

الفصل الثاني

التوحد.

مقدمة :

يعتبر "ليوكانر" 1935، *Leokanner* أول من تعرض لإعاقة التوحد (الطفل الأوتيزمي) كإعاقة مستقلة ذات أعراض مختلفة عما هي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً كما أنه ميز بينها وبين فصام الطفولة وعرفت في وقتها بأعراض الطفل التوحدي أو الأوتيزمي ، حيث لاحظ على هؤلاء الأطفال التوحديين استغراقهم المستمر في الانغلاق الكامل على الذات والتفكير الإجتزاري النمطي الذي تحكمه الحاجة الذاتية والاهتمامات الجزئية بعيداً عن الواقعية ، وعن كل من حولهم من الأفراد والمثيرات التي قد يستجيبوا لها من ظواهر وأحداث صغيرة للبيئة بطريقة يتشابهون فيها مع المعاقين سمعياً . ويفشلون في تكوين علاقات اجتماعية وإقامة تواصل مع الآخرين .

ويعتبر اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية المنتشرة صعوبة وشدة من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعاني منها وقابله للتعلم أو التنشئة الاجتماعية *Socializayion* أو التدريب على الإعداد المهني أو تحقيق أي قدر على العمل ، أو درجة ولو بسيطة من الاستقلال *Independent* الاجتماعي *Social* والاقتصادي *Economic* أو القدرة على حماية الذات ، إلا بدرجة محدودة وبالنسبة لعدد محدود من الأطفال (عبد الرحمن سليمان ، 2001) .

ويطلق (عبد المنعم الحفني ، 1978) : على الذاتية "إعاقة التوحد" مصطلح الانشغال بالذات ليصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي والانشغال بالذات - من وجهة نظره -

هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة فيفكر الجائع في الطعام والمسافر في الماء ويخيل أنه يرى نبعاً عن بعد ويستعيد العجوز أيام الصبا ويجترها .
إلا أنه بدأ ينظر لهذه الفئة كفتنة يطلق عليها الأوتيزم أو التوحد في الستينات من القرن الماضي مع التشابه في ذلك الوقت بين فصام الطفولة والتوحد حتى الثمانينات وذلك بعد صدور الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية والعلية DSM الثاني .

وقد بدأ الاعتراف بالأوتيزم كاضطراب مستقل وليس نوع من الفصام الطفولي أو ذهان الطفولة المبكر حيث كان هناك خلط بين هذه الاضطرابات العقلية منذ عام 1978 مع نشر الدليل الدولي التاسع تحت عنوان الأوتيزم الطفولي *Infantile Autism* إضافة إلى هذا يوجد فرق بين زملة أعراض الاوتيزم وزملة أعراض الفصام في الطفولة حيث يتسم الأول بالدلالات الكلينيكية التالية : فالطفل الأوتيسي عاجز عن التفاعل مع الآخرين مما يجعل أبويه يصفونه بأنه مستقل وغير معتمد على الآخرين ، وأنه يفضل الوحدة ولا يشعر بوجود الآخرين وأنه يدرك الآخرين وكأنهم جوامد .

وبالرغم من أن هؤلاء الأطفال يرتبطون بالموضوعات والأشياء الكثر من ارتباطهم وتفاعلهم مع الناس فإن مشكلاتهم ليست في حاجاتهم للوعي (أو نقصان الوعي عندهم) لأنهم على دراية ووعي بالآخرين ووجودهم ولكنهم محدودين في تفاعلهم معهم وقد لاحظ (ليوكانز) أنه على الرغم من رغباتهم في البقاء وحيدين ونمطيتهم وتفضيلهم اللعب بالشيء نفسه إلا أنهم يتقبلون عدداً محدوداً من الناس يمكن أن يخرجهم من العزلة وان هذه الاجتماعية تزداد مع تقدمهم في العمر (Bergman. J & gerdyz. , 1998, 66) .

ويندرج التوحد كفئة مستقلة في كل من الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث المعدل (1987) ضمن فئة واسعة للاضطرابات السلوكية الناتجة عن اضطرابات انفعالية وسوء التوافق الاجتماعي وذلك مع التشابه في اضطرابات اللغة وبروفيل الشخصية وعدم التمييز المعرفي الناتج عن اضطراب الإدراك وصعوبة التفاعل الاجتماعي وفي الدليل الرابع (DSM-IV) (1994) ورد ضمن الاضطرابات النمائية المنتشرة وغير المحددة وليس ضمن الاضطرابات الانفعالية الوجدانية .

(1) تعريف التوحد :-

اختلف الباحثون في استخدام مصطلح واحد للتعبير عن اضطراب التوحد فالبعض يطلق عليه (التوحد) ، والبعض يسميه (أوتيزم) وآخرون يسمونه الذاتوية (الذاتوية الطفلية) ويرجع هذا الاختلاف إلى عدم الاتفاق في ترجمة المصطلحات الأجنبية التي تعبر عن الاضطرابات النمائية التي تصيب الطفل في مراحل العمرية المبكرة والتي تختلف كثيراً عن الإعاقة الذهنية المعروفة وأن المصطلح الأجنبي المعبر عن أعراض ومظاهر الاضطراب (أوتيزم) كان من الممكن أن يظل كما هو بلا ترجمة شأنه شأن مرض الهستيريا أو مصطلح (Hysteria) حيث شاع استخدامه كما هو ، وظل لأن يعبر عن زملة من الأعراض المرضية النفسية والحركية ، واتفق عليها الجميع إلا أن الأمر قد اختلف عند تناول هذا الاضطراب النمائي الطفولي ، حيث بدا لبعض الباحثين أنه نوع من انشغال الطفل بذاته فسماه (الذاتوية الطفلية) وبدا للبعض الآخر أنه اجترار لأنماط سلوكية خاصة بالطفل وحده فسموه (توحد) أو "الاجترارية" أو "التكرارية" (علا عبد الباقي إبراهيم ، 2011 : ص 11) .

وهو مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشامل التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة وبالتالي في نمو القدرة على التواصل

والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي ، ويصاحب ذلك نزعة إنسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي ، ويصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماماً عن العمل كما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه أو أحاسيسه وأصبح الطفل يعيش منغلقاً على ذاته في عالمه الخاص فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص

(Howlin. P. 1995 p31) .

وتشير (كرستين نصار ، جانيت يونس ، 2009 ، ص 20) إلى أن التوحد حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية *DSM IV* هو اضطراب يغزو النمو ويؤدي إلى انفصال مرضى عن الواقع يتزامن مع انطواء على الذات ، ولكن وجود عدد من المتوحدين يملكون حياة اجتماعية شبه عادية أدى لنشوء مفهوم يأخذ مؤشرات أخرى غير المؤشر الطبي بالاعتبار ويشمل تعبير " يغزو النمو " (زملة اسيرجر *Syndrome d,Asperger* ، زملة رت *Syndrom de Ret disintegrative de L* ، واضطراب التتكك في الطفولة *enface Le trouble* واضطراب النمو غير المحدد .)

ويعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات انتشاراً ، ويتميز بوجود تأخر حاد في مجالات النمو المختلفة مثل التفاعل الاجتماعي ، ومهارات التواصل وصعوبات اللغة ، وضعف الاهتمامات والأنشطة ، بالإضافة إلى وجود بعض الاضطرابات السلوكية مثل الحركات النمطية والعدوانية وإيذاء الذات . علاوة على ذلك فقد أوضح الكثير من الباحثين أن التأخر في النمو وسوء التوافق الاجتماعي يعتبر أكبر

مشكلة تواجه الطفل التوحدي (Nikopoulos, C., and Keenan, M., 2003, p.87) وتشير الجمعية الأمريكية للتوحد في تعريفها للتوحد أنه نوع من الاضطرابات التطورية التي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتكون نتيجة لاضطرابات نيورولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيجعل الاتصال الاجتماعي صعب عند هؤلاء الأطفال ويجعل عندهم صعوبة في الاتصال سواء كان لفظي أو غير لفظي ، وهؤلاء الأطفال يستجيبون دائماً للأشياء أكثر من الاستجابة للأشخاص ، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم ، ودائماً يكررون حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة.

. (Scheuermann, B. and Jowebber. 2002, p, 11- 2)

يتضمن تعريف الجمعية الوطنية في المملكة المتحدة للأطفال التوحدين خصائص وصفات الفرد التوحدي بالأعراض التالية :-

- 1- اضطراب في سرعة النمو ومراحله.
- 2- اضطراب في الكلام واللغة والتمييز المعرفي .
- 3- اضطراب بل وعجز في الاستجابة للمثيرات الحسية .
- 4- اضطراب في التعلق المناسب بالأشخاص والأحداث والموضوعات .

وقد قدم محمود حمودة (1991) ملامح صورة كLINIكية للطفل التوحدي من ثلاث مكونات تصور الاختلالات التي تصف الطفل المصاب بهذا الاضطراب:

• النمطية اللفظية Verbal Stereo Types

- الاختلال في النشاط التخيلي .
- الاختلال في التواصل مع الآخرين .

أولاً : النمطية اللفظية (VST) .

وتشتمل على تكرار الكلمات أو الجمل دون اعتبار للمعنى ، وأحياناً يكون التكرار للتذكير قصير الأمد وتكرار الكلمات وأشبه الجمل لديه تتكرر مرات عديدة بدون المواقف الاجتماعية المناسبة لها .

ثانياً : الاختلال في النشاط التخيلي .

ويشتمل على غياب استخدام الرموز والإشارات أو اللعب الخيالي مثل اللعب بالأدوات والدمى وغياب لعب أدوار الكبار (اللعب الاجتماعي) ويكون اللعب التخيلي بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام والاهتمامات البيئية ومقاومة التغيير في البيئة ، ويؤدى بعض السلوكيات الآلية النمطية مثل التصفيق بالأيدي أو اللعب ببعض الورق والخيوط دون إبداع لفترات طويلة ، وحركة الجسم بطريقة روتينية ، وكذلك الانبهار من الأجسام المتحركة ، ويعطى اهتماماً أحياناً لأجزاء من جسمه .

ثالثاً : الاختلال في التواصل مع الآخرين .

ويشتمل على المهارات اللفظية وغير اللفظية كالإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه . وقد تغيب اللغة كلية ، وقد يوجد بدايات لغة خاطئة دون معنى ونضج فالبعض منهم يردد أحياناً كلام غير مفهوم وركيك ، مع ترديد بعض الكلمات مباشرة أو مع إرجائها غير موقعها المناسب واستعمال الضمائر الخاطئة فلا يوجد فرق بين استعمال أنت أو أنا أو هو ، وعدم القدرة على تسمية الأشياء أو استعمال المصطلحات المحددة ، وأحياناً يستعمل لغة لا يفهمها من حوله مجازية ويفهمها الملاحظين أو المقيمين مع الطفل . واللغة المنطوقة على وتيرة واحدة والتواصل غير اللفظي مثل الإيماءات الانفعالية وتغيرات الوجه تكون غير مناسبة

للموقف الاجتماعي ولا يفهم التعبيرات اللغوية للآخرين مثل الفكاهة .
ويضيف محمود حمودة (1991) إلى الصورة الكلينيكية السابقة ستة عشر
صنفاً لهذا الاضطراب ، ويشترط وجود ثمانية أعراض