتعلق بعدم قدرتهم على تكوين الصداقات.

أما بالنسبة للتغيرات الجسمية المصاحبة لسن البلوغ بالنسبة للتوحدين، فهي لا تختلف بمجملها عما يحدث لدى الأشخاص العاديين، إلا أن قدرة الأطفال التوحدين على فهم الجوانب الحسية تكاد تكون محدودة، مما قد يجعلهم عرضة للاستغلال من غيرهم من ضعاف النفوس، أو من يتصرفون بطريقة غير لائقة تخرج من حولهم.

وهذا ما يستدعى ضرورة وجود برامج تدريبية للتوحدين في سن المراهقة لتنوعيتهم بالجوانب الجنسية، وتبصيرهم بالضوابط وقواعد السلوك التي تحكم علاقتهم بالجنس الآخر، والأسس التي عليها الحياة الزوجية الأسرية وفق معايير المجتمع الذي ينتمون إليه.

أما ما يقلق آباء الأشخاص التوحدين وأمهم في هذه المرحلة الحرجة هو كونهم سوف يفقدون ما حصلوا عليه من تطور جوانب مختلفة، وإن كانت هناك بعض التقارير المقلقة التي تشير إلى إمكانية حدوث انتكاسة أو تراجع يشمل كافة جوانب النمو لدى فئة قليلة من التوحدين خلال مرحلة البلوغ وما بعدها.

ولكن هناك تقارير أيضاً تشير إلى أن بعض هؤلاء يتردى مستواهم لسوء الحظ، مما يؤدي إلى انخفاض قدرتهم على التعلم وانخفاض الدرجات التي يحصلون عليها في اختبارات الذكاء.

٢- الاضطرابات النفسية:

إن مستوى وشدة الاضطرابات النفسية التي تواجه البالغ التوحدي تختلف تبعاً لنوع اضطراب التوحيد نفسه، فيما إذا كان التوحيد عادياً أو

شديدًا. وتعد مشكلات الإحباط والإثارة من أكثر الاضطرابات النفسية المرتبطة بالتوحد في مرحلة البلوغ، والتي يجب التعامل معها بحذر.. وذلك؛ لأن هذا المراهق التوحدي لا يستطيع التعبير بوضوح وبالطريقة التي نفهمها، وإنما يعبر عنها بسلوكيات قد تكون عدوانية أحيانًا، وربما تشكل ضررًا بشكل أو بآخر.

٣- النوبات الصرعية؛

حسب ما يشير إليه الدكتور ستيفن. م أدبلسون (Stephen M. Edelson) من مركز دراسة التوحد بسالم أوريجن بأن واحدًا من كل أربعة من أطفال التوحد يصاب بنوبات صرعية خلال مرحلة البلوغ. والسبب الرئيسي لذلك لم يعرف بعد، وربما يكون السبب مرجعه تغيرات هرمونية في الجسم، وأحيانًا قد لا تظهر هذا النوبات الصرعية. مثالًا: قد يكون ذات صلة بالتشنجات.

وتتضمن النوبات الصرعية غير واضحة الأعراض (دون السريرية) ما يأتي من أنشطة:

١ - أعراض مشكلات سلوكية؛ مثل العدوانية، وإيذاء الذات، والأذى بقوة.

٢ - تقدم بسيط للتخصيل الأكاديمي، بعد أن كانت هناك مكاسب جيدة خلال فترة الطفولة، وقبل سنوات المراهقة.

٣ - فقدان لبعض المكاسب السلوكية المعرفية.

٤ - ولا بد أن نشير إلى أن معظم الأشخاص التوحدين لا يعانون نوبات صرعية خلال فترة البلوغ، وتشير الدراسات أن ٢٥٪ من أفراد التوحد قد يصابون بنوبات صرعية إكلينيكية. وكل حالة إذا لم يتم

علاجها بصورة معقولة، فإن آثارها سوف تكون ضارة بالنسبة إلى البالغين التوحدين.

المشكلات الاجتماعية للتوحدي في فترة البلوغ؛

هناك العديد من المشكلات والاضطرابات في التفاعل الاجتماعي التي يعاني منها المراهق أو البالغ التوحدي، منها ما يلي:

- الاضطرابات في إقامة العلاقات المتكافئة.
- الإخفاق في فهم الصداقة.
- الإخفاق في فهم من ليس بصديق.
- الإخفاق في الإستجابة بطريقة ملائمة لمشاعر الآخرين.
- الإخفاق في المشاركة في المشاعر والخبرات.
- افتقار السلوكيات الاجتماعية الملائمة.
- الإخفاق في تفسير التلميحات.
- الإخفاق في فهم القوانين، الفضيلة، الخداع.
- العمى العقلي، فهم المعتقدات، والرغبات.

بعض الأساليب التي يمكن استخدامها لتحسين التوافق الاجتماعي وتطوير حياة الأفراد التوحدين وأسراهم:

١ - البدء منذ الطفولة المبكرة:

إن المكون الأكثر أهمية في أى برنامج للتدخل الاجتماعي هو الحاجة لتوفير خطوط رئيسية وواضحة، محددة ما هو مقبول أو غير مقبول من سلوكيات المراحل الأولى من الحياة أى منذ الطفولة المبكرة.. وذلك لأن الأطفال التوحدين لديهم اضطرابات في القدرة على اكتساب القوانين الاجتماعية لتكييف سلوكياتهم بطريقة ملائمة.

٢- تعلم قواعد السلوك الاجتماعي :

يحتاج التوحيدين إلى توجيه خاص عن متى أو كيف يقومون بالمهام الضرورية للتقبل الاجتماعي؟ وهناك عدد من النقاط التي يجب توضيحها لهم لتمدهم بتفسيرات دقيقة عن سبب عدم قبول بعض السلوكيات منهم.. ومن أهم هذه القوانين والآداب العامة - الملبس والمأكل والمشرب - والتعامل مع الآخرين - ينبغي تعريفهم إياها بأسلوب يتناسب ومدى استيعابهم. وكلما كان في سن مبكر كلما كان أفضل وأسرع.

٣- تعلم العناية بالصحة الشخصية:

قد يحتاج التوحدي إلى العيش في مكان مستقل، وحيث يجب تدريبه على كيفية العناية بصحته الشخصية عن طريق وضع جدول معين لتنظيم نشاطه الأسبوعي.

٤ - الاستجابة للآخرين :

يلاحظ أن الأطفال التوحيدين لديهم اضطراب شديد في الفهم. ومن المهم جدًا في الاتصال الاجتماعي أن يكون لدى الفرد فهم كامل عن متى يكون التحدث مع شخص ما ملائم أو غير ملائم، أو ما إذا كان موضوع معين يجب إثارته من عدمه.

٥ - المساعدة على فهم اجتماعي أكثر تعقيدًا:

هناك العديد من مشكلات الرفض الاجتماعي التي قد يتعرض لها الكثير من التوحيدين، يجب أن نعلمهم كيفية التعرف إذا ما كان الشخص صديقًا أم لا كمهمة شبه مستحيلة للشخص التوحدي، لذا يجب مساعدته على فهم اجتماعي أكثر تعقيدًا مما تعلمه من قبل.

٦ - كيفية تعليم التوحدي قول (لا):

بعض الأشخاص التوحيدين في مرحلة المراهقة قد يودون الحفاظ على بعض الصداقات، ولذلك نراهم ينفذون ما يطلب منهم من أولئك الأصدقاء، بغض النظر عن نوعية هذه المطالب أو شرعيتها، وهنا تكمن المشكلات الاجتماعية بالنسبة إليهم. لذا فمن الضروري أن نعلمه قول (لا) بطريقة مهذبة، وذلك عندما يشعر أن هذا الطلب سوف يؤدي به إلى المشكلات.

٧ - احترام مشكلات الآخرين:

لكي يصبح الأشخاص التوحيدين ذوي الكفاءة العالية قادرين على مساعدة أنفسهم، فلا بد أن يتعلموا كيف يصارحون الآخرين عن طبيعة مشكلاتهم الاجتماعية... ومثل هذا الأسلوب لا بد تناوله بحذر؛ لأن هذا الاضطراب قد يتعارض مع الوسائل التي يتم استخدامها أحياناً لتشجيع التفاعل الاجتماعي، خاصة مع التوحيدين.

٨ - تعديل مطالب البيئة الاجتماعية:

إن التركيز على توقعات الآخرين أو سلوكياتهم، يكون له أثر مهم في التدخل؛ مثل التركيز على عيوب الشخص التوحدي، ولكن هذا يتطلب مرونة ملحوظة من جانب المهتمين به.

٩ - التعلم من الأخطاء:

بسبب كثرة المشكلات الاجتماعية الناتجة عن التوحد، فإنه مهما كانت المساعدة، فإن المشكلات تحدث بين وقت وآخر، ولذا يجب أن يعي كل من يعمل مع الأشخاص التوحيدين أنه بدلا من الإخفاق في التعامل معهم، فإنه من المهم معرفة أن الأخطاء يمكن استعماها بطريقة فعالة أى التعلم منها في المستقبل.

١٠ - التدريب على المهارات الاجتماعية:

إن التدريب على المهارات الاجتماعية بالنسبة إلى التوحدي أمر فى غاية الأهمية، وبالذات فى مراحل مبكرة من عمره، فالاضطراب الاجتماعى الذى يصاحب التوحيدين يكون مختلفاً عن الصعوبات الاجتماعية المتعلقة بالأمراض الأخرى.

١١ - تحسين القدرة على إدراك المفاهيم:

إن المشكلات المرتبطة بإدراك المفاهيم لدى الأطفال التوحيدين يمكن تحسينها بكثير من طرق التدريب ويجب أن يبدأ فى سن مبكرة من عمر الطفل، وبالتدريب المتواصل.

وفيما يلى بعض الحلول للتعامل مع الآثار المحتملة لمرحلة البلوغ:

- من المهم أن يلم أولياء الأمور ببعض الجوانب المعرفية المتعلقة بالتطور الجسدى وبعض الأمور الجنسية البسيطة المتعلقة بأبنائهم كأى ابن آخر يمر بنفس المرحلة.
- فيما يتعلق بالتطور الجسدى لا بد أن نفهم بوصفنا آباء أن هناك العديد من الأمور التى قد تضايق الشاب التوحدي فى مرحلة المراهقة، كما هو الحال مع الشاب العادى، ومنها التغيرات التى تحدث أثناء مرحلة البلوغ، كظهور الشعر على المناطق الحساسة من الجسم، وإفهام الشاب بذلك من حين لآخر، كيف يعتنى بصحته ونظافته الشخصية.
- وأفضل طريقة للتعامل مع الشاب التوحدي فى هذه المرحلة من عمره هى أن نحقق له نقطة الاعتماد على النفس، ومن أهمها ما يلى:
 - اعتماد على نفسه فى دخول دورة المياه.
 - اعتماده على نفسه عند الاستحمام.

- اعتماده على نفسه فى ارتداء ملابسه الداخليه والخارجيه.
- تعويده على إغلاق باب الحمام أثناء وجوده فيه، وكذلك إغلاق باب غرفته أثناء خلعه ملابسه.
- تعليمه الحرص على إغلاق سوسته بنظونه قبل خروجه من الحمام.
- إذا كان الطفل متعوداً أن يتبول وهو واقف، فيمكن إجلاسه مثلاً حتى يحافظ على نظافة المكان.
- يمكن أن تطرق عليه باب الحمام من وقت لآخر لتثيت انتباهه، ومنعه من أداء حركات غير مرغوبه.
- بعد انتهاء الطفل من الاستحمام يجب ان تحرص الأم على تعويده على ارتداء ملابسه الداخليه.
- إعطاء نموذج لهذه العادات بأن نقوم جميعاً باتباع هذه القاعده حتى يستوعبها الطفل أو المراهق.

الوقاية .. والعلاج من اضطراب الذاتوية (التوحد)

بسبب طبيعة التوحد، الذى تختلف أعراضه وتخف وتزيد من طفل لآخر، ونظرًا للاختلاف الطبيعى بين كل طفل وآخر، فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلح للتخفيف من أعراض التوحد فى كل الحالات. وقد أظهرت البحوث والدراسات أن معظم الأشخاص المصابين بالتوحد يستجيبون بشكل جيد للبرامج القائمة على الأمور الثابتة والمتوقعة (مثل الأعمال اليومية المتكررة والتي تعود عليها الطفل)، والتعليم المصمم بناء على الاحتياجات الفردية لكل طفل، وبرامج العلاج السلوكى، والبرامج التى تشمل علاج اللغة، وتنمية المهارات الاجتماعية، والتغلب على أية مشكلات حسية. على أن تدار هذه البرامج من قبل أخصائيين 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 فى البرنامج، وتوفير الدعم النفسى والاجتماعى لهما.

ويؤكد عددًا من الباحثين أنه قد أصبح الآن من الممكن تشخيص مرض التوحد عند الأطفال فى نهاية السنة الأولى من عمرهم بعد أن كان من الصعب تشخيصه قبل أن يبلغ الطفل منتصف السنة الثانية من عمره فإذا اكتشف الوالدان أنه لا يقدر على نطق بعض العبارات مثل (ما... ما... با... با...) ولا ينظر فى عين الآخرين ولا يتسم لأحد بعبارات المداعبة ولا يستجيب عند سماع اسمه ويرتبط ارتباطًا شديدًا بلعبه واحدة ولا يستطيع نطق كلمتين حتى سن عامين فهناك احتمال أنه مصاب بالتوحد.

ومن أحدث ما توصلت إليه الابحاث عن مرض التوحد ومن أحدث ما توصلت إليه الأبحاث أن مرض التوحد من الإعاقات التطورية الصعبة بالنسبة للطفل وأسرته حيث يعاني الصغير من مشاكل التفاعل الاجتماعى وتأخر النمو الإدراكى فى الكلام وفى تطور اللغة. فقد لا يبدأ الكلام قبل سن خمس سنوات. هذا بالإضافة إلى البطء فى المهارات التعليمية كما يعاني ٢٥٪ منهم من حالات صرع ومن الحركات الزائدة وعدم القدرة على التركيز والاستيعاب.

ولا نستطيع القول أنه مرض وراثى لأنه أيضًا يرتبط بالعامل البيئى. فقد يكون الطفل حاملًا للجين المسبب للمرض ثم يتعرض أولاً لبيئة تسبب ظهور أعراض المرض. ويرتبط التوحد بعدد من الجينات وليس جينًا واحدًا، وهذه بعض النظريات التى توصلت لها الأبحاث عن أسباب مرض التوحد:

- لوحظ أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يعانون من حساسية من مادة الكازين (وهى موجودة فى لبن وحليب الأبقار والمعاز) وكذلك الجلوتين (وهى مادة بروتينية موجودة فى القمح والشعير والشوفان)!
- عندما يأخذ الطفل المضاد الحيوى يؤدى ذلك إلى القضاء على البكتيريا الضارة والنافعة أيضًا فى الوقت نفسه وإلى تكاثر الفطريات التى تقوم بدورها فى إفراز المواد الكيميائية.
- لقاح النكاف والحصبة والألمانية.. وجد أن الأطفال المصابون بالتوحد يعانون اضطرابات فى جهاز المناعة مقارنة بالأطفال الآخرين وهذه اللقاحات تزيد فى الخلل وبعض دراسات المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية أثبتت أن هناك علاقة بين حدوث التوحد وهذه اللقاحات.
- عند حساب كمية الزئبق التى تصل للطفل عن طريق إعطاء اللقاحات -

وجد أنها أعلى بكثير من النسبة المسموح بها حسب لوائح منظمة الأغذية العالمية والأدوية الأمريكية وهذه النسبة تعتبر سامة وضارة بصحة الطفل وقد تكون من الأسباب التي تؤدي إلى التوحد.

- وهناك حقيقة هامة أخرى عن هذا المرض وهى أن ٧٥٪ من حالات الإصابة به تكون بين الذكور وهو بذلك يشابه مرض هشاشة كروموسوم x الوراثة ولذلك هناك تحذيرات طبية تحذر من عدم الخلط بينه وبين مرض التوحد، وتشير إلى أن قسم بحوث الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة قد توصل إلى سمات مميزة إكلينيكية من خلالها يمكن معرفة الفرق بين المرضين وتؤكد ضرورة الدقة والتشخيص حيث يعتمد التشخيص على تقدير الطبيب فقد يرى أنها حالة توحد بينما يرى غير أنها ليست كذلك.

ومن المؤشرات التي تساعد في الكشف عن وجود التوحد:

- الصعوبة في الاختلاط والتفاعل مع الآخرين.
- يتصرف الطفل كأنه أصم.
- يقاوم تغير الروتين.
- يضحك ويقهقه بدون مناسبة.
- لا يبدي خوفاً من المخاطر.
- يشير بالإبهامات.
- لا يحب العناق.
- مفرط الحركة.
- لا يستطيع التواصل مع البشر.
- تدوير الأجسام واللعب بها.
- ارتباط غير مناسب بالأجسام والأشياء.
- يطيل البقاء واللعب الانفرادى.
- أسلوبه متحفظ وفاتر المشاعر.

أما عن علاج هؤلاء الأطفال فقد أكدت نتائج إحدى الدراسات أن ٩٠٪

منهم يعانون من نقص في الزنك وزيادة في النحاس ونقص في الكالسيوم والمغانسيوم ونقص في الأحماض الدهنية غير المشبعة ونقص كامل في مضادات الأكسدة وإجراء هذه التحاليل يتيح فرصة التدخل العلاجي بوصف الفيتامينات والدواء للأطفال.. ولا تزال الأبحاث مستمرة لمساعدة الأطفال الذين يعانون من التوحد.

أولاً: الوقاية من اضطراب الذاتوية (التوحد):

لا يوجد وقاية من اضطراب الذاتوية (التوحد) ولكن علينا أن نتعلم بعض الأشياء لكي نساعد أبنائنا من التوحدين وهى:

١ - مساعدة الأسرة في الكشف عن وجود اضطراب الذاتوية (التوحد) ومعرفة كيف نعلم أن هذا الشخص لديه توحد من خلال إعطاء فئات الاحتياجات الخاصة اهتمام ومكان في الإعلام المصرى ومؤسسات المجتمع المختلفة.

٢ - مساعدة الأسرة على التفرقة بين الإعاقات الأخرى وخاصة التخلف العقلى وعدم إدخالة مع الذاتوية (التوحد).

٣ - أن نجعل نظرة المجتمع إلى الأطفال ذوى الإعاقة ليست نظرة الشفقة أو الخوف بل نظرة الاهتمام، ومعرفة أن هؤلاء الأفراد لهم حقوق في المجتمع ونقوم بذلك من خلال عمل بعض الندوات للتعريف أكثر بالإعاقة.

٤ - أن يقرأ الوالدين والأم خاصة كل ما تستطيع من الذاتوية (التوحد).. وأدعو الله أن يفيد هذا الإصدار من سلسلة ثقافة سيكولوجية للجميع في هذا الجانب.

٥ - محاولة تطوير علاقة الوالدين بالطفل والتأكيد بأن محبتها له لن

تقل بسبب أنه متأخر عن أقرانه وهذه المحبة أشياء يحسها الأطفال من نظرة أو لمسة.

٦ - تعلم الأطفال الذاتيين (التوحيدين) بعض الأشياء مثل :

أ - لعبة Body part: يتعلم الطفل أجزاء الجسم عن طريقها.

ب - لعبة الألوان وهي مهمة من أجل تعليمه الألوان الرئيسية عن طريق الملابس والألعاب، تعلم الطفل أسماء الفواكه والخضروات والألوان بعدها نطلب منه أن يذكر لون فاكهة معينة تعرض عليه واسم هذه الفاكهة فذلك ينمي الصورة الذهنية في ذهن الطفل.

ج - تعليمه بعض الأغاني السهلة والقصيرة.

د - تعليمه القراءة وتعزيز حب الكتابة في مفهوم الطفل فهو ما يساعد على تجاوز الأزمة أو على الأقل الخروج منها بأقل ضرر.

ثانياً : علاج اضطراب الذاتوية (التوحد) Prognosis- Autism :

من الأمور المتفق عليها أن الأطفال الذين يعانون من الذاتوية (إعاقة التوحد) هم أطفال معاقون بشكل واضح - إن صح استخدام هذا التعبير - في مجال استقبال المعلومات أو توصيلها للآخرين، وهذه الإعاقة تفضي بهم إلى القيام ببعض أنماط السلوك غير المناسب للبيئة والوسط الاجتماعي المحيط بهم.

ومن الطبيعي أن نتوقع أن يؤثر ذلك وبشكل واضح على قدرة الطفل على التعلم، وخاصة في مجال التعامل بالرموز مما يعرقل نشاط العمليات الضرورية لفهم اللغة واستخدامها بشكل جيد نظراً لوصولها عن طريق السمع مصحوباً باضطراب في الإدراك الحركي والبصري والسمعي - كما ذكرنا سلفاً.

وعلى هذا الأساس تسعى الأساليب العلاجية المتبعة مع هذه الفئات من

الأطفال إلى تحقيق هدفين رئيسيين هما: الأول: دفع الطفل إلى المزيد من النمو في سياق محاولات تعديل سلوكه.

الثاني: معاونة الوالدين في تعلم طرق التواصل مع الطفل والأسهام في علاجة خلال وجودهم معه بالمنزل.

ومما تجدر الإشارة إليه أن الهدفين السابقين ينطلقان من وجهة نظر مؤداهما أن الطفل الذاتوى يعانى من مجموعة من المشكلات السلوكية وأوجه القصور التى تجعل من الصعب عليه إن لم يكن من المستحيل أن يتعلم بدون تدخل من الآخرين وذلك بسبب عدم استجابته للمواقف الاجتماعية واضطراب سلوكه، وعلى ذلك فإن هناك هدف أساسى من تعليمه وتدريبه وهو تنمية مهاراته اللغوية كأداة للاتصال وكوسيلة لكسر حاجز العزله وتنمية مهاراته الاجتماعية حتى يمكن إعادة الطفل إلى المجتمع وقيامه بالمشاركة فى الأنشطة الحياتية اليومية التى تدور حوله.

وكما ذكرنا سلفاً أن التوحد (الذاتوية) من أشد الإعاقات التى تبدأ مع ميلاد الطفل وتستمر حتى مماته، ولا تنجو منها أو تشفى إلا نسبة ضئيلة لا تتعدى ٢٪ إلى ٧٪ ويقتصر على الحالات التى تعانى من توحد فقط، دون أن تكون مصحوبة بالتخلف العقلى أو إعاقات ذهنية أخرى حيث تزداد فرص تحسن حالاتهم بعد التأهيل الكامل، وخاصة إذا كانوا قادرين على التواصل واستخدام اللغة عند بلوغهم عمر من ٥ : ٧ سنوات وكانوا - كذلك - على ذكاء عادى أو عال.

وفى عدا ذلك نجد أن أكثر من ٧٠٪ من حالات المصابين بالتوحد يصلون إلى مرحلتى الرشد والشيخوخه وهم لا يزالون يعانون من شدة الإعاقة، كما يظلون فى حاجة إلى رعاية كاملة نظرًا إلى عجزهم عن تحقيق استقلال معيشى أو اعتماداً على ذاتهم فى إطار الأسرة أو فى أحد مراكز الرعاية الشاملة، حيث يقيمون

فيها ببقية حياتهم، وفي أحد البحوث المسحية التي أجريت في خمس ولايات أمريكية وجد أن ١-٢٪ أمكنهم تحقيق استقلال كامل اقتصاديًا واجتماعيًا، كما يعملون في مهن مناسبة لحالاتهم. وأن من ٥-٢٠٪ وصلوا بعد التأهيل إلى مستوى يكاد يكون عاديًا.

وفي جميع الحالات، يتوقف تقدم الحالة على البيئة المحيطة وما إذا كانت ثرية حانية مساندة تهبي لهم فرص التقدم وتحقيق قدر ولو محدودًا من النجاح في رعاية الذات، وإشباع حاجاتهم الملحة المتعددة، ويتحقق هذا - بطبيعة الحال - إذا لم يكن الفرد المصاب يعاني من نوبات صرع.

وعلى الرغم من البحوث التفصيلية التي أجريت خلال ما يزيد عن نصف قرن من الزمان للكشف عن أسرار التوحد، فإن ما نعرفه اليوم عنه هو أقل بكثير مما لا نعرفه، وخاصة بالنسبة إلى العوامل المسببة لحدوثه... صحيح أصبحنا نعرف أن للوراثة دورًا كعامل مسبب، كما تلعب العوامل البيئية، فلا زال يحيطها الغموض، ولم نصل بعد إلى معرفة طبيعه تلك العلاقة بينها بين التوحد.

ومن البديهي أنه طالما لم نعرف ونحدد العوامل المسببة، فلن يوجد علاج طبي شاف لما تحدثه إصابات التوحد من خلل وقصور عضوى أو وظيفى فى المخ والجهاز العصبى.

ولكن بالرغم من أنه لا يوجد علاج طبي ناجح حتى الآن، إلا أن التدخل العلاجي - وبصفه خاصة بالبرامج التعليمية - قد قطع شوطاً بعيداً فى تدريب وتنمية مهارات أطفال التوحد.

وهناك العديد من الأساليب العلاجية المستخدمة مع التوحد وليس هناك علاج أفضل من غيره فكل تلك العلاجات تتعامل مع التوحد من رؤى

وفرضيات مختلفة، وهناك حالات نجحت معها برامج العلاج السلوكي، وأخرى نجحت معها الوسائل التي تنمى المهارات الاجتماعية، أو الجانب اللغوي، وهكذا.

أولاً: العلاجات الطبية:

هناك العديد من العلاجات الطبية، والتي يهدف كلا منها لعلاج مشكلة معينة بالجسم ومن تلك العلاجات:

١ - فايتمين B6 والماغسيوم (Vitamin B6 Magnesium):
ويساعد هذا الفيتامين بعض الحالات التوحدية ممن لديهم نشاط زائد، ويحسن من سلوكهم، ويحسن اللغة واضطرابات النوم، ويزيد الانتباه. والماغسيوم معدن مساعد في تكوين الناقلات العصبية المضطربة لدى الأطفال التوحدين، كما يساعد في بناء العظام وحماية الخلايا العصبية والعضلات ويقوى دور الأنزيمات في الجسم.

٢ - الفينوثيازى (Phenothiazines):
وقد استخدم بفاعلية في علاج العظام ولكنه لم يظهر مساعدة تذكر مع التوحد.

٣ - الليثيوم (Lithium):
استخدم في علاج الاضطرابات الانفعالية (الهوس الاكتئاب). وأظهر فائدة قليلة لدى الأطفال التوحدين مع الاضطراب الانفعالي الهوس الاكتئابى.

٤ - هاموديايلىس (Hoemodialysis):
استخدم في علاج العظام والتوحد، ولكنه لم يظهر مساعدة تذكر.

٥ - عقار النالتر كسونر (Nalterxoner):
وهو يعمل على الحد من إثارة الدماغ، ويخفض من السلوكيات النمطية، ويزيد من مقدار العلاقات مع الآخرين.

٦ - عقار الفنفلورامين (Fenfuluramine):

يعمل على خفض مستويات السيروتونين في الدم، ويسبب زيادة مستويات هذه المادة في دم الأطفال التوحدين، ولوحظ بعض التحسن بعد تناول العقار.

٧ - عقارات فلو فكسامين (Fluvaxamine) وفلو كستين (Fluoxetine)

وسيرترلين (Sertraline):

تعمل هذه العقارات على الوقاية من إعادة امتصاص السيروتونين من قبل الخلية العصبية، ولقد استفادت بعض الحالات من هذه الأدوية.

٨ - الأدوية المضادة للصرع:

وتستخدم لأن كثير من التوحدين لديهم نوبات صرع، وكذلك وجود الحبسة الصرعية (Epileptic Aphosias) لدى بعض الحالات.

٩ - الميلاتونين الفمى (Oral Melatonin):

وتستخدم هذه المادة المنتجة من خلال الغدة الصنوبرية في الدماغ للحد من المشكلات التي يعاني منها التوحديون، حيث لها أثر فعال في تنظيم دائرة النوم واليقظة.

١٠ - الحمية الخالية من الجلوتين والكازين

:(Glutin & Casin Free Diet)

إن الأساس الذي تركز عليه هذه الحمية هي نظرية الببتايد الأفيونية الذي أكتشفها العالم رتشاليت. وهى عدم قدرة الطفل على هضم نوعين من البروتينات، وهما مادة الكازين، وهو البروتين الموجود في الحليب ومشتقاته، والجلوتين الموجود في القمح ومشتقاته، وبالتالي عدم القدرة على تحويلها لجزيئات

صغيرة في الأمعاء وبالتالي يتراكم ما يسمى (بالبتايد الأفيونية) الذي يمتص من الأمعاء ويسير في الدم، مما يسبب نشاطاً مفرطاً.

١١ - العلاج بالسكرتين (Secretin):

السكرتين هو هرمون يوجد في الأمعاء وينظم وظائف المعدة، ويستعمل لفحص وظائف البنكرياس، وتشخيص بعض أمراض الجهاز الهضمي، وخاصة أمراض المرارة، وقد بدأ البعض بحقن جرعات من هذا الهرمون للمساعدة في علاج الأطفال المصابين بالتوحد؛ حيث يقوم السكرتين باستمالة البنكرياس لإفراز مادة البيكربونات ليخفف من حموضة المعدة، ويوضح ورنر (Waner, 2000) - أن حوالي ٨٥٪ من هذه الحالات حصل فيها تحسن، بعد أن تم إعطاؤها جرعة واحدة من هرمون السكرتين.

ومن الآثار الجانبية للسكرتين: النشاط الزائد، العدوانية، وبعض الأطفال يكون لديهم صرع خفيف بعد تناول الجرعة الرابعة.

١٢ - العلاج عن طريق كرينوسكرل (Crano Saxral Threapy CST):

هي تدليك خفيف للجمجمة ولأسفل فقرات العمود الفقري. ونظرية هذا العلاج تتمركز حول الأغشية السحائية في الجهاز العصبي. ويشرح بروفيسور جون إيليدجر - الرائد في هذا العلاج نظرية هذه الطريقة بالنسبة إلى التوحد، حيث يذكر أنه خلال عملية النمو الطبيعية لمخ الطفل لا بد وأن الغشاء السحائي الذي يغطي التجاويف والمخ أن ينمو هو الآخر ليمشى مع نمو بقية أجزاء الجهاز العصبي.

١٣ - العلاج بالتكامل الحسي:

(Sensory Integration Therapy (SIT))

يقوم ذكر جرين (Green, 1969) أن هذا النوع من العلاج على أساس أن

الجهاز العصبي يقوم بربط جميع الأحاسيس وتكاملها (مثل حواس الشم، السمع، البصر، التوازن، الذوق) وقد تؤدي إلى أعراض توحدية. ويقوم هذا النوع على تحليل هذه الأحاسيس، ومن أهم محتويات مثل هذه البرامج القائمة على الدمج الحسي قيام المدرب بالتعرف على المتغيرات التي تدفع الطفل للانخراط في أنشطة معينة، ومن ثم العمل على توجيه الطفل إلى أنشطة مفيدة، وتتمحور مثل هذه البرامج حول استخدام اللعب بوصفه وسيلة لرفع البرامج إلى تنمية الدمج الحسي وتطويرة، مما يجعل الفرد أكثر ثقة في نفسه، وأكثر تكيفاً مع المؤثرات الحسية من حوله. وأغلب الدراسات تشير إلى نقص ضوابط البحث العلمي في مثل هذه البرامج.

وتكمن علاقة التضامن الحسي بالتوحد في أن الأطفال التوحدين لديهم خلل في (النظام الحسي) (Dysfunctional Sensory System) حيث إن الخلل لديهم قد يكن (نقص تفاعل أو زيادة تفاعل) في إحساس واحد أو أكثر. فهناك أطفال يتأثرون بالصوت بشكل شديد، وآخرون يتصرفون وكأنهم لا يسمعون.

١٤ - برنامج التكامل السمعي:

إن هذه الطريقة التي ذكرها جاي بيراد (Gay Brevard) هي علاج لتدريب المخ لاستقبال المعلومات بطريقة صحيحة، ويكون هذا عن طريق الاستماع لموسيقى مفلترة باستخدام الساعات، فالأشخاص المصابين بالتوحد مصابون بحساسية في السمع، فهم إما مفرطون في الحساسية، أو لديهم نقص في الحساسية السمعية. ولذلك فإن طريقة العلاج تقوم على أساس تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق فحص السمع أولاً، ثم يتم وضع سماعات على أذان الأشخاص التوحدين، بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي Digital بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادتها في حالة نقصها.

ومن نتائج التدريب السمعى ما يلى :

- زيادة التركيز لفترة أطول .
 - تحسن فى التحصيل المدرسى .
 - تحسن فى القدرة على التنظيم .
 - تحسن فى القراءة .
 - تناقص فى الاندفاع والتهور
 - زيادة التواصل الاجتماعى
 - القدرة على إهمال المؤثرات الجانبية، والتركيز على المثير الأساسى .
 - القدرة على إنهاء الواجب المدرسى المطلوب .
 - وضوح فى الكلام مع زيادة القدرة على التعبير بالكلام الواضح .
- ولقد تم اكتشاف البرنامج من قبل الدكتور بيرارد منذ حوالى أكثر من ٣٠ سنة فى فرنسا، حيث ساعد عشرة آلاف شخص يعانون من صعوبات التعلم، والتوحد، والاكتئاب، وصعوبة التخاطب. وشمل التحسن ٩٠٪ من الأشخاص، حيث كان هناك تحسن فى القراءة، والكتابة، والتركيز، والتواصل الاجتماعى.

ثانياً: العلاجات النفسية والاجتماعية؛ ومنها:

١- العلاج باللعب:

ولقد اقترح هذا العلاج كمحاولة لمساعدة الأطفال التوحدين على تكوين مشاعر خاصة بالذات والشعور بأنهم مقبولون، وهذا يأتى من العلاقة الدافئة بين الأهل والمعالج.

٢- العلاج بالقصص الاجتماعية:

تقوم الطريقة القصصية، على سماع الطفل لسيناريوهات يفهم نتائجها بنفسه، وأن الأفراد الآخرين يمكن أن يكون لهم وجهات نظر ورغبات وحاجات وقدرات مختلفة. وبإثارة الطفل التوحدى بالأسئلة أو الاستفسارات

أو الاستيضاحات يصل الطفل إلى الإدراك الموضوعى بصورة أكبر لحقوق الآخرين ومسئولياتهم.

وتأتى القصص الاجتماعية التى يمكن تقديمها للطفل التوحدى فى أربعة أنواع؛ هى:

أ - القصة الوصفية Descriptive Stories: التى تصف للطفل ما يفعله الآخرون فى المواقف الاجتماعية المختلفة.

ب - القصة الموجهة Directive Story: التى ترشد انتباهه إلى الاستجابة السلوكية المرغوبة فى مواقف اجتماعية محددة تقدمها القصة.

ج - القصة الإعلامية Persoective Story: التى تقدم للطفل وجهات نظر وردود فعل الآخرين تجاه المواقف الاجتماعية التى تجسدها القصص حتى يعى الطفل كيف يفهم الآخرون.

د - القصة الضابطة المعرزة Control Story: التى تقدم للطفل الاستراتيجيات التى يمكنه استعمالها لتفعيل ذاكرته واستيعابه للقصص الاجتماعية.

٣- العلاج بالاحتضان:

هذا العلاج الذى طورته (مارثا ويلش) فى مدينة نيويورك ويهدف إلى تشجيع آباء الأطفال التوحدين وأمهاتهم على احتضان أطفالهم لفترة أطول، ومحاولة مقاومة الطفل لذلك الاحتضان أو التخلص من والديه بسرعة، لأن هذا الاحتضان الطويل يؤدى بالطفل إلى قبول الاحتضان وعدم رفضه.

ولأهمية الاحتضان، فقد ابتكرت الدكتورة قبل غراندان آلة حضن علاجية، المهدف منها - هو الشعور بالاستقرار والتخلص من الاضطراب والهيجان.

٤ - العلاج بالموسيقى:

تستخدم بعض المدارس والمراكز المتخصصة الموسيقى مع الأطفال التوحدين، وقد أثبتت هذه الطريقة نتائج جيدة ومؤثرة مع هؤلاء الأطفال؛ لأن الموسيقى لغة اتصال غير لفظية تخاطب المشاعر والوجدان وتغير المدخل الذى يمكن الاتصال به مع الآخرين.

ولعل الأنشطة الموسيقية من أحب الأنشطة التى يجبها الأطفال التوحدين ويستجيبون لها، وذلك بسبب افتقارهم إلى مهارات التواصل المعتادة للأشخاص العاديين، كما أنها وسيلة آمنة يرتاح لها الأطفال والبالغون التوحدين.

٥ - العلاج بالفن:

للفن أثر مهم فى تنمية عملية الاتصال لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات فى النمو، أو فى مهارات الاتصال سواء الاتصال اللغوى أو الاجتماعى. والفن فى حد ذاته يتيح للأفراد فرصة للتعبير عما بداخلهم والاتصال بغيرهم. وتهتم برامج العلاج بالفن مع التوحدين بعدة أشياء؛ منها ما يلى:

- إطلاق الشعور التعبيري والانفعالي لدى الطفل وذلك من خلال تطور التفاعل الإنساني بينه وبين العمل الفنى.
- تعمل برامج العلاج بالفن على تنمية وعى الطفل بنفسه، وأنه قادر على إخراج عمل جميل.

ثالثاً: العلاجات السلوكية والمعرفية (التربوية) ومنها:

- طريقة (لوفاس) (العلاج السلوكي):

تعد طريقة لوفاس واحدة من طرق العلاج السلوكي. لذلك تسمى بالعلاج السلوكي Behavior Therapy أو علاج التحليل السلوكي Behavior Analysis Therapy.... وتقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك

بدراسة البيئة التي يحدث بها. ومبتكر هذه الطريقة هو (Ivor Lovaas) استاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس.

وحيث أن العلاج السلوكي يعتمد على الاستجابة الشرطية، بحيث يتم مكافأة الطفل على كل سلوك جيد، أو على عدم ارتكاب السلوك السيء، وكذلك عقابه على كل سلوك سيء. وتعتمد طريقة لوفاس على الاستجابة الشرطية. وتعد طريقة (لوفاس) مكلفة جدًا، نظرًا لارتفاع تكاليف العلاج حيث يجب ألا تقل مدة العلاج السلوكي عن (٤٠) ساعة في الأسبوع.

- برنامج تيتش (Teacch):

يعد برنامج (تيتش) برنامجًا تطويريًا للخدمات المقدمة للتوحيدين وتيتش هو اختصار لاسم البرنامج باللغة الإنجليزية Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children (علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له).

وقد أقرح هذا البرنامج البروفيسور أريك شوبلر وهو أب لشاب مصاب بالتوحد، اقترح هذا البرنامج عام ١٩٦٦م، وقام بتطويره وتصنيفه. ويتم تقديم هذه الخدمة عن طريق (مراكز تيتش) في ولاية نورث كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية.

وتمتاز طريقة (تيتش) بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقديم تأهيلات متكاملة للطفل، كما أنها تمتاز بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل.

- برنامج التواصل الميسر (Facilitated Communication):

تقوم هذه الطريقة على فرضية أن الأطفال والبالغين المصابين بالتوحد أو أية إعاقات نمائية أخرى لديهم عيوب حركية تمنعهم عن التعبير عن أنفسهم، مع أن

لديهم معرفة جيدة باللغة المكتوبة، وللتغلب على هذه المشكلة يقوم المعالج بالإمساك بالأيدى للمساعدة في تهجئة الرسائل على لوحة المفاتيح، ولقد اكتسبت هذه الطريقة شهرة بسبب النتائج السريعة في زيادة اللغة لدى الأشخاص المصابون بالتوحد.

- برنامج فالست ورد (Fast Ford Word):

هو برنامج إلكترونى يعمل بالكمبيوتر، ويعمل على تحسين المستوى اللغوى للطفل المصاب بالتوحد، وقد تم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التى قامت بها عالمة اللغة بولا طلال، حيث قامت بتصميم البرنامج سنة ١٩٩٦م، وتقوم فكرة البرنامج على وضع سماعات على أذنى الطفل، وبينما هو يجلس أمام شاشة الكمبيوتر، ويلعب ويستمتع للأصوات الصادرة من هذا اللعب. ويركز هذا البرنامج على جانب واحد هو اللغة، وبالتالى يفترض أن الطفل قادر على الجلوس على الكمبيوتر دون وجود عوائق سلوكية.

- برنامج صن رايز (Son-Rise-Program):

لقد بدأت قصة (صن رايز) مع السيد والسيدة كوفمان. عندما شخص أحد الأطباء طفلهم الذى يبلغ من العمر تسعة عشر شهراً، أنه مصاب بالتوحد الشديد، وبدلاً من البحث عن علاج له، قاموا باختراع برنامج منزلى وحولوا طفلهم الذى كان لا يستطيع الكلام، وكان منعزلاً، ودرجة ذكائه ضعيفة - إلى طفل يتكلم ويتفاعل اجتماعياً، وبدرجة ذكاء عالية. وبعد سنتين ونصف من تطبيق البرنامج لم يعد طفلهم يحمل تشخيص (توحد) بل كبر (رايز) وتخرج من الجامعة.

ويهتم برنامج (صن رايز) بتقوية التواصل الاجتماعى للطفل، وهذا ما يميزه

عن بقية البرامج. ومن الأساسيات التى يتبناها البرنامج: استخدام رغبات الطفل أساساً للتعليم والتعلم من خلال اللعب المشترك، واستعمال عامل الإثارة والمتعة. فمثلاً طفل يقوم بحركات متكررة فبدلاً من أن نوقف هذه الحركات بالقوة نشاركه فعل هذه الحركات ونقف أمامه كى يرانا، وقد يعترض على طريقة المشاركة هذه، على أساس أن التقليد لهذه الحركات قد تعززها أكثر ويعطى برنامج (صن رايز) استراتيجيات للأطفال الذين يستعملون لغة التواصل، فمن أهداف البرنامج أن يتعلم الطفل أن الكلمات التى يتعلمها هى لاستعمالها بهدف التواصل.

وينصح كوفمان فى البداية بتعلم الكلمات التى تحتوى على حركات وعادة ما تكون هذه الكلمات أسهل ما يستجيب له الطفل فى النطق.

ولبرنامج (صن رايز) ثلاث مراحل: المرحلة الأولى، تقدم للوالدين، وتسمى البداية. وبعد ذلك ينفذ الوالدان الاستراتيجيات التى تعلموها مع طفلهم فترة من الزمن. ثم يرجع الوالدان مع طفلهم إلى المركز لتكملة المرحلة الثانية. ثم المرحلة الأخيرة، وتسمى (مرحلة الفعالية القصوى) (Intensive).

- العلاج بطريقة ميللر:

تقوم طريقة ميللر التى يتبناها مركز التطوير الإدراكى واللغوى بالولايات المتحدة الأمريكية (The Langage Cognitive Development Center): على فلسفة تربوية وإنسانية تنص بأن كل طفل - مهما كانت عزلته وتشوشه الشخصى - يحاول بالفطرة إيجاد طريقة يتعامل بها مع البيئة المحيطة. وبالتالى، فإن مهمة مركز التطوير الإدراكى واللغوى تبدو فى مساعدة الطفل فى استعمال كل قدرة مهما كانت كافية أو ضعيفة لديه فى تحصيل طريقة التعامل المناسبة له ولمدخلاته فى الحياة اليومية.

وتتلخص أهداف طريقة ميللر في علاج التوحد فيما يلي:

- ١ - تقييم إمكانية تعديل السلوك المضطرب لدى الطفل التوحدي.
- ٢ - تحويل السلوك المضطرب إلى نشاط عملي.
- ٣ - تحويل وإرشاد الطفل التوحدي من حالته النفسية والسلوكية المغلقة إلى حالة أخرى تسودها مداخلات واتصال وتفاعلات اجتماعية مادية.
- ٤ - تعليم الأسرة والمختصين في علاج التوحد (بطريقة ميللر) أساليب إرشاد الطفل في القراءة والحساب والتفاعل الاجتماعي.
- نظام بكل (Pecs) (نظام التواصل عن طريق تبادل الصور) (Picture Exchange Communication system):

هذه الطريقة أيضًا من الطرق التي تم تطويرها في الولايات المتحدة على يد أخصائي النطق بوندي وزوجته في عام (١٩٩٤م) وهدف هذه الطريقة تعليم الطفل الذي يعاني من ضعف في التواصل اللغوي طريقة تواصل مساعدة؛ سواء كان هذا الطفل قد شخص أنه مصاب بالتوحد أم بالضعف في التطور اللغوي فقط. وهذه الطريقة تتلخص في أن الطفل يدرب على إعطاء الصورة المناسبة للمعلم أن الأم عندما ترغب في شيء ما. هذا في المراحل المبتدئة من التدريب، أما في المراحل المتقدمة، فيدرب الطفل على تكوين جملة كاملة عن طريق رص البطاقات الخاصة بهذه الجملة على ملف لاصق.

- نظام سبيل (Spell):

وهو برنامج جديد من الجمعية الوطنية للتوحد ببريطانيا؛ التي لها خبرة طويلة في التعامل مع التوحد. ويعتمد هذا البرنامج بشكل أساسي على استعمال الطرق الإيجابية التي تدعم ثقة الطفل بنفسه، وكل حرف من حروف هذا النظام يعنى أساساً معيّنًا تقوم به الجمعية.. وذلك على النحو التالي:

S structure

- التعليم المنظم للطفل S

P positive approaches

- التعامل مع الطفل بشكل إيجابي P

E empathy

- التفاعل العاطفي E

L low arousal

- تقليل المؤثرات الخارجية التي تشتت التركيز L

L link

- التواصل بين الأهل والخدمات الأخرى L

رابعاً: البرنامج التعليمي الفردي:

Individualized Education Program IEP

البرنامج التعليمي الفردي هو برنامج خاص مبني على افتراض أن لكل طفل توحى احتياجات تعليمية خاصة به ومستويات نمو متباينة لقدراته المختلفة، وبالأحرى فأن لكل طفل صفحة بيانية Profile خاصة تحدد مشكلاته واحتياجاته والعمر العقلي لمستويات نمو كل قدرة من قدراته بالنسبة إلى عمره الزمنى، ويعد بناء هذا البرنامج على قياس وتقييم دقيق لتلك القدرات، يقوم بإجرائه فريق من الأخصائيين النفسيين والتربويين ليكون أساساً لتخطيط برنامج التعليم الفردي للطفل.

فالفكرة في التربية الخاصة هى أن نهىء الطفل التوحى للبيئة التعليمية الخاصة به، والتي تسمح بتعليمه بسرعة أقل من سرعة تعلم الطفل العادى، مع التركيز على أنشطة وموضوعات تعليمية وطرق تدريس وتكنولوجيا خاصة به، ليتمكن من تعويض القصور الذى تفرضه عليه إعاقة التوحى وعلى نمو قدراته، ويعتمد اختيار الفصل الدراسى المناسب لمستواه على درجة تخلفه فى كل قدره من هذه القدرات عن الطفل العادى عندما يلتحق بالمدرسة أو المركز التعليمى، وعما إذا كان يعانى من توحى فقط أو من إعاقات أخرى مصاحبه للتوحى.

- برامج التدخل المبكرة Early intervention Brogram:

يؤكد الباحثون أنه بالرغم من التقدم العلمى الحادث فى مجال علاج الأمراض الجسمية والنفسية والعقلية إلا أن الاضطراب التوحدى مازال لم يحظ بالدراسات الكافية، ولم يتم حصر الحالات فى علمنا العربى، وتحديد نسبة انتشاره، ولم تقم دراسات مستفيضة تحدد الأسباب، وطرق الوقاية والعلاج الفعال، فما زال هذا الاضطراب يكتنفه الغموض، ولا يزال تشخيصه من أكبر المشكلات التى تواجه العاملين فى مجال علاج اضطرابات الطفولة النفسية والسلوكية، أن دعم النمو المبكر يعود بفوائد عديدة على الأطفال وآبائهم، حيث يؤثر إيجابياً على قدرة الطفل على العطاء، وبالتالي على العلاقات الوالدية، فعلى سبيل المثال معرفة أسباب الإعاقة تساعد فى البرامج الإرشادية والوقائية الكفيلة بالحد من الإعاقة.

كما أن معرفة الأسباب النفسية لمشكلات الطفل تساعد على مواجهة تلك العوامل المسببة. وإرشاد وتدريب الوالدين للحد من تلك المشكلات والاضطرابات.

ولا يقتصر التدخل المبكر على التربية الخاصة فى مرحلة الطفولة المبكرة لدعم نمو الأطفال المتأخرين نهائياً، والأطفال المعروفين للخطر والإعاقة، والأطفال ذوى الإعاقات المثبتة، ولكن يشتمل أيضاً على خدمات الكشف والتشخيص المبكر.

والخدمات المساندة والعلاج الطبيعى والوظيفى والتطبيقات، والإرشاد والدعم والتدريب الأسرى والخدمات الوقائية المتعددة الأوجه التى يتم تنفيذها بالتعاون مع العاملين فى المجالات الطبية المختلفة، وخاصة مجال الرعاية الصحية الأولية، والتوعية الأسرية، والجماعية بوسائل الاتصال المسموعة والمقروءة والمرئية.

إن الطفل يتصف بالمرونة والارتجاع إلى الحالة الطبيعية وأن الطفل المعاق

والمعرض للخطر كلما تعرض إلى قدر مناسب من الخدمات كلما ساعد ذلك على الاقتراب من الوضع الطبيعي، فالتدخل يقلل الظروف السلبية التي يواجهها الطفل ويدفع إلى المستوى الإيجابي.

- الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر:
 - ويحدد بعض الباحثين الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر فيما يلي:
 - أهمية الدور الذي تلعبه أسرة الطفل المعاق لتعليمه.
 - أهمية تحسين كفاية الأسرة، وتقوية كيانها كمساعد في حل مشكلة الطفل المعاق.
 - تحسين العلاقة الوالدية بالمعاق خطوة أساسية في برامج التدخل المبكر.
 - أهمية توظيف قدرات أباء الأطفال المعاقين بالشكل المناسب ضمن إطار عمل الفريق للمساهمة في حل مشكلات أطفالهم.
 - إدخال الدعم الأسرى في برامج التدخل المبكر يضاعف من تأثير تلك البرامج.
 - أن تتضمن أهداف التدخل المبكر أهدافاً عمومية (صحة المعاق النفسية - تهيئة البيئة الأسرية...) إلى جانب اهتمامها بالجوانب النائية للمعاق.
 - أهمية التحديد الدقيق للمصطلحات والمفاهيم المستخدمة في ممارسة التدخل المبكر.
 - أهمية توفير أدوات تقييم موضوعية دقيقة تمكن القائمين على برامج التدخل المبكر من تقييم التقدم والتحسين في شخصية المعاق.
 - أساليب الممارسة التنفيذية:
 - تتحدد أساليب الممارسة التنفيذية لبرامج التدخل المبكر في:
 - أهداف مكتوبة للبرنامج، وأساليب محدده لقياس نتائجه.

- أساليب متابعة الأداء لكل معاق وحاجاته.
 - سبل تحديد الأهداف لكل معاق على حده، وللأسرة أيضًا.
 - طرق محددته لتحديد مفهوم الدعم الأسرى إجرائيًا، وتحديد خدمات المعاقين إجرائيًا.
 - طرق محددته لتقويم العلاقات التفاعلية في الأسرة.
 - أسلوب لتدوين الملاحظات حول الاستجابات الكيفية للمعاق.
 - ترجمة الملاحظات إلى إجراءات وأفكار وبخاصة ما يتعلق بمزاج المعاق، وعلاقته بوالديه.
 - إجراءات بشأن تنفيذ الممارسات في ضوء تخصصات مختلفة واتخذ قرارات موحدته بروح الفريق.
 - خطة أجهائيه لضمان تنفيذ التدخل المبكر بطريقة علميه، وتتضمن إجراءات جمع المعلومات.
 - إجراءات قبول المعاق في البرنامج، وخطة متابعة الجهود مستقبلا.
 - التأكيد على مشاركة الآباء والأخصائيين الاجتماعيين.. وتحسين الخدمات والتنسيق بينها.
- ولقد تم التوسع في خدمات وبرامج التدخل العلاجي المبكر للأطفال دون السادسة من العمر في السنوات الأخيرة، ونتج عن ذلك ما يلي:
- ١- زيادة الوعي بأهمية الخبرات المبكرة في المراحل الأولى من العمر في نمو وارتقاء الإنسان، وتضاعف هذه الأهمية للأطفال من ذوي الحاجات الخاصة.
 - ٢- التحويل الذي تم في الرعاية الاجتماعية لذوى الاحتياجات الخاصة، حيث أصبح من الضروري حصولهم على الخدمات الخاصة في البيئات

الأساسية التى يستخدمها الأطفال العاديون، مثل بيئة الأسرة ودور الحضانة رياض الأطفال.

٣- الاعتراف المتزايد بأن الأطفال الرضع وأطفال الحضانة من ذوى الاحتياجات الخاصة، لهم حقوق فى الحصول على فرص متساوية مع من هم فى مثل أعمارهم الزمنية، وبهدف تنمية وتطوير قدراتهم واستعدادهم.

أ- من حيث التدخل المبكرة:

الخدمات العلاجية وغيرها لأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فإنه يقوم على أساس أن الأهداف العامة للتبئة الخاصة Special Education من سن الميلاد إلى سن الالتحاق بالمدرسة الابتدائية، يقوم على أساس تدعيم نمو الأطفال الصغار عن طريق التدخل فى الوقت المناسب، قبل أن تؤدى الإعاقة فى ظروف الخطر النمائى At Risk Development، إلى تغيير أو إعاقة النمو، وتعرض الاستفادة من قدراتهم فى المستقبل، بل أن الهدف أيضًا منع أو الوقاية من ظهور إعاقة أخرى هؤلاء الأطفال (إعاقة ثانوية).

ب- من حيث الأسرة التى لديها أبناء من ذوى الاحتياجات الخاصة: فإن الهدف هو تدعيم الأسرة لكى تقدم أفضل رعاية للأبناء من ذوى الاحتياجات الخاصة، أو بسبب العجز والإصابة.

ج- من حيث المجتمع ومؤسساته الخاصة بالرعاية:

فإن الجهود الفردية والجماعية عليها تحمل المسئوليات لجعل الخدمات الخاصة هؤلاء الأطفال موضع الجهد الإيجابى الفاعل.

د - من الناحية الإجرائية:

فإن التدخل المبكر **Early Intervention** يتمثل في إجراءات منظمة، تهدف إلى الوصول إلى أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من ذوى الاحتياجات الخاصة، وتدعيم الكفاءة الوظيفية **Functional** لهم ولأسرهم.

لذلك فإن الهدف النهائي للتدخل المبكر، يعتمد على تطبيق سياسات وقائية **Prevention Strategys** بهدف تقليل نسب حدوث أو درجة أولية **Primitive** أو ثانوية للإعاقة.

خامساً: علاج الحياة اليومية ومنها:

- طريقة (هيقاشى) أو التدريب من خلال المجموعة:

طور هذه الطريقة الدكتور هيقاشى **Dr. Kiyo Kitaharas** في مدرسة موسائيتو هيجاشس في طوكيو للأطفال التوحدين. وتقوم هذه الطريقة على افتراض أن هؤلاء الأطفال يمكن أن يساعدوا بأفضل ما هو ممكن لتحقيق أقصى إمكاناتهم بالقرب من أسرهم. ويهدف البرنامج الكلى إلى التقليل من توحيد الطفل من خلال تطوير علاقات قريبة من الأسر والمعلمين، وتركز طريقة علاج الحياة اليومية على طرق رئيسية مبسطة لما هو متوقع من الطفل ليفعله، فالأنشطة موجهة بشكل منظم لتأكيد التعلم المنقول من طفل إلى طفل من خلال التقليد والتزامن، كما تركز هذه الطريقة على الأنشطة الجسمية في المجموعات والركض ثلاث مرات يوميًا بواقع ٢٠ دقيقة في كل مرة، والجمباز كل يوم لمرة واحدة، وأنشطة خارجية يومية؛ مثل كرة القدم وكرة السلة لمدة ساعة يوميًا، ويركز المنهاج الأكاديمي مبدئيًا على الحركة والموسيقى والفن، والمعروف أن المستوى العالمى من التمرينات الجسمية يمكن ان يستفاد منه لدى الأفراد التوحدين وخصوصًا في تحسين الانتباه.

وقد تم عرض الأساليب العلاجية المتبعة لعلاج الذاتوية أيضاً في بعض المراجع على النحو التالي:

١ - استخدام التحليل النفسي:

كان علاج الذاتوية (إعاقة التوحد) باستخدام جلسات التحليل النفسي هو الأسلوب السائد حتى السبعينيات من القرن السابق، وكان أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة، وهناك من يرى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين:

- في الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط، مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

- وفي الثانية: يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية، كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء.

ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين التحليليين مع الأطفال الذاتويين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحيحة من الناحية العقلية.

٢ - استخدام العلاج السلوكي (تعديل السلوك):

وتقوم فكره تعديل السلوك على مكافئة (اثابة) السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة تماماً، وذلك محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل.

وهناك عدة خطوات يتعين الاهتمام بها وذلك لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب أو التعليم وهذه الخطوات هي:

١ - تحديد الهدف.

٢ - سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل.

٣ - حث الطفل على الاستجابة.

٤ - مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيرة متتالية مع استمرار أثابه الطفل ومكافئته على كل سلوك جيد يقوم به.

والخلاصة هي أن إجراءات تعديل السلوك تقوم على أسس موضوعية، وليس على انطباعات ذاتية، كما أنه أسلوب لا يضع اللوم على الوالدين، بل على العكس من ذلك يشرك الوالدين في عملية العلاج النفسى، كذلك فإن إجراءات تعديل السلوك تعتمد على مبادئ وقوانين التعلم التى يمكن أن يتقنها المعلمون بسهولة، مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى.

٣- استخدام العلاج البيئى:

العلاج البيئى **Environmental therapy** هو علاج طبي نفسى يقوم على أساس تعديل أو تناول ظروف حياة المريض أو بيئته المباشرة، أو المستشفى باعتبارها مجتمعًا علاجيًا. وهذا الشكل من العلاج هو محالة لتنظيم أو المستشفى باعتبارها مجتمعًا علاجيًا. وهذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الاجتماعى والفيزيقي الذى يعيش فيه المريض أو الذى يتعامل فيه، على نحو يساعد فى الوصول إلى الشفاء، ويستخدم العلاج البيئى فى علاج الذاتوية عن طريق تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعى عن طريق التشجيع والتدريب على إقامة العلاقات الشخصية المتبادلة.

٤ - التدخل العلاجى الطبى:

نظرًا على الصعوبات التى يعانى منها المصاب بإعاقات مصاحبة للتوحد

(الذاتوية) بعدم الوصول إلى علاج ناجح لها - فإن أهداف التدخل العلاجي الطبي يقتصر على تخفيف الأعراض السلوكية وتعويض غياب المهارات الأساسية للحياة اليومية مثل التواصل ورعاية الذات وتحقيق قدر ولو محدودًا من التفاعل والنمو الاجتماعي، فضلاً عن حاجة والذى الطفل واسرته للتوجيه التربوي والذاتي والإرشاد والتدريب على تقبل الأمر الواقع واساليب التعامل مع الطفل المصاب وإشباع حاجاته الذاتية الأساسية مما يستدعى علاجًا ذاتيًا متواصلًا لاستخدام العلاج السلوكي والتعليمي التي ثبت نجاحها في تخفيف معاناة الأسرة وتدريبها على أساليب التعامل مع الطفل.

وبالنسبة إلى استخدام العقاقير الطبية، فلا بد من الحرص وعدم استخدامها إلا بموافقة ومعرفة الطبيب المختص والالتزام الدقيق بتعليماته من حيث نوع العقاقير المناسبة للحالة وحجم الجرعة وتوقيتها والمدة التي يستمر فيها تعاطيها... هذا علمًا بأنه حتى الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما هو فيه شفاء ناجح لحالات التوحد، ولكن هناك فقط ما يخفف من حدة بعض الأعراض أو يساند أو يسهل عملية التعليم أو يحد من النشاط الزائد أو السلوك العدواني أو يهدئ من ثورات الغضب، أو من السلوكيات النمطية كما ذكرنا سلفًا.

وهنا يحذر المتخصصين أو أفراد الأسرة من استخدام أى عقاقير طبية بدون موافقة الطبيب المختص، فإن في ذلك خطورة على الفرد المصاب، فضلاً عن أن نجاح أى عقار طبي مع إحدى الحالات لا يعنى - بالضرورة - نجاح تأثيره مع حالة أخرى.

٥ - العلاج بالحياة اليومية Daily Life therapy:

تتبنى هذا المنهج مدرسة Higashy في طوكيو، وهى من مدارس التربية الخاصة باليابان، ويركز البرنامج على تدريب بدنى شديد ينتج عن إطلاق مادة

الاندورفينات (Endorphins) التي تحكم القلق إضافة إلى برنامج موسيقى مكثف، والفن والدراما، مع السيطرة على السلوكيات غير المناسبة، وهذا البرنامج عبارة عن منهج تربوي يعتمد على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للاحتكاك والتفاعل مع رفقائهم من الأطفال العاديين بهدف مساعدتهم على النمو الطبيعي.

٦- العلاج من خلال النظام الغذائي، والعلاج بالفيتامينات:

Dietary and vitamin Treatment

قدم (Rimland, 1996) تقريراً مختصراً عن وسائل بديلة لعلاج الأطفال التوحدين منها الغذاء، وبخاصة جرعة من فيتامين ب ٦، والمغنيسيوم، وعلاج حساسيات الطعام، وعلاج العدوى الميكروبية وعلاج اختلال الجهاز المناعي.

وقد أجريت بعض الدراسات في فرنسا (Lelord. Et al. 1992) أشارت على أن العلاج بفيتامين ب ٦ ينتج عنه تحسنات سلوكية، ودراسة (Marti-neau et al. 1988) قررت أن خلط فيتامين ب ٦ مع مغنيسيوم ينتج تحسناً أفضل مع استخدام فيتامين ب فقط، وقد انتهت دراسات أخرى إلى أن استخدام فيتامين ب ٦ بالمنجنيز قد أظهر تحسناً للحالة العامة والإدراك والانتباه في ٤٥٪ من الأطفال التوحدين، كما توجد تقارير أخرى عن إضافة مواد غذائية أخرى مثل ثاني ميثايل الجللايسين DMG حيث يساعد على تحسن مظهر الشخص العام ومهارات الاتصال وأيضاً يشير البعض إلى كميات الخميرة (الفطر) الموجودة بمعدلات مرتفعة في القناة المعوية للأطفال التوحدين، وأنها من العوامل المساهمة في المشاكل السلوكية لهؤلاء الأطفال، وأن هذه المشكلة تنتج عن استخدام المضادات الحيوية قد تدمر الميكروب الذي ينظم كمية الخميرة في جهاز الأمعاء، كنتيجة لذلك فإن الفطر ينمو سريعاً ويطلق السموم في الدم، هذه السموم قد

تؤثر على وظائف المخ، أن التجارب عن حساسية الطعام بدأت تحصل على اهتمام أكثر كمساهم في المشكلات السلوكية للأطفال التوحديين، والعديد من الأسر لاحظوا تغيرات موجهة وتحسناً في سلوك أطفالهم بعد إزالة أنواع معينة من الأطعمة من النظام الغذائي لأطفالهم، وقد حدد الباحثون حديثاً وجود (بيثيد) قد يكون نتيجة لعدم قابلية الجسم لكسر بروتين معين ليتحول لحمض الأمين، هذه البروتينات هي جلوتين (القمح، والشعير، والشوفان) والكاسين * يتواجد في الإنسان، ولبن البقر).

وقد اثبتت الأبحاث أيضاً أن فيتامين ج قد سبب تحسن في مرض الاكتئاب وهوس الاكتئاب، والذي يبدو مرتبطاً جينياً بالتوحد.

الرعاية التربوية والتعليمية للأطفال الذاتويين (التوحديين)

لقد عرض مصطفى النجار (٢٠٠٥م) بعض طرق الرعاية التربوية والتعليمية للأطفال الذاتويين (التوحديين) على النحو التالى:

١- البرامج التربوية:

- أن أفضل برامج التدريس للأطفال التوحد هى برامج عالية التنظيم Highly Structured ذلك لأن:

- الصعوبات التى يعانى منها أطفال التوحد فى مجال التفاعل الاجتماعى، تحتم على المعلم أن يبادر فى التفاعل مع الطفل ويزوده بالإرشادات والتوجيهات وألا ينسحب الطفل، ويتبع السلوك الاستحواذى المتكرر.
- تعتمد هذه البرامج، على تجزئته النشاط التعليمى إلى خطوات سهلة واضحة لها أهداف محدودة، وهو أسلوب له عائدة على أطفال التوحد.
- هناك فرصة أمام أطفال التوحد للتنبؤ بمكونات الجدول الدراسى اليومى والأسبوعى لأن التغيرات المفاجئة لها ردود أفعال غير طيبة. وبصورة عامة فإن البرامج تتسم بالمرونة والتلقائية كما أن أطفال التوحد تتاح لهم المرونة الكافية للتعامل مع مواقف الحياة فى المستقبل.

٢- اختيار المدرسة المناسبة:

اختيار المدرسة التى تفهم طبيعة المشكلات والصعوبات الخاصة بطفل التوحد، وتتوافر فى برامجها المرونة التى تتماشى مع حاجات الطفل الفردية الخاصة، وأن يعمل المعلمون على مقابلة حاجات الأطفال الخاصة، وأن تستخدم

مهارات أكاديمية وأساليب متطورة تعتمد على تنمية وتطور التفاعل الاجتماعي والتواصل لدى الطفل التوحدى... ويقتضى ذلك قيام الوالدين بالتعرف على الحقائق واستشارة المتخصصين للتعرف على جوانب القوة للأساليب التربوية المناسبة التى تقابل حاجات أطفال التوحد.

٣- أفضل نسبة لعدد المتعلمين إلى المعلمين :

يفضل أن لا يزيد عدد المتعلمين من المصابين بالتوحد عن ثلاثة متعلمين لكل معلم، حتى يتمكن المعلم من تركيز انتباههم للنشاطات التعليمية والتدريبية.

٤- مستوى التحصيل التعليمى :

يتطور لدى أطفال التوحد حتى فى حال التحاقهم بالمدارس لفترة قصيرة (سنتان مثلا) والذين يحصلون مستوى تحصيلي جيد، يمكنهم تحقيق نتائج طيبة فى حياتهم العملية.... وأطفال التوحد من مستوى الذكاء المستوى أو فوق المتوسط يكون مستوى التحصيل العلمى عادى.... وأطفال التوحد من تكون معدلات ذكائهم عادية يدرسون مواد علمية تتطلب قدرة على التفاعل الاجتماعى والتواصل مع الآخرين، بينما المواد الأدبية تتطلب تفسيراً للمعاني وفهماً مما يمثل صعوبة لأطفال التوحد.

وعادة أطفال التوحد الذين يعانون من ضعف عقلى، فإن تحصيلهم التعليمى يكون أقل من التحصيل المتوسط أو العادى.

وعند الانتهاء من المراحل الدراسية، فإن اطفال التوحد يتعلمون مهارات أساسية مثل: مبادئ القراءة والكتابة وفهم أساسيات الحساب واستخدام النقود والبعض منهم يتعلم مهارات فردية كالطبخ وارتداء الملابس وغسلها.

٥- القدرة على التواصل :

يمكن تعليم أطفال التوحد عملية اخراج الأصوات ونطق الكلمات وتكوين

الجمال الكلامية، وفق قدراتهم الفردية.... والقدرة على التواصل لا تقتصر على القدرة على إخراج الأصوات، أو تكوين جمل مستقيمة نحويًا، بل تشمل القدرة على توصيل المعاني والأفكار.

٦- لغة الإشارة Sign Language :

وهي ضرورية في تطوير القدرة على التواصل، للمساعدة في التعبير عن الأفكار وإيصالها للمتلقى، وعند استخدام الإشارة اليدوية يستطيع الطفل توضيح الكلمة التي يريد نطقها.

٧- تحديد الحاجات التربوية :

ويقوم بتحديد الإخصائي النفسى الذى يقوم بتقييم حالة الطفل، ويشارك في ذلك المعلم وإخصائى النطق إضافة إلى الدور الفاعل للأبوين.

٨- الدمج Integration or Unification :

البرامج القائمة التى تقوم على الدمج الحسى (Sensory Integration) لأن اضطراب التوحد، يضعف من القدرة على تنظيم المثيرات الحسية (السمعية، البصرية، الشمية، الذوق، الإحساس بالضغط والجاذبية والحركة ووضع الجسم).

ولهذا يجب أن تكون هناك برامج فردية لكل طفل حسب حاجاته الحسية والنمائية الخاصة وتقوم هذه البرامج في تعرف المدرب على المثيرات التى تحفز طفل التوحد على الدمج في أنشطة معينة، فإذا واجه الطفل مشكلة في اختيار النشاط المناسب، فإن المدرب يعمل على توفير برنامج أكثر ملائمة.

ويقوم محور هذه البرامج على استخدام اللعب كوسيلة لرفع البرامج إلى تنمية وتطوير الدمج الحسى، مما يجعل الفرد أكثر ثقة في نفسه، وأكثر توافقاً مع المؤثرات الحسية من حوله.

دور الأسرة في تقييم احتياجات الطفل الذاتى :

تؤكد سيدة أبو السعود (٢٠٠٥م) أن معظم الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من انخفاض ملحوظ في مستوى الأداء الذهني العام، بصحبة انخفاض في السلوك التكيفي وبطء في التعلم، ويحتاج إلى أن يحظى بالحب والتقبل، ويحتاج على التحرر من الخوف. والأسرة لا بد أن تتفاعل معهم بإيجابية وتكون اتجاهات واقعية نحوهم، فهم في حاجة إلى خدمات مساندة، فقد يكون الطفل في حاجة إلى علاج طبيعى، أو تمرينات لتقوية المهارات الحركية، وكذلك التدريب على النطق ومهارات التواصل، وهناك حاجات أساسية أخرى منها الحاجة إلى التدريب على بعض المهارات الحسية والمعرفية والاجتماعية والإدراكية والأكاديمية ورعاية الذات، كما أن الأسرة أيضًا لها احتياجات أساسية لكي تقوم بدورها بإيجابية.

وهذه الاحتياجات هي:

- الحاجة إلى معرفة طبيعة التوحد وأسبابه.
 - الحاجة إلى الدعم ومعرفة المعلومات حول نمو الطفل بصفة عامة والتوحد بصفة خاصة.
 - الحاجة إلى معرفة البرامج التدريبية التي يحتاج إليها الطفل وطرق تنفيذها بنفس الأسلوب المتبع مع الطفل داخل المركز، وخاصة البرامج السلوكية والطبية لغوى - علاج طبيعى - رعاية ذاتية... إلخ).
 - الحاجة إلى التفاعل مع الأسر الأخرى التي لديها أطفال بحالات توحد بهدف تبادل الخبرات والدعم المتبادل.
- ولا بد أن يتم قياس احتياجات الأسرة باستمرار عن هذه الحاجات حتى يتسنى وضع برامج تدريبية حسب احتياجاتهم.

أشكال المشاركة الأسرية :

هناك عدة أشكال للمشاركة الأسرية في تأهيل ومساعدة الطفل المتوحدى أهمها ما يلي:

١ - الملاحظة:

هناك بعض السلوكيات وبعض المهارات التى لا نتمكن من ملاحظتها، أو استكمال ملاحظتها داخل المركز، لذلك لا بد من معاونة الأسرة في الملاحظة وتبادل المعلومات بين الأسرة والمركز.

٢ - الدفاع عن حقوق الأطفال المصابين بالتوحد:

وذلك عن طريق دعم البحوث والدراسات والمشاركة في تغيير، أو تعديل نظرة المجتمع السلبية وتحسين واقع الخدمات المقدمة والتشريعات.

٣ - مساعدة جهاز العاملين بالمركز:

بناء علاقات قوية مع الأسرة يساعد جهاز العاملين بالمركز في التخطيط للأهداف التربوية واختيار الأساليب الأكثر ملائمة لها ولطفلها.

٤ - تدريب الطفل في المنزل:

وهذا استكمال لما يتم في المركز، ويدعم شعور الوالدين وخاصة الأم من خلال ما يوفره التدريب من تنمية المهارات.

بعض الإستراتيجيات التى استخدمت فى إرشاد والدى الأطفال الذاتويين (المتوحدين)

عرض بعض العلماء الاستراتيجيات التى يمكن استخدامها فى إرشاد والدى الأطفال المتوحدين فيما يلى:

١ - برامج المعلومات التى تزود الآباء بالحقائق حول حالة طفلهم.

٢- برامج العلاج النفسى لمساعدة الوالدين على التعامل مع مشكلاتهم الشخصية.

٣- برامج تدريب الوالدين لمساعدتها على تطوير مهارات فعالة في تدريب طفلها المعاق.

كما أن أسرة الطفل المتوحد في حاجة إلى الدمج بين هذه الاستراتيجيات الثلاث كي تكون البرامج المقدمة بهذه الكيفية أكثر فعالية للطفل والأسرة معاً. وقد أثبت كل من كوزلوف (Kovloff، ١٩٧٤، ١٩٧٩م)، كوفمان وآخرون (Koufman et als، ١٩٧٨م) أن هذا النموذج القائم على أساس [تقديم المعلومات النظرية والعلاج النفسى والدينى والتدريب على المهارات السلوكية] يعتبر مدخلاً علاجياً فعالاً للأطفال المتوحدين عن طريق آبائهم، وقد ساعد هذا التدخل على تغيير سلوك هؤلاء الأطفال وتوليد المشاعر الأبوية الدافئة والحفاظ عليها طوال الحياة.

وبالرغم من اختلاف نماذج التدخل من حيث الطريقة أو المحتوى إلا أنه لم يعد هناك جدالاً في أهمية دور الآباء لتعليم أطفالهم المتوحدين، وظهرت طريقتين رئيسيتين تستعمل بشكل جوهري في التعامل مع أسر هؤلاء الأطفال هما:

١- الطريقة المبنية على أساس كLINIKI وفيها يتم تنفيذ برامج الإرشاد في المراكز المتخصصة.

٢- الطريقة المبنية على أساس المنزل وفيها يتم تنفيذ برامج الإرشاد في المنزل. ففى الطريقة الأولى يتم تدريب الآباء في مراكز للتدريب باستخدام أساليب الملاحظة الكلينيكية، ويتعلم الآباء 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 الآباء وملاحظاتهم للتغير الحادث في سلوكيات أطفالهم. وتتميز هذه الطريقة بأن الآباء يستفيدون من الوسائل العلاجية الموجودة بالمركز، كما يتاح لهم فرص للتدريب والاستفسار بدون حرج والحصول على التعليقات التى يمكن الاستفادة بها فى المنزل.

أما الطريقة الثانية فيتم تدريب الآباء فى البيئة الطبيعية اليومية للأحداث، فيكون الإيضاح والتعليقات المقدمة طبقاً للمواقف الواقعية وليست العملية، كما تتاح فرص التدريب على مهارات التعميم من خلال هذه الطريقة.

ومن الملاحظ أن كلا الاتجاهين له إيجابياته وسلبياته، وفى غياب الدليل القاطع بتفوق أو تميز نمط معين على الآخر، فإن السياسة المنطقية تشير بالدمج بين النمطين، والمرونة للنمط الذى يتلاءم مع حاجات الأسرة وظروفها.

أما عن طريقة تقديم الإرشاد الأسرى، فهل الإرشاد الجمعى أفضل أم الإرشاد الفردى؟ للإجابة على هذا التساؤل، ظهرت اتجاهات متنوعة، البعض يؤيد الإرشاد الجمعى والبعض الآخر يؤيد الإرشاد الفردى، والبعض الثالث يؤيد الدمج بين الاتجاهين، وفيما يلى توضيح ذلك:

مبررات تفضيل الإرشاد الجمعى :

يؤكد الباحثون أن جلسات الإرشاد الجمعى لأسر الأطفال الذاتويين تتيح لهم المشاركة فى المشاعر والانفعالات وجوانب النجاح والفشل فى التعامل مع الطفل، فيستفيدون من الخبرات الناجحة ويجدون المساندة والتوجيه فيما يشعرون به من انفعالات سلبية طبيعية فى بعض المواقف التى يعاقون منها مع هذا الطفل، كما يستفيدون من إيجابيات الخبرات الناجحة الأخرى فيزداد الأمل عندهم فى أن التحسن ليس بعيد المنال، وهذا يحفزهم على تطوير أسلوب التعامل مع طفلهم، فعندما يذكر الوالدان أسلوب ناجح فى تعاملهما مع الطفل ويستفيد منه الآخرون

يزيد ذلك من رفع الروح المعنوية لديهم مع حفزهم على استمرارية تطور أسلوبهم التعليمي للطفل.

مبررات تأييد الإرشاد الفردي:

يشير بعض الباحثين إلى أن جلسات الإرشاد الفردي لأسر الأطفال الذاتويين أفضل من الجلسات الجماعية للأسباب التالية:

- بعض الآباء يستطيعون القيام ببعض الأنشطة التدريسية، بينما آخرون يواجهون صعوبات في فهم المواد المكتوبة والشفوية وهذا يسبب لهم نوعاً من الإحباط.
- آباء الأطفال ذوى الإعاقات الشديدة يشعرون بالإحباط واليأس عندما يقرأون تقارير آباء الأطفال ذوى الإعاقات البسيطة.
- آباء الأطفال الأكبر سناً لن يهتموا بالحديث الذى يدور عن المشكلات الخاصة بالأطفال الصغار، والعكس صحيح.
- بالرغم من مشاركة الآباء في بعض الاهتمامات الخاصة بالإعاقة مثل إتباع إرشادات معينة في التعامل مع الطفل الأوتستك بصفة عامة، إرشادات تنمية مهارات النمو اللغوى والاجتماعى، ولكن نتيجة لتنوع سلوكيات الأطفال الذاتويين فلا توجد مشكلات أسر متشابهة تماماً، وعلى هذا يفضل الإرشاد الفردي على الإرشاد الجمعى.

مبررات الدمج بين الاتجاهين:

ويؤيد العديد من العلماء أهمية الدمج بين الاتجاهين فيستندون إلى الاستفادة من إيجابيات كل اتجاه على حدة، فتستخدم جلسات الإرشاد الجمعى من أجل التأييد العاطفى للأسر والمشاركة في التجارب والمشاعر مع الأسر التى لها وضع مشابه، مع عدم إهمال المشكلات الفردية والعناية بها.

وللتغلب على بعض العقبات التى يمكن أن تظهر أثناء تنفيذ جلسات الإرشاد الأسرى يجب تحقيق التجانس داخل المجموعة من حيث مستوى إعاقة الطفل، ونسبة ذكائه، وعمره الزمنى، والمشكلات التى يظهرها الطفل وذلك كى تشعر الأسر فى جلسات الإرشاد بالانسجام وأن لهم هدف واحد يبعون تحقيقه.

ويشير التراث السيكولوجى إلى فاعلية برامج الإرشاد المقدمة لوالدى الأطفال الذاتويين فى تحسن حالات أطفالهم، ومن أقدم وأشهر البرامج التى اعتمدت على أباء هؤلاء الأطفال كمعالجين لأبنائهم برنامج Treatment and Education of Autistic and related Communication- Handicapped Children (TEACCH) الذى أعده كل من ريتشارد وسكوبلر Teichler, Schopler (١٩٧٦م) وطبق فى نورث كارولينا وأماكن أخرى من الولايات المتحدة الأمريكية وقد استطاع الآباء بعد تلقى تدريبات هذا البرنامج، اكتساب المهارات الضرورية للتعامل مع أطفالهم الذاتويين، منها تقديم التعليمات بصورة واضحة، تشكيل استجابات الطفل، تدعيم الاستجابات الصحيحة، استبعاد السلوك غير المرغوب بشكل منتظم وتعليم الطفل مهارات الحياة الوظيفية.. وذلك بالإضافة إلى العديد من البرامج الناجحة التى سبق ذكرها.

نداء من أخت طفل ذاتوى (توحدى)

لقد نزت مشاعرى لكلمات خطت أناملها أخت طفل توحدى..
وردت بأحد مواقع الإنترنت:

هؤلاء الذين يخبثون وراء الستار.. يخبثون خلف كلمة (يا حرام مسكين..
لو يقعد فى بيته أحسن له أو يموت أريح له)، خلف نظرة شفقه وأمتهان.. هؤلاء
الذين حجبت أشعة الشمس عنهم.. هؤلاء الذين حكم عليهم بالإعدام حتى
قبل أن يولدون.. هؤلاء الذين حُملوا ذنب ليس فيه يدهم.. هؤلاء الذين كتبت
لهم التعاسة فى مجتمع لا يرحم.. أناس قاسية.. وعيون جارحه.

أحاكى شريحة كبيرة بالمجتمع.. أرواح وأجساد تم تجاهلها. من هم..!
منغولى، معاق جسدى، معاق عقلى، توحدى.. أى نوع من ذوى الاحتياجات
الخاصة. أجساد.. تم رميها فى زوايا الظلام.

أرواح.. تم تهملها. قلوب.. تم سلب الحب منها.
إلى متى..؟ إلى متى هذه النظرة الدونية للمعاقين؟
نقص؟؟ هل لأنهم نقص؟ هل لأن الله أخذ منهم يد.. رجل.. عين.. أو حتى
المقدرة على الكلام!!

هل لأنهم عاله على المجتمع؟ لا يستطيع المعاق منهم أن يقوم بنفسه!!..
إلى متى أيها البشر؟
لماذا تعاملونى هكذا؟؟ كل ما أريده.. هو أن تعرفوا أن لى.. عقلى يفكر..
وقلب ينبض.. وصدق.. يحكى قصة إنسان.
المعاق. أى كانت إعاقته. هو بشر قبل كل شىء.. له قلب ينبض كقلوبنا.

له أحاسيس ومشاعر.. كأى شخص عادى.. يحتاج ويرغب.. يتمنى ويحلم..
يبكى ويضحك.. يحب ويكره.

لماذا فى مجتمعنا.. الطفل المعاق يُحرم من الخروج ويقفل عليه فى غرفه هى
ستصبح حياته ومستقبله ومكان موته.. لماذا؟

لماذا الذين لديهم طفل معاق لا يعترفون به؟ لماذا يهملونه ويرمون فى أصغر
غرفة فى المنزل ويحضرون له مربى يعتنى به؟

بعض القصص المؤلمة عن المعاقين:

- أم تحبس ولدها المعاق فى سطح المنزل ولا يراهم أبدًا إلا إذا أتوا يدخلون
له الطعام.. لأنه يسبب العار لهم.

- أم تحبس ابنتها المعاقة فى غرفة وقت إقامتها إحتفال كبير فى بيتها
لصديقاتها حتى لا يروها وتسبب لها إحراج.

- أب يحضر لولده المعاق البالغ من العمر أربع سنوات عامل هندى يعتنى
به ويجعل من ملحق المنزل الخارجى غرفة لهذا المعاق.. ويكبر الولد حتى
سن الأربعين وإلى الآن لم يعرف نور الشمس ولا حضن الأب.. وتحت
رحمة العامل الهنذى.

لماذا هذه النظرات المليئة بالشفقة إذا رأينا معاق فى مكان عام لماذا تتلافت
وتتغامز الناس؟ لماذا تتسمر الأعين عليهم.. لماذا نغرس السهام فى قلوبهم بسبب
نظرتنا الدونية لهم.. أليس لهم الحق فى الخروج والتنزه؟

يؤلمنى.. أن مجتمعى لا يتقبل رؤية شخص معاق أمامة.. لا يفهم أنهم بشر من
لحم ودم.. لا يعرف كم هم يتألمون من الداخل.. ولما يحتاجونه من رعاية خاصة.
يؤلمنى أيضًا.. أن دولتى العظيمة وحكومتنا الرشيدة.. تهتم ببناء أكبر ستاد

لكرة القدم ولا يتفكر ببناء مركز خاص للتوحد في كل منطقة أو حتى توفر مراكز أكثر وأكبر للمعاقين وتجعل لكل إعاقة كورسات خاصة بها.

ويؤلمنى.. أن بلدى.. تهتم بإقامة الحفلات بالعيد وإحضار أعظم وأكبر المغنيين ولا تهتم بإقامة حفل خيرى للمعاقين.. أو تنسيق برامج خاصة للتوحيدين بالعيد حتى يتم التواصل بينهم وبين المجتمع والناس.

لماذا الكرسى المتحرك يباع بأسعار خيالية.. أتعتقدون أن كل المعاقين أغنياء؟ لماذا لا تتوفر لهم هذه الأدوات من كراسى متحركة وغيرها بأسعار معقولة.. أو توزع لهم من قبل مراكز متخصصة.

لماذا لا يتم الأخذ بعين الاعتبار أن هناك إناس تمشى بكرسى متحرك تحتاج إلى درج مستوى أو أرض منحنية لكى يصعد عليها بكرسية المتحرك.

لماذا هذا الشيء لا يتوفر بالمجتمعات الكبيرة ولا حتى المتنزهات أو أرصفة الشوارع!.. لماذا نرى هذا الدرج المنحنى الخاص بالكراسى المتحركة بالمستشفيات فقط...؟! لماذا تجعلون ملاذهم الوحيد هو المستشفى!

لماذا لا تتوفر دورات مياه خاصة بالمعوقين بالأماكن العامة!

لقد أهتمت الولايات المتحدة بالمعاقين الذين يمشون بكراسى متحركة ووفرت لهم الدرج المنزلق الخاص بالكراسى بالأماكن العامة.. ومواقف السيارات وحتى بالقطارات والباصات العامة وصلات السيئنا.

فى دول اجنبية.. مثل أمريكا وبريطانيا.. يبدأ الاهتمام بالمعاقين منذ الصغر من المدرسة حيث يتتقف الطفل على احترامهم وتقديرهم وأنهم عنصر من عناصر المجتمع المهمة.. ويتعلم كيفية التواصل معهم كلغة الإشارة.. فينمو الطفل وينمو معه ذلك الاهتمام وينغرس بداخله الحب والرغبة فى مشاركتهم ومساعدتهم.

وهناك ذوى احتياجات خاصة.. لا يفهم طبيعتهم الكثير من الناس فيسيئون التعامل معهم.. فأصبحت كلمة مجنون تقال للطفل التوحدى فى مجتماعتنا.

– إن التوحد.. ليس جنون ولا نقص خلقى:

الأطفال التوحدين يُعرفون بقلّة التركيز وكثرة الحركة وصعوبة فى النطق والتواصل مع الآخرين.. والأصعب من هذا كله لا يوجد مدارس خاصة بالأطفال التوحدين فى أكثر المناطق بالرغم من أن هناك أكثر من ٢٠٠ ألف طفل مصاب بالتوحد والعدد فى إزدیاد.. والإصابة بمرض التوحد تجاوز نسبة الإصابة بمرض السرطان والإيدز.

و..... ليس المعاق معاق العقل والجسد، إن المعاق معاق الفكر والخلق.

ومن بعض المشاهير الذين لديهم إعاقة.

بيتهوفن - ليوناردو دافتشى - إسحاق نيوتن - الكسندر جراهام بل.

(تأكد أن المعاق لا يحتاج شفقتك.. بل يحتاج برعانتك).

بعض الوصايا لمدرسى وآباء الطفل الذاتوى

إن المدرس المؤهل تأهيلاً أكاديمياً نظرياً، وتطبيقياً للعمل فى مجال التربية الخاصة مع الإعاقات الذهنية عامة، ومع أطفال التوحد خاصة هو المسئول الأول والمنفذ المباشر لبرنامج التعليم الفردى، ويحكم إعدادة وتدريبه وممارسته للعمل مع أطفال التوحد يعلم أن البرنامج الفردى يقوم أساساً على دراسة علمية وتقييم دقيق للحالة التى يعمل معها بما فى ذلك مستوى قدراته ومهاراته المختلفة وسلوكياته الخاصة ونواحى القصور والقوة فى محاولة بناء شخصيته، وهى الأسس التى يبنى عليها تخطيطه لكافة الأنشطة التى ينظمها البرنامج التعليمى فى العمل مع الطفل فى الفصل الدراسى وخارجه، أو فى المنزل مع الأبوين الحريصين على متابعة العمل مع الطفل فى توافق مع عمل المدرس، والتى تكون قبل تنفيذها على شكل توقعات إيجابية لما فى استطاعة الطفل تحقيقه من إنجازات، وعلى هذا الأساس نستعرض بعض الوصايا التى ترشد المدرسين وآباء الطفل العاملين معه إلى الطريق السليم فى تعاملهم مع الطفل التوحدى.. والتى قدمها لنا (عثمان لبيب فراج ٢٠٠٢م):

• الوصية الأولى:

يجب أن يكون التعامل مع الطفل التوحدى حاسماً ومتناسكاً بتوقعاته تجاه الطفل، فالطفل لا بد أن ينجز ويتم تنفيذ الأعمال والأنشطة التى تكلفه بأدائها مادامت فى حدود إمكاناته ومهاراته، وهو ملزم فيها بإعادة الأدوات، أو اللعب التى استخدمها فى إنجاز هذا النشاط إلى مكانها وبالترتيب الذى درب عليه، والإنجاز الفعلى لما طلب من الطفل أدائه لا بد أن يتم بشكل كامل، وربما تلاحظ فى بعض الأحيان علامات الإرهاق على الطفل، وهنا يحسن أن تقوم باختصار، أو

تسهيل إتمام العمل بحيث لا يشعر الطفل إنك تساهلت معه (على سبيل المثال إذا كان النشاط هو أخذ خرزات من الصندوق ووضعه في خيط لعمل عقد، أو سبحة يمكنك إزالة بعضًا مما تبقى في الصندوق).

• الوصية الثانية:

في تعامل جميع المدرسين ومساعدتهم وأفراد أسرة الطفل وكل من يتعامل معه لا بد من وجود اتساق وتناغم وتوافق ووحدية في أسلوب التعامل مع الطفل بحيث لا يتناقض أسلوب أحدهم مع الأسلوب الموحد المتفق عليه سواء كان من حيث التركيب اللفظي والمعنوي للغة المستخدمة وطريقة أدائها والحسم في تنفيذ العمليات ونوعية التجاوب مع طلباته وإشباع حاجاته، ومن حيث رد فعل العاملين معه على سلوكياته والتصرف في حالة خروج الطفل عن المسار الذى درب على سلوكه في المواقف المختلفة، فالثبات على أسلوب تفاعل معين من الجميع يمكن للطفل من الالتزام من جهة، كما يساعده في التعميم في استخدام المهارات والتنبؤ باستجابة الآخرين في المواقف المشابهة في المدرسة وفي المنزل وفي الملعب وفي الشارع وفي حضور آخرين من الرفاق، أو من الكبار، ومن اللازم أن يكون قد تم الاتفاق على كل هذا بين جميع العاملين مع الطفل، وهذا يتطلب التواصل المستمر بينهم ولتذكر دائمًا وأبدًا أننا نعمل كفريق أعضاء من أخصائى المركز وبعض أفراد الأسرة، ويلتقون دائمًا في اجتماعات دورية، كما يفيد وجود كراسة تواصل تسجل بها بشكل دورى كل الملاحظات، وتنتقل دومًا بين المنزل والمدرسة مع الطفل نفسه الذى يلتزم بالمحافظة عليها وعرضها يوميًا على الأسرة والمدرسة.

• الوصية الثالثة:

يختلف أطفال التوحد فيما بينهم من حيث درجة تفاعل وترابط كل منهم مع

البيئة المحيطة به فالبعض منهم يكون منغلّقاً على ذاته بصورة تامه في عالمة الخاص، ويبدو وكما لو كانت حواسه عاجزة عن نقل أى مشير خارجى إلى جهازه العصبى، فإذا مر شخص قريباً منه - ولو كان والده، أو والدته - وضحك، أو سعل أمامه، أو نادى عليه فإنه يبدو كأنه لم يرى، ولم يسمع، أو كأنه قد أصابه الصمم، أو كف البصر فأصبح لا يستجيب للمثيرات الخارجية ولا يتجاوب مع أى محاولة لإبداء العطف، أو الحب، بل يظل لفترات طويلة يأتى بحركات نمطية وطقوس ثابتة بشكل متكرر دون ملل، أو إصدار نغمات، أو أصوات، أو رطانة لا معنى لها، أو يمضى ساعات محمّلًا فى اتجاه واحد، أو شىء بعيد، أو بندول الساعة، أو دوران مروحة، ولا تكون هذه الأنماط السلوكية استجابة لمثير خارجى معين، بل هى فى واقع الأمر استشارة ذاتية تبدأ، وتنتهى بشكل مفاجئ دون سبب واضح يذكر ثم يعود بعدها إلى انغلاق تام فى عالمة الخاص.

وهناك من أطفال التوحد من يكون على عكس ذلك، فيتميز بنشاط حركى زائد، أو يندمج فى ثورات غضب مفاجئ، فيثور فى سلوك عدوانى موجه نحو واحد، أو أكثر ممن يحاطونه من الأسرة، أو المدرسة وبشكل بدائى كالعض والخدش والخربشة، أو الرفس بالأرجل مما يترتب عليه إزعاج مستمر للوالدين، ومن يزعونه، بالصراخ والضجة المستمرة، أو بشكل تدمير لما حوله من أثاث وأدوات المطبخ، أو الطعام، أو تمزيق الكتب والأدوات المدرسية وبغثرتها على الأرض، وأحياناً يتجه نحو الذات فيعض نفسه حتى يدمى، أو بطرق رأسه فى الحائط، أو المنضدة، أو لطمه على وجه بإحدى يديه... الخ.

وهناك من هؤلاء الأطفال من يعانون من حساسية شديدة لبعض المثيرات الحسية الصوتية، أو الضوئية، أو اللمسية، أو الشمية، أو لبعض أنواع الطعام، أو الملابس، أو الروائح.. الخ، كل هذه السلوكيات لا بد أن يتوقعها ويدرك دوافعها

المدرس المدرب وعلى خبرة بطبيعة أعراض التوحد المختلفة من حيث النوع ودرجة الشدة وأسبابها وتوقعاته لحدوثها وأساليب التعامل معها، وكلما زادت حدة الانغلاق والعزلة عن البيئة، أو زادت بشكل سلوك عدواني، أو ثورات غضب عارمة كلما غابت قدرة الطفل على الاستفادة من البرامج التعليمية والأنشطة المدرسية التي خطط المدرس لتنفيذها.

ومن هنا يأتي دور المدرس في تلافي العوامل المسببة للانغلاق والعزلة، أو ثورات الغضب والنشاط الحركي الزائد وهي جميعًا سلوكيات تصبح عادات متأصلة إذا لم يتم التفاعل معها وتعديلها في مرحلة مبكرة جدًا من حياة الطفل وإلا فإنها تصبح مقاومة لأي محاولة للتغيير، أو التعديل السلوكي وتصبح عقبة في طريق التعلم والنمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي للطفل.

ومن أجل الحد من انغلاق الطفل وعزله واندماجه في سلوكياته الشاذة ليتمكن من اكتساب العادات السليمة والسلوك لا بد أن يبدأ المدرس جهوده بمعالجة مشكلتين رئيسيتين وهما: عزوف الطفل عن التواصل البصري (تلاقي العيون)، وقصور القدرة على التركيز والانتباه من حيث أن علاجها يفتح الباب أمام المدرسين للسيطرة السليمة على سلوكيات الطفل. وبالتالي إزالة أهم العقبات التي تقف حجر عثرة في تحقيق الهدف من أنشطة المدرس التعليمية. ويتوقف الوقت والجهد اللازم من المدرس على درجة شدة أعراض التوحد لدى الطفل الذي يتعامل معه ومدى مصاحبه حالة التوحد لأي إعاقات أخرى مثل التخلف العقلي وإعاقات التعلم وغيرها من الإعاقات الذهنية، كما يتوقف على البناء الإنفعالي للطفل ومدى قدرته على تفعيل واستيعاب تدخل المدرس في معالجة كل من هاتين المشكلتين وعلى عمر الطفل عند بدء العمل معه الذي كلما كانت مبكرًا كانت احتمالات نجاحه أكثر وأسرع تحقيقًا.

• الوصية الرابعة:

لنجاح عملية تنمية السلوكيات المرغوبة (التركيز والانتباه وتنمية القدرات اللغوية والاجتماعية والتواصل ورعاية الذات واللعب... الخ) فلا ينسى المدرس والوالدان الدور الأساسى لعمليات التدعيم والتعزيز كلما تجاوب الطفل في تنفيذ العمليات، أو نجح في التخلص من السلوكيات الشاذة وأداء السلوكيات المرغوبة ودون ضغوط زائدة من المدرس حتى يصل مع الطفل تدريجيًا إلى التخلص من السلوكيات الشاذة وحلول السلوكيات الحميدة المطلوبة محلها ومع التشجيع المستمر والعاملين مع الطفل على الالتزام والتقدم في هذا الاتجاه بتنسيق مع الأسرة.

• الوصية الخامسة:

في محاولات المدرس للحد من السلوكيات الشاذة عليه، أولاً أن يعرف السبب، أو الهدف الذى تحققه هذه السلوكيات للطفل وبمجرد نجاحه في اكتشافه عليه أن يدرّب الطفل على أداء سلوك آخر مرغوب لتحقيق نفس الهدف بدلاً من السلوك غير السوى الذى يستخدمه الطفل لتحقيق غرضه فمثلاً إذا كان مستمراً فى البكاء، أو الزن Whining، أو الصراخ، أو رمى، أو بعثرة أدوات، أو لعب، أو رفض تنفيذ تعليمات، أو الاندماج فى حركة نمطية، أو سلوك عدوانى فإن الوعظ والنهى والأوامر لا تجدى شيئاً، إنما المهم هو البحث عن السبب الذى ربما يكون مللاً، أو إرهاقاً من طول فترة النشاط المكلف به، أو صعوبات أدائه أو غير محبب له، أو قد يكون صداغاً، أو ألماً جسدياً، أو رغبة فى الذهاب إلى الحمام، أو شعوراً بالغيرة من بعض الأقران، أو حساسية زائدة لأصوات، أو أضواء، أو رائحة، أو تغيير روتينى فجأة، أو قد يكون جوعاً، أو عطشاً، أو رغبة فى طعام معين، أو استعمال لعبة معينة، أو غير ذلك من الأسباب التى يعجز الطفل عن

التعبير عنها لغويًا، وجميعها أسباب مختلفة من السهل على المدرس الذى يعرف أطفاله جيدًا أن يكتشفها، أو يساعده الطفل على التعبير عنها، أو بسؤاله: فى كذا...؟ أو هل تحب أن تستريح؟ أو تلعب حرًا؟ أو يغير من طبيعة النشاط الذى يقوم به، أو بأن يعرض عليه لعبة، أو شريط فيديو، أو برنامج كمبيوتر يحبه، وهكذا بتكرار هذا الأسلوب يحل السلوك المرغوب محل السلوك الشاذ فى تحقيق ما يريد الطفل فى حد ذاته يعتبر تعزيزًا، أو دعمًا طبيعيًا يثبت السلوك الحميد ويضعف، أو يتلاشى تمامًا السلوك الشاذ بينما يدرك الطفل تدريجيًا أن السلوك الشاذ الذى أهمله المدرس ولم يعره أى اهتمام، ولم يعد يحقق له ما يريد، بينما السلوك الحميد يحقق له رغباته فضلًا عن أنه قد يكون ممتعًا فى حد ذاته.

• الوصية السادسة:

إذا كان الطفل ينفجر فى ثورات غضب Temper Tantrums لكى يحصل على ما يريد فإن أسلوب التعامل معه لا بد أن يكون أسلوبًا ثابتًا وأهم أساليبه هو الإهمال التام وعدم إعطائه ما يريد من التدخل فقط إذا وصلت حدة الغضب إلى حد العدوان على الآخرين، أو إيذاء الذات مع الإمساك بالطفل وتقييد حركته مع الضغط المناسب حتى يهدأ... وفى الوقت نفسه لا تجاب طلباته حتى يعلم أن ثورة غضبه لن تفيده فى شيء إنما الالتزام بالهدوء، والتعبير بلطف وبشكل مهذب عما يريد، ولا يجاب طلبه إلا بهذا الهدوء، أما إذا كانت الثورة بسبب تغير حدث، أو أحداث فى روتينه اليومي فمن المهم للمدرس أن يخطر، بلطف مسبقًا عن احتمال أحداث التغير، ويشرك الطفل معه فى إجراء التغير المطلوب، وعلى المدرس أن يتذكر أن المطلوب منه هو إهمال السلوك وليس إهمال الطفل نفسه، وهذا أيضًا ينطبق فى حالة ما إذا كانت ثورة الغضب تستهدف الهروب من أداء عمل، أو

نشاط معين وهنا يجب على المدرس أن يتجاهل التعبير عن الغضب ويصر على أن يقوم الطفل بأداء المطلوب منه... وقد يجد المدرس صعوبة في أول الأمر ولكن الطفل بالتدريج والتكرار سيتعلم أن غضبه لن يحقق له شيئاً، ولذا على المدرس أن يكون صبوراً حليماً، ولا يثور، ولا يغضب، حتى إذا حاول الطفل دفع المدرس أو رفضه أو ضربه فعليه أن يتجاهل ذلك السلوك ويتعد عنه ولكن يلاحظه من بعد ولا يعطيه أى اهتمام لفترة كافية حتى يعتذر له عما بدر منه وفي الوقت نفسه يكون حاسماً في إصراره على أداء النشاط، أو العمل المطلوب به أن يهدأ ويعتذر.

ومن المهم ألا يستسلم المدرس إطلاقاً ومهما كانت الظروف لرغبات الطفل التي عبر عنها بثورة الغضب، فإذا كان الطفل مثلاً يرغب في الحصول على قطعة شوكولاته في أثناء الدرس ورفض المدرس، وبدأ الطفل في الصراخ وإلقاء كراسه بعيداً... فمهما كانت الظروف لا تعطيه ما يطلبه كى يتوقف عن الصراخ أو إلقاء الأشياء بعيداً، إنك إذا فعلت ذلك فأنتك دعمت السلوك الشاذ فيلجأ الطفل إليه كلما احتاج إلى شىء... أما إذا خرج مما يطلب فيتعلم أن ثورته أو صراخه لن يفيد به شىء... أما إذا كان الطفل لديه الميل لأداء حركة، أو حركات نمطية والإغراق فيها لفترات طويلة، أو إلى الالتصاق، أو الالتزام بروتين معين، أو بطقوس معينة غيرها فإنها قد تعطل وتعزل أداء الواجبات أو الأنشطة المدرسية أصلاً. فمن الواجب على المدرس أن يوقفها فوراً وعليه أن يدرك أن ترك الطفل مستمراً في أداء هذه الأعمال فتزداد الحالة سوء نتيجة ما يحدثه تركه يؤديها وعدم إيقافها من تدعيم وتعزيز لهذا ولتجنب تثبيت تلك السلوكيات "الغضب للتغيير" يحسن ألا يثبت المدرس الروتين اليومي بل الأفضل أن يحدث فيه تغييراً حتى لا يصبح "روتينا" فلا يسمح له بأداء نفس الأعمال وبنفس الترتيب يومياً وإيقاف أى اندماج في حركات نمطية، بل عليه إذا حدث ذلك أن يشغل المدرس

الطفل بأنشطة محببه على نفسه... وأن يعرفه باستمرار بتوقع حدوث التغيير الذى سيدخله على الروتين ليصبح متنوعاً ولكن متوقعاً بدلاً من إتباع نفس الروتين وب نفس الترتيب يومياً، والتجديد في الأنشطة يكسر الروتين ويصبح مشوقاً للطفل وملفتاً لاهتمامه.

• الوصية السابعة:

تجنب الاشتباك مع الطفل، أو المقاومة بالإيدى وخاصة عندما يتقدم الطفل من العمر والقوة الجسدية وتجنب تماماً ترك الطفل يتصور أن استخدام العنف والقوة الجسمية يمكنه من حل مشكلة، أو الحصول على شىء مطلوب.

• الوصية الثامنة:

حاول دائماً أن تدرب الطفل على أهمية إتمام أى عمل كان قد بدأ فى إنجازه، أو كلفته به، وأعطه الفرصة والوقت الكافى لإتمامه بنفسه دون أن تقوم أنت بإتمام ما بدأه بدلاً من أن تشجعه وتكافئه عند إنجازه... ودعه يستمتع بنجاحه فى إنجاز العمل وإتمامه. إن تجارب النجاح عنصر أساسى فى عملية التعلم واكتساب الدافعية للتعلم والإصرار والاستمرار فى المحاولة مهما كانت صعوبة العمل، قد يحتاج أحياناً إلى مساعدة بعد عدة محاولات فاشلة... فلا مانع عندئذ من تقديم المساعدة المطلوبة ولكن فى حدود مقللاً منها بقدر الإمكان وبشكل تدريجى مع توفير التعزيز والدعم Reinforcing والتلقين Prompting وحتى ذلك لا تكثر منه، ولكن قدمه كلما نجح فى إنجازة إذا لزم الأمر، وأعط فرصة للطفل إذا وجدته متردداً فى إكمال العمل... كى يفكر ويحاول حتى ولو كنت غير متأكد من أنه لديه القدرة على إنجازة... فإذا توقف تماماً... افترض أنك تعرف أن بإمكانه إنجازة، وشجعه مرة أخرى، ولكن إذا لزم الأمر تقدم بالمساعدة.

• الوصية التاسعة:

لوحظ أن بعض أطفال التوحد يفقدون الشعور بتقدير الذات والثقة بالنفس ويصلون إلى حالة اليأس نتيجة شعورهم بتجارب الفشل واعتيادهم على تلقى المساعدة، أو التعزيز في كل عمل يكلفون بأدائه، ودائمًا يقوم الآخرون بأدائه نيابة عنهم، فهم يشعرون أنهم غير قادرين على عمل، أو إنجاز أى شىء فيتوقفون عن المحاولة نهائيًا لأعتقادهم أنهم عاجزون عن إنجاز، أو إتمام أى عمل، هذه الحالة المؤسفة التى يصل إليها طفل التوحد قد تكون نتيجة لأن رغباته دائمًا مجابهة، ولغياب الحسم من المدرس، أو غيره من أفراد الأسرة وعدم الإصرار على أن ينجز ما يطلب منه، أو يسبب الإسراف في التعزيز والتدعيم والتلقين بدون مبرر والمبادرة المستمرة في إتمام العمل بالنيابة عنه أو بسبب تكليفة المستمر بأعمال أكثر صعوبة بما لا يتناسب مع قدراته، أو إشعاره بأنه فاشل وهى جميعًا تصرفات خاطئة على المدرس والأسرة ويجب تجنبها تمامًا وخصوصًا مع تقدم الطفل في العمر واقترابه، أو دخوله في مرحلة المراهقة... وهى ظاهرة شعورة بأنه لا حول له ولا قوة، وهى غالبًا تحدث بشكل أكثر في هذه المرحلة وخصوصًا أيضًا إذا كان توحده من النوع خفيف الدرجة، أو من نوع الاسبرجر هنا، ويجب أن ننبه المدرس والأسرة إلى أهمية تجنب حدوث هذه الظاهرة التى كثيرًا ما تنتهى بحالة اكتئاب، بل وربما بمحاولات انتحار، وقد سجل تاريخ العمل مع مثل هؤلاء الأطفال عدة حالات لأطفال توحده انتهت بالانتحار، أو بمحاولته ولكنها حالات لا تحدث للأطفال الذين يعانون من إعاقة شديدة لأنهم لا يستوعبون مفهوم الموت، ولكنهم من الممكن أن يتسببوا في إيلاام شديد لأنفسهم، أو جروح خطيرة قد تؤدى إلى الوفاة ومن هنا فعلى المدرس أن يكون حريصًا وكذلك الآباء إذا حدث ولا حظوا حالات من هذا النوع يتخذوا احتياطات حماية أطفالهم، أو الاستعانة بطبيب نفسى متخصص.

• الوصية العاشرة:

تجنب - فى ضوء ما سبق - كثرة التدعيم والتعزيز والتلقين واستمرار تقديم المساعدة للطفل كى ينجز ويكمل العمل... فإن ذلك يجعل الطفل القادر على الانجاز ينتظر التدعيم والمساعدة، أوّلاً حتى يبدأ فى انجاز العمل ومن هنا تأتى أهمية عدم الإسراف فى التدعيم (المكافئة) وتخفيف استعمالها تدريجياً حتى يعود الطفل الذى لديه القدرة المطلوبة على إنجاز العمل دون الاعتماد الكلى الدائم على التدعيم والذى يصبح عادة متأصلة.

• الوصية الحادية عشرة:

حاول دائماً أن تجدد فى اختيار أنشطة محببة، أو لعب، أو أطعمة يفضلها الطفل لتستخدم - حين اللزوم - للتدعيم، وحيث أن التنوع والانتقال من التدعيم المادى إلى التدعيم اللفظى، أو المعنوى، أو الاجتماعى يأتى بمفعول أقوى كحافز، أو معزز، أو مثيب، وفى الوقت نفسه تجنب الأسلوب الذى يحث على الملل، أو يثبت عادة اعتماد الطفل على التدعيم، أو إضعاف فاعليته، والمهم أن يكون المدرس على دراية بمدى قدرة الطفل على الإنجاز دون انتظار الدعم والإثابة وأن يصر على الإنجاز وإعطاء الطفل الوقت الكافى لإتمام العمل بدلاً من التعجل بالتلويح بالإثابة.

• الوصية الثانية عشرة:

لا يعنى هذا الإقلال من أهمية التعزيز، أو التلقين وأهميته، والذى تتضح بصفه خاصة عند تعليم الطفل مهارة جديدة... فيستخدمها مرة، أو اثنتين، أو ثلاث حتى يتأكد المدرس من إتقان الطفل فى أداء المهارة الجديدة ثم يبدأ فى الإقلال من عدد مرات الإثابة ويصبح التدعيم، أو الإثابة كامناً فى فرحة النجاح بإنجاز العمل بنفسه، أو بالإثابة الذاتية فى مجرد نجاح الطفل فى الأداء وتوقف

استخدام العامل المدعم، أو يقتصر على المديح (إثابة لفظية) مرة، أو مرتين ثم تتوقف الإثابة اللفظية ويستغنى عن التدعيم نهائياً، ويصبح التدعيم داخلياً ذاتياً كاملاً في النجاح في الإنجاز. هذا النجاح المتكرر يرفع من الروح المعنوية للطفل ومن قيمه واحترام الذات وزيادة الثقة بالنفس والدافعية للتعلم.

• الوصية الثالثة عشر:

إن السر في أسلوب التعزيز والتدعيم والتلقين يكمن في حسن وحكمة استخدامه، وفي حجمه وعدد مرات استخدامه ونوعيته... المهم في الأمر هو المساعدة على تعلم مهارة جديدة، أو أسلوب مرغوب، والاستمرارية في القدرة والرغبة في العمل والإنجاز ما دامت تلك الأمور تحققت بتوقف التدعيم.

أما إذا حدث خلل، أو توقف في الأداء فإن المدرس يعود على نوع، أو أكثر من عمليات الإثابة إما بتدعيم Reinforcing، أو بتلقين ومساعدة Prompting حتى يستعيد الطفل قدرته ورغبته في الإنجاز ثم يوقف، أو يقلل من الإثابة، أو نقص الإثابة يعنى في نوعية الإثابة (مادية - معنوية - اجتماعية - لفظية - ربت على الكتف - الخ) وفي عدد مرات استخدامها.

• الوصية الرابعة عشر:

وعلى المدرس الاهتمام كلما أمكن بالتنوع في طبيعة الأنشطة الدراسية وفي درجة صعوبتها وخاصة عندما يتعامل مع طفل واحد (تعليم فردى) وبشكل متتابع:: نشاط عملي ثم نشاط نظري - نشاط سهل ثم نشاط أصعب فنشاط لغوى، ثم نشاط حركى، نشاط فردى لفترة، ثم نشاط جماعى لفترة أخرى - نشاط موسيقى ثم نشاط فنى - نشاط فى الفصل ثم نشاط رياضى فى الملعب، أو فى الجيمنزيم، أو فى تسوق السوق التجارى، أو رحلة، أو زيارة حديقة أسماك، أو حيوان، أو مصنع - نشاط جدى فكرى ثم نشاط هولى فكاهى، أو ترفيهى...

وهكذا فإن التنوع من التابع يعطى حيوية للعمل المدرسى ويجدد النشاط والدافعية للتعلم ويكون في حد ذاته حافزاً للمشاركة وممهّداً لتجارب النجاح المتع إلى أن يجعل الطفل في حالة ذهنية ونفسية عالية تدفعه لبذل جهداً كبير وإنجاز أعمال أكثر صعوبة وتنوعاً وتكسبه ثقة أعلى بالنفس ورفعاً لمفهوم الذات.

• الوصية الخامسة عشر:

لكل طفل ميول واهتمامات خاصة، أو مهارات فذة، حاول بصفتك مدرس أن تكشف هذه الميول والمهارات، فالهوايات الخاصة إذا وجدت في طفل من أطفال التوحد فاعمل على إبرازها وتنميتها، وفي إطارها يمكن تعليم الطفل عشرات من المهارات الأخرى.

• الوصية السادسة عشر:

حتى يتمكن المدرس من رفع الروح المعنوية للطفل فإن عليه أن يعطيه دائماً الفرصة للاختيار وتقرير ما إذا كان يفضل أن يفعل كلما أمكن ذلك وأيضاً يرفع من قدراته على التعبير اللفظي وغير اللفظي، أن مجرد شعور الطفل بأنه أصبح قادراً على اتخاذ قراراته في اختيار الأنشطة التي يحبها تجعله أكثر حماساً ودافعية للتعلم والمشاركة الفعالة. إن لأسلوب اتاحه الفرصة للطفل ليختار أهمية وأثر كبير، فالأفضل أن يسأل المدرس الطفل الآن ماذا تريد أن تفعل أولاً؟ على أن يشعر فعلاً بأن له حرية الاختيار بدلاً من أن يقول له "هل تريد أن ترسم؟" أو هل تريد أن تلعب بالكرة؟ إلا إذا كان المدرس يعلم أنه يجب الاثنين، أو أحدهما، وعندئذ يمكن أن يسأله والآن هل تحب أن ترسم؟ أو تلعب بالكرة؟.

• الوصية السابعة عشر:

عندما ينجح الطفل في إنجاز عمل يتميز بالصعوبة، أو بطول الوقت الذي يتطلبه إنجازها، فمن الانسب للمدرس أن يدعم، أو يعزز هذا الانجاز لفظياً.

إن محاوله نجاح الطفل في انجاز عمل صعب، أو طول تعتبر ذات أهميه في تثبيت وتفعيل مستوى القيمة الذاتية Self esteem للطفل فضلاً عن تشجيع الطفل على المشاركة وتحسين الأداء والتنافس مع الآخرين وتنمية الدافعية للتعلم، وخاصة في أداء الأعمال الأكثر صعوبة وعلى تنمية أكثر وأسرع للمهارات المختلفة.. ومع تحقيق تلك الأهداف ونمو المهارات والتقدم في العمر لا بد للمدرس من استخدام وسائل اثابه وتدعيم أخرى مناسبة والأفضل أن تكون لفظيه.. اجتماعية مثل "رائع" "هايل" "برافو" أنا فخور بك وهكذا مما يؤدي إلى زيادة ثقة الطفل بقدراته حتى يصبح التدعيم الذاتى الذى يتمثل في نشوة تحقيق النجاح هو الاثابه الأهم عند الطفل، وتؤدى دوراً رئيسياً في زيادة الدافعية للتعلم.

• الوصية الثامنة عشر:

يتجاوب بعض أطفال التوحد ايجابيا عند استعمال المدرس أسلوبا مشوقا في تقديم أنشطه جديده فمثلا بدلا من أن يقدم المدرس الأدوات، أو اللعبة التى يستخدمها في هذا النشاط للطفل مباشرة، يمكن أن يتناولها وهو يلعب بها أمام الطفل بطريقه تجذب انتباهه فيقبل بحماس على النشاط المطلوب، فعلى المدرس دائما أن يجدد في التمهيد بأساليب تلفت نظر الطفل وتثير اهتمامه للمشاركة في النشاط المطلوب.

• الوصية التاسعة عشر:

لما كان معظم أطفال التوحد سريعى النسيان، ومن أجل المحافظة على المهارات التى سبق اكتسابها، فعلى المدرس أن يختار بين وقت وآخر واحدة من تلك المهارات ويدخلها في نشاطه اليومي لتقديمه للمهارات حتى يظل الطفل يتذكرها ولا تضعيع في خضم الأنشطة الجديدة، على أن يكون اختيارها مهارة قديمة تدخل في عمل يوم جديد بطريقة طبيعية تحددها الظروف والملايسات بدلاً

من طريقة مصطنعة وروتينية، متبعًا أيضًا نفس المبدأ في اختيار كل ما هو جديد من أنشطة سيقدمها، وبدلاً من تسليم المدرس الأدوات للطفل، أو الأجهزة، أو اللعب، فإن من الأفضل أن يضعها بعيداً عن متناول يد الطفل، ويدربه على استعمال يده وأصبعه في الإشارة إلى **Pointing Trainig** وفي هذا الأسلوب أيضاً تدريب على التواصل اللفظي وغير اللفظي.

• الوصية العشرون:

من الثابت علمياً أن الطفل يمكن أن يتعلم الكثير من الأطفال الآخرين، وبصفة خاصة تعلم المهارات الاجتماعية، ولذلك يجب على المدرس الاجتماعات وأنشطة مشتركة دورية لمدة ساعة أو أكثر في اللعب بين أطفال التوحد والأطفال العاديين على أن يحسن الإعداد والتخطيط لأمثال تلك الاجتماعات وتخطيط الأنشطة الطبيعية بقدر الأمكان، والتي يمكن أن يجرى التفاعل بين الأطفال وبضعهم البعض، توحدين وغير توحدين، كباراً، أو صغاراً، بنين أو بنات، بحيث متاح فرص التفاعل التلقائي، أو تنظيم تمثيلات قصيرة يقوم ببطولاتها الأطفال أنفسهم، أو عرض قصص من وضع المدرس وتمثيل الأطفال، أو تبادل العزف على الآلات الموسيقية المختلفة، أو يطلب من بعض الأطفال أن يحكي عن رحلة، أو زيارة قام بها كما يمكن أن تضم الاجتماعات مباريات رياضية، أو فنية، أو مسابقات علمية، أو يتاح لطفل نابغ في رياضة، كره القدم، أو كرة السلة، أو في عمل تماثيل من الخزف، أو الصلصال، وأن يعرض مهاراته على الأطفال الآخرين، ومن المهم هنا أن يدرب أطفاله قبل الاجتماع على أهمية الالتزام بالسلوكيات الحميدة وتجنب السلوك العدواني أو الشاذ وعلى اكتساب أساليب المبادئ في الحديث مع طفل آخر وعلى حسن الانصات وتبادل التحية وغيرها من قواعد السلوك الاجتماعي المرغوب.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية :

- ١ - إبراهيم عبد الله فرج الزريقات: (٢٠٠٤م): التوحد - الخصائص والعلاج - دار وائل للنشر والتوزيع - عمان - الأردن.
- ٢ - أحمد سليم النجار (٢٠١١م): التوحد واضطراب السلوك - دار المشرق الثقافي - عمان - الأردن.
- ٣ - الشيخ ذيب رائد (٢٠٠٤م): تصميم برنامج تدريب لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحدين وقياس فاعليته. رسالة دكتوراه - الجامعة الأردنية - الأردن.
- ٤ - إلهامى عبد العزيز إمام (١٩٩٩م): سيكولوجية الفئات الخاصة دراسة في حالة الذاتية. القاهرة، دار الكتب.
- ٥ - إلهامى عبد العزيز إمام وآخرين (٢٠٠١م): سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: بدون دار نشر.
- ٦ - أمير إبراهيم أحمد القرش (٢٠٠٦م): الصم المكفوفون (تربيتهم وطرق التواصل معهم) - عالم الكتب - القاهرة.
- ٧ - أميرة طه بخش (٢٠٠٢م): دراسة تشخيصية مقارنة في السلوك الانسحاب للأطفال التوحدين وأقرانهم المتخلفين عقلياً. مجلة العلوم التربوية والنفسية. الكويت: المجلد الثاني، العدد الثالث - سبتمبر.
- ٨ - إيمان حسنى حافظ (٢٠٠٦م): بعض مشكلات الأطفال ذوى الاحتياجات

الخاصة وعلاقتها بالضغط بالنفسية للآباء - دراسة مقارنة - رسالة دكتوراه
- معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.

٩- أيمن محمد البلشة (٢٠٠٢م): الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية
للأطفال التوحدين والأطفال المتخلفين عقلياً (البحث مقدم لندوة
الإعاقات الثمانية - قضاياها العلمية ومشكلاتها العلمية) جامعة الخليج.
مملكة البحرين من الفترة ١٩-٢١ / ١ / ١٤٢١هـ الموافق ٢٤ -
٢٦ / ٤ / ٢٠٠٢م.

١٠- رابية إبراهيم الحكيم (٢٠٠٣م): دليلك للتعامل مع التوحد. شركة المدينة
المنورة للطباعة والنشر - السعودية.

١١- ربيع شكرى سلامة (٢٠٠٥م): التوحد - اللغز الذى حير العلماء والأطباء.
دار النهار - القاهرة.

١٢- زينب محمد شقير (٢٠٠٤م): نداء من الأبن المعاق - مكتبة الأنجلو المصرية
- القاهرة.

١٣- خوله أحمد يحيى (٢٠٠٠م): الاضطرابات السلوكية والانفعالية - دار الفكر
العربى - عمان - الأردن.

١٤- سايمون كوهين، باتركين بولتن (٢٠٠٠م): حقائق عن التوحد - ترجمة
عبد الله إبراهيم الحمدان - أكاديمية التربية الخاصة - الرياض.

١٥- سعيد حسن العزه (٢٠٠٧م): صعوبات التعلم (المفهوم) - التشخيص -
الأسباب - أساليب التدريس واستراتيجيات العلاج) - دار الثقافة للنشر
والتوزيع - عمان - الأردن.

١٦- سميرة عبد اللطيف السعد (١٩٩٢م): معاناتى والتوحد، الشويخ،
الكويت.

- ١٧- سميرة عبد اللطيف السعد (١٩٩٨م): برنامج متكامل لخدمة إعاقة التوحد في الوطن العربي. المؤتمر الدولى السابع لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، الشويخ، القاهرة: ديسمبر.
- ١٨- سناء محمد سليمان (٢٠١٠م): ضعف العقول (بلاء ومحنة - أم - ابتلاء ومنحة) سلسلة ثقافة سيكولوجية للجميع - الإصدار (٢٤) - عالم الكتب - القاهرة.
- ١٩- سهام على عبد الغفار عليه (١٩٩٩م): فاعلية كل من برنامج إرشادى للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتية (الأوتيزم) لدى الأطفال - رسالة دكتوراه - جامعة طنطا - كفر الشيخ - مصر.
- ٢٠- سهى أحمد نصر (٢٠٠٢م): الاتصال اللغوى للطفل التوحدى (التشخيص - البرامج العلاجية) - دار الفكر العربى - عمان - الأردن.
- ٢١- سهير كامل أحمد (١٩٩٨م): سيكولوجية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة - مركز الإسكندرية للكتاب.
- ٢٢- سيدة أبو السعود حنفى (٢٠٠٥م): مدى فاعلية برنامج إرشادى للوالدين لتنمية بعض مهارات طفل الاوتيزم - رسالة دكتوراه - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.
- ٢٣- طلعت حمزة الوزنة (٢٠٠٤م): التوحد، التشخيص والعلاج. وزارة الشؤون الاجتماعية وكالة الشؤون الاجتماعية. الإدارة العامة للخدمات الطبية، المملكة العربية السعودية.
- ٢٤- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠م): بعض أنماط الأداء السلوكى الاجتماعى للأطفال التوحدين واقراءهم المعوقين عقليًا. مجلة كلية تربية بالزقازيق، جامعة الزقازيق، العدد ٣٥، مايو ٩ - ٣٥.
-

٢٥- عادل عبد الله محمد (٢٠٠١م): مقياس الطفل التوحدي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية - القاهرة.

٢٦- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢م): الأطفال التوحدين - دراسات تشخيصية براجمية - دار الرشد - القاهرة.

٢٧- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١م): سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة (الأساليب التربوية والبرامج التعليمية) - مكتبة زهراء الشرق - القاهرة.

٢٨- عبد الرحمن سيد سليمان وآخرون (٢٠٠٣م): دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع الطفل التوحدي مكتبة زهراء الشرق - القاهرة.

٢٩- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٤م): اضطراب التوحد. ط ٣، مكتبة زهراء الشرق - القاهرة.

٣٠- عبد الرحيم بنخيت عبد الرحيم (١٩٩٩م): الطفل التوحدي (الذاتي الإجتراي): القياس والتشخيص الفارق. المؤتمر الدولي السادس، مركز الإرشاد النفسى، ١٠ - ١٢ نوفمبر، جامعة عين شمس.

٣١- عبد الله بن محمد الصبى (٢٠٠٢م): التوحد وطيف التوحد أسبابه وأعراضه وكيفية التعامل معه، الجمعية الخليجية للإعاقة، ١٤٢٣هـ.

٣٢- عبد السلام عبد الغفار، يوسف الشيخ (١٩٨٥م): سيكولوجية الطفل غير العادى والتربية الخاصة - دار النهضة العربية. القاهرة.

٣٣- عبد المطلب أمين القريطى (١٩٨٦م): الدور العلاجى للنشاط غير الأكاديمى فى برامج المعوقين فى: الكتاب السنوى فى علم النفس. (تحرير فؤاد أبو حطب) الجمعية المصرية للدراسات النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٦م. ص ٤٣٠ - ٤٤٦.

- ٣٤- عزة عمر عبد الله الغامدى (٢٠٠٣م): العلاج السلوكى لمظاهر المعجز فى التواصل اللغوى والتفاعل الاجتماعى لدى أطفال التوحد. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية، الرياض، السعودية.
- ٣٥- فتحى السيد عبد الرحيم (١٩٩٠م): سيكولوجية غير العاديين، واستراتيجيات التربية الخاصة (الجزء الثانى) ط٤، الكويت: دار القلم.
- ٣٦- عبد العزيز الشخص، عبد السلام عبد الغفار (١٩٩٢م): قاموس التربية الخاصة - دار القلم - الكويت.
- ٣٧- ماجد السيد على عمارة (٢٠٠٥م): إعاقة التوحد - بين التشخيص والتشخيص الفارق - مكتبة زهراء الشرق - القاهرة.
- ٣٨- مجدى عزيز غبراهيم (٢٠٠٣م): مناهج تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة - فى ضوء متطلباتهم الإنسانية والاجتماعية والمعرفية - مكتبة الانجلو المصرية - القاهرة.
- ٣٩- محمد أحمد خطاب (٢٠٠٩م): سيكولوجية الطفل التوحدى - دار الثقافة للنشر والتوزيع - عمان - الأردن.
- ٤٠- محمد شعلان (١٩٧٩م): الاضطرابات النفسية فى الأطفال، الجزء الثانى، الجهاز المركزى للمكتب الجامعية . القاهرة.
- ٤١- محمد على كامل (٢٠٠٥م): الاوتيزم (التوحد) الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج - مركز الإسكندرية للكتاب.
- ٤٢- مصطفى فهمى (١٩٨٠م): مجالات علم النفس. سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مكتبة مصر - القاهرة.
- ٤٣- هالة محمد (٢٠٠١م): تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعى للأطفال المصابين بأعراض التوحد. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس. القاهرة، مصر.

٤٤- وفاء الشامي (٢٠٠٤م): خفايا التوحد، أشكاله وأسبابه وتشخيصه. مركز جدة للتوحد - جدة - السعودية.

٤٥- وفاء الشامي (٢٠٠٤م): سمات التوحد (تطورها وكيفية التعامل معها). مركز جدة للتوحد - جدة - السعودية.

٤٦- يسرية صادق وآخرون (٢٠٠٣م): موسوعة تنمية الطفل ومشكلاته - الأسباب وطرق العلاج. دار قباء - القاهرة.

٤٧- يوسف بشير والبهيجاني يعقوب (٢٠٠٤م): التوحد علاج الذاتوية بين الأمل والعون - دار رؤى للنشر والتوزيع - عمان - الأردن.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- 48- Buffington, D. (1998): Procedures for teaching appropriate gestural communication skills to children of autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 28 (6), 11-28.
- 49- Davison, Gerald C, & Neale John M., (1994): Abnormal Psychology. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 50- Dawson, G, & Galpert, I. (1990) mothers' use of imitative play for facilitating social Responsiveness and toy play in young autistic children. Development and psychopathology 2-151-162.
- 51- Dorman, Ben & Lefebvre, Jennifer (1999); what is autism? Bethesda, MD: Autism Society of America.
- 52- Dunlap, Glen & Fox, lise (1999), Teaching Students With Autism, New York, the Council for exceptional children.
- 53- Fox, Lise. Dunlap, Glen. Phillbrick. Leigh Ann (1997): Providig Individual Supports to Young children with Autism and their families. Journal of early invention. V21 n1 p1- 14 Win 1997.

- 54- Hallahan, Daniel, P., & Kauffman James, M. (2003): Exceptional learners: Introduction to Special education, Boston, New York: Allyn and Bacon.
- 55- Handleman, Jan S; Harris, Sandra L; Alessandri, Michael. 1990, Mothers, fathers, teachers, and speech therapists as assessors of treatment outcome for children with autism. Education and treatment fo children. Vol. 13 (2), May 1990, pp. 153-158.
- 56- Johnston, S., Evans, E. and Joanne, P. (2004). The use of visual support in teaching young children with Autism Spectrum Disorder to initiate interactions, London: Pawel company.
- 57- Jones, Christopher D. 2007: The potential of family dinner: An observational student comparing social communication patterns in families of children with autism and families of typically developing children. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol. 67 (9-B), 2007, pp. 5443.
- 58- Kendall, Philip C. 2000: Childhood disorders. UK; East Sussex: Psychology press Ltd, Publishers.
- 59- Lepist, T. Shostakovich, A. Valhalla R. Alco, P. and Nktnen, R. yaguchi, K. 2003: Speech- sound- selection auditory impaitment in children with autism: they can perceive but do not attend. Proceeding of the National Academy of Science of the United States of America, 100 (9), 5567-5573.
- 60- Nissenbaum, Michal S. Tollefson, Nona. F\Reese, R Mathew 2002: The interpretative comference: Sharing Diagnosis of Autism with Families, Focus on Autism and other Developmental Disavilities. V17 ni p 30-43 spr 2002.
-

- 61- Scotland, A., 2002: Non-speech communication and childhood autism: language, speech, and hearing services in schools. Journal of Autism and Developmental Disorders, 12 (1), 246-257.
- 62- Stone, Wendy L; Coonrod, Elaine E; Pozdol, Stacie L; Turner, Lauren M. 2003: The Parent interview for Autism- Clinical Version (PIA-CV): A measure of behavioral change for young children with autism. [References]. Autism. Vol. 7 (1), Mar 2003, pp. 9-30.
- 63- Swensen, Lauren D. 2000: Exploring the effects of maternal input on the language of children with autism. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol. 68 (10-B), 2008, pp. 7005.
- 64- Waltz, Mitzi. 1999: Developmental disorders: Finding diagnosis and getting help. O'Reilly & Associates, Inc.
- 65- Werner, Emily Brown. 2003, Regression in the early developmental course of autism spectrum disorders: Validation of the phenomenon using parent report and home video tapes. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol. 63 (8-B), Mar 2003, pp. 3946.

ثالثاً: مراجع عبر شبكة الإنترنت :

١ - اضطرابات طيف التوحد والوراثة.

www.autism_spectrum_disorders..com.

٢ - التقرير الصادر من أكاديمية الأطفال الأمريكية عن مرض التوحد ونسبة انتشاره.

<http://www.aap.org/advocacy/releases/oct07autism.htm>.

٣- شبكة الصدفة (مرض التوحد). www.gogal.com.

٤- رسائل دكتورة (ليلي كرم الدين - مدى فاعلية برنامج ارشادي للوالدين
لتنمية بعض مهارات طفل الأوتيزم). www.gogal.com.

٥- د. عبد الرحمن السويد - اضطرابات طيف التوحد.

Autism spect Rum Disordeps.

٦- د. سيد سليمان - تصحيح مفهوم التوحد. www.autism.com.

٧- نعم أنا معاق. www.gogal.com.

٨- دليل صحة الطفل.

<http://www.fightingautism.org/idea/autism.php>.

الإنتاج العلمى للمؤلفة

أولاً: الدراسات والبحوث

- ١- تقبل الأبناء المتفوقين منهم والمتخلفين لاتجاهات آبائهم نحو تحصيلهم الدراسى وعلاقة ذلك بمستوى القلق، ١٩٧٩ م - رسالة ماجستير كلية البنات / جامعة عين شمس - تحت إشراف أ.د/ رمزية الغريب.
- ٢- "مراتب الطموح لدى الطالبة الجامعية وعلاقته بمفهوم الذات ومستوى الأداء" ١٩٨٤ م - رسالة دكتوراه - كلية البنات / جامعة عين شمس - تحت إشراف أ.د/ رمزية الغريب.
- ٣- عادات الاستذكار فى علاقته بالتفوق الدراسى - المؤتمر الرابع لعلم النفس فى مصر ٢٥-٢٨ يناير ١٩٨٨ م - الجمعية المصرية للدراسات النفسية.
- ٤- "الانضباط لدى تلاميذ المدرسة الإعدادية وعلاقته بالمستوى الاجتماعى والثقافى ووجهة الضبط والاتجاهات الدراسية، - مجلة علم النفس - العدد السادس / أبريل، مايو، يونيو ١٩٨٨ م.
- ٥- العلاقة بين عادات الاستذكار ومهاراته وبعض العوامل الشخصية والاجتماعية لدى تلاميذ المدرسة الابتدائية، كتاب (دراسات فى عادات الاستذكار ومهاراته) - دار الكتاب للطباعة والنشر ١٩٨٨ م - مودع بدار الكتب المصرية.
- ٦- "عادات الاستذكار ومهاراته لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية فى علاقته ببعض العوامل الشخصية والاجتماعية. كتاب (دراسات فى عادات الاستذكار ومهاراته) - دار الكتاب للطباعة والنشر ١٩٨٨ م - مودع بدار الكتب المصرية.

٧- ظاهرة العنف لدى بعض شرائح من المجتمع المصرى - دراسة استطلاعية (بالاشتراك مع د. سعيد محمد نصر) - الكتاب السنوى فى علم النفس - المجلد السادس ١٩٨٩م - مكتبة الأنجلو المصرية.

٨- دراسة لتنمية عادات الاستذكار ومهاراته لدى بعض تلاميذ المدرسة الابتدائية، مجلة علم النفس - العدد الحادى عشر - يوليو، أغسطس، سبتمبر ١٩٨٩م - القاهرة.

٩- أساليب المعاملة الوالدية المرتبطة بالتحصيل فى علاقتها بدافع الإنجاز والتحصيل الدراسى لدى شرائح اجتماعية ثقافية مختلفة من الجنسين بالمدرسة الابتدائية - المؤتمر الرابع للطفل المصرى - مركز دراسات الطفولة فى الفترة من ٢٧ إلى ٣٠ أبريل ١٩٩١م - القاهرة.

١٠- دراسة نفسية تحليلية للمعلم المتميز بالمدرسة الثانوية، بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس فى مصر - سبتمبر (١٩٩١م) - الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالاشتراك مع كلية التربية/ جامعة عين شمس - القاهرة.

١١- عدم الرضا عن بعض الجوانب الصحية والأسرية والدراسية لدى الطلاب المتفوقين بالمدرسة الثانوية - بحوث المؤتمر التاسع لعلم النفس فى مصر - الجمعية المصرية للدراسات النفسية ٢٧/ ٣١ يناير ١٩٩٣م - القاهرة.

١٢- رعاية الطلاب المتفوقين بالمدرسة الثانوية - بين الواقع والمأمول (دراسة استطلاعية) مجلة علم النفس - العدد الثامن والعشرون أكتوبر، نوفمبر، ديسمبر ١٩٩٣م - القاهرة.

١٣- بناء اختبار لقياس الميول الدراسية والترفيهية والاجتماعية والمهنية لطلاب وطالبات المرحلة الثانوية - مجلة المركز القومى للتقويم والامتحانات ١٩٩٥م - القاهرة.

١٤- ظاهرة غياب المعلمات السعوديات فى مراحل التعليم العام بمدينة الرياض

في ضوء بعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية والمهنية (دراسة ميدانية) -
المملكة العربية السعودية - الرئاسة العامة لتعليم البنات - الإدارة العامة
للبحوث التربوية إدارة الدراسات - ١٩٩٣م - الرياض.

١٥- رياض الأطفال في المملكة العربية السعودية بين الواقع والمأمول (دراسة
تحليلية تقييمية) - المملكة العربية السعودية - الرئاسة العامة لتعليم البنات -
الإدارة العامة للبحوث التربوية - إدارة الدراسات ١٩٩٤م - الرياض.

١٦- ظاهرة الغياب من المدرسة لدى طلبة الثانوية العامة وعلاقتها ببعض
المتغيرات (بالاشتراك مع د. سعاد زكى) - المؤتمر الثامن في الفترة من ٤ -
٦ نوفمبر (٢٠٠١م) - مركز الإرشاد النفسى - جامعة عين شمس -
القاهرة.

١٧- رعاية المسنين في المملكة من المنظور الشرعى (الواقع والمأمول) (بالاشتراك
مع د. محمد عليشة الأحمدي وآخرون). مدينة الملك عبد العزيز للعلوم
والتقنية - الإداره العامة لبرامج المنح - ١٤٢٩هـ / ٢٠٠٩م، (الرياض).

ثانياً: الكتب المنشورة:

- ١- سيكولوجية الاتصال الإنسانى .. ومهاراته: ٢٠١٣ - عالم الكتب - القاهرة.
- ٢- فن وأدب الحوار (بين الأصالة والمعاصرة): ٢٠١٣م - عالم الكتب - القاهرة.
- ٣- سيكولوجية الحب والانتماء: ٢٠١٣م - عالم الكتب - القاهرة.
- ٤- محاضرات في سيكولوجية التعلم: ٢٠١٣م - ط ٣ - عالم الكتب - القاهرة.
- ٥- أدوات جمع البيانات في البحوث النفسية والتربوية: ٢٠١٣م - ط ٢ - عالم
الكتب - القاهرة.
- ٦- التفكير (اساسياته وأنواعه. تعليمية وتنميه مهاراته) - ٢٠١١م - عالم الكتب -
القاهرة.
- ٧- قراءات فى علم النفس المدرسى: ٢٠١٠م - عالم الكتب - القاهرة.

٨- مناهج البحث العلمى - فى التربية وعلم النفس ومهاراته الأساسية -
٢٠٠٩م - عالم الكتب - القاهرة.

٩- سيكولوجية الفروق الفردية وقياسها: ٢٠٠٦م (ط ٢) عالم الكتب -
القاهرة.

١٠- التعلم التعاونى: (أسسه - استراتيجياته - تطبيقاته): ٢٠٠٥م عالم
الكتب - القاهرة.

١١- الموهوبون (مشكلاتهم - اكتشافهم - رعايتهم): ١٩٩٣م - مودع بدار
الكتب المصرية بالقاهرة.

١٢- عادات الاستذكار ومهارته السليمة: ١٩٩٠م - مودع بدار الكتب المصرية
بالقاهرة.

ثالثاً: سلسلة ثقافة سيكولوجية للجميع:

الإصدار الأول: التوافق الزوجى واستقرار الأسرة.. من منظور (إسلامى -
نفسى - اجتماعى) ٢٠٠٥م عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار الثانى: مشكلة العناد عند الأطفال - ٢٠٠٥م - عالم الكتب - القاهرة.
الإصدار الثالث: مشكلة الخوف عند الأطفال - ٢٠٠٥م - عالم الكتب -
القاهرة.

الإصدار الرابع: مشكلة التأخر الدراسى فى المدرسة والجامعة: ٢٠٠٥م - عالم
الكتب - القاهرة.

الإصدار الخامس: عادات الاستذكار ومهاراته الدراسية السليمة: ٢٠١٢م -
٢ - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار السادس: مشكلة التبول اللاإرادى عند الأطفال: ٢٠٠٥م - عالم
الكتب - القاهرة.

الإصدار السابع: تحسين مفهوم الذات - تنمية الوعي بالذات. والنجاح في شتى مجالات الحياة: ٢٠٠٥م - عالم الكتب بالقاهرة.

الإصدار الثامن: كيف نربى أنفسنا والأبناء من أجل تنمية الإبداع: ٢٠٠٥م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار التاسع: كيفية مواجهة المشكلات الشخصية والأزمات - ٢٠٠٦م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار العاشر: أزمة منتصف العمر لدى المرأة والرجل .. بين اليأس والأمل - ٢٠٠٦م - عالم الكتب بالقاهرة.

الإصدار الحادى عشر: مشكلتنا مص الأصابع وقضم الأظافر (الأسباب والأضرار - الوقاية والعلاج) - ٢٠٠٧م عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار الثانى عشر: كيفية تنظيم الوقت وشغل أوقات الفراغ - بين الواقع والواجب - ٢٠٠٧م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار الثالث عشر: الغضب "أسبابه - أضراره - الوقاية - العلاج" - ٢٠٠٧م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار الرابع عشر: الأمراض النفسية والأمراض العقلية (بين الحقيقة والخيال) ٢٠٠٧م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار الخامس عشر: مشكلة العنف والعدوان - (لدى الأطفال والشباب) - ٢٠٠٧م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار السادس عشر: مرحلة الشيخوخة و حياة المسنين .. بين الآمال والآلام - ٢٠٠٨م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار السابع عشر: المشكلات العاطفية والجنسية لدى المراهقين والمراهقات - ٢٠٠٨م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار الثامن عشر: التدخين بين (الصحة والسلامة - والمرض والندامة)
٢٠٠٨م - عالم الكتب القاهرة.

الإصدار التاسع عشر: فن وأساليب تربية ومعاملة الأبناء (الأطفال
والمرهقين) ٢٠٠٩م عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار العشرون: في بيتنا كذاب.. ماذا نفعل؟ ٢٠٠٩م - عالم الكتب -
القاهرة.

الإصدار الحادى والعشرون: في بيتنا سارق... ماذا نفعل؟ ٢٠٠٩م - عالم
الكتب - القاهرة.

الإصدار الثانى والعشرون: المخدرات.. والإدمان (بين هلاك النفوس ..
وخراب البيوت) - ٢٠١٠م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار الثالث والعشرون: السعادة.. والرضا (أمنية غالية .. صناعة راقية)
- ٢٠١٠م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار الرابع والعشرون: ضعاف العقول (بلاء ومحنة - أم - ابتلاء ومنحة) -
٢٠١٠م عالم الكتب القاهرة.

الإصدار الخامس والعشرون: الخرافات والسحر والشعوذة.. بين (السعادة
والوفاق .. واليأس والشقاق) ٢٠١١م - عالم الكتب -
القاهرة.

الإصدار السادس والعشرون: فنون الإتيكيت.. (وآداب السلوك والمعاملة
الراقية) ٢٠١١م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار السابع والعشرون: العنوسة (ظاهرة لا يمكن إنكارها.. وقضية
تستحق الاهتمام) - ٢٠١١م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار الثامن والعشرون: مشكلة الخجل الاجتماعى (لدى الصغار
والمرهقين والكبار) - ٢٠١٢م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار التاسع والعشرون: الغيرة (بين التفوق والمنافسة.. والعداء والأنانية)
- ٢٠١٢م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار الثلاثون: الصداقة الحقيقية (تخلو بها الحياة.. ونحقق بها التوازن
النفسي) - ٢٠١٢م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار الحادى والثلاثون: الطلاق (بين الإباحة والصبر - والخطر والغدر)
- ٢٠١٢م - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار الثانى والثلاثون: التفاؤل.. والأمل (من أجل حياة مشرقة..
ومستقبل أفضل) - ٢٠١٣ - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار الثالث والثلاثون: أبناءنا الموهوبون (بين الرعاية.. والحماية) -
٢٠١٣ - عالم الكتب - القاهرة.

الإصدار الرابع والثلاثون: مشكلة النشاط الزائد وتشتت الانتباه لدى
الأطفال - ٢٠١٣ - عالم الكتب - القاهرة.

هذا الكتاب

تعتبر رعاية المعاقين من ذوى الاحتياجات الخاصة من المشكلات التى تواجه المجتمعات، إذ لا يخلو مجتمع ما من وجود نسبة لا يستهان بها بين أفرادها من هذه الفئات، وتختلف المجتمعات فى تعاملاتها مع هؤلاء الأفراد باختلاف فلسفة كل مجتمع حيث تتدرج المعاملة بين الازدراء والقسوة ومحاولة التخلص منهم إلى الإشفاق عليهم ورعايتهم تحقيقاً لمبدأ تكافؤ الفرص بين الأسوياء. وتعتبر إعاقة الذاتوية (التوحد) من الاضطرابات النائية وليست ضمن الاضطرابات الانفعالية والوجدانية وهى إعاقة ليست نادرة وتمثل نسبة لا يمكن تجاهلها، ولكنها لم تنل حظها من الاهتمام فى الدول النامية، فى حين أننا نجد اهتماماً متزايداً فى الدول المتقدمة.. وقد زاد الاهتمام نسبياً بهذه الفئة فى البلاد العربية خلال السنوات الأخيرة.

ويعتبر تشخيص الذاتوية من أهم الصعوبات التى تواجه هذه الفئة لتشابهها مع فئات عديدة حيث يشير معظم الباحثين إلى قضية التشابه بين سلوك التوحد وسلوك اضطرابات أخرى مثل الإعاقة العقلية، وفصام الطفولة، والإعاقة السمعية، واضطراب الانتباه، واضطرابات التواصل.. كما أن السبب الرئيسى وراء هذا الاضطراب ما زال غير معروف.. وأن هذه الفئة تعاني العديد من المشكلات.

ولأهمية الموضوع؛ أقدم هذا الإصدار من سلسلة ثقافة سيكولوجية للجميع من أجل تنمية وعى الآباء والمربين والجميع بتعريف الذاتوية (التوحد)، أسبابها، أعراضها، تشخيصها، مشكلات اللغة والتواصل لدى الطفل الذاتوى وتفاعله مع الآخر، خصائص هذه الفئة، الوقاية والعلاج من اضطراب الذاتوية.. إلى جانب العديد من الموضوعات المرتبطة بهذا الاضطراب.

وأدعو الله أن أكون قد وفقت فى عرض هذا الموضوع.. وأن ينتفع به الجميع بالمنفعة القصوى.. وأن يتقبل الله سبحانه وتعالى هذا العمل خالصاً لوجهه الكريم.

أ.د. سناء محمد سليمان

٢٠١٤ م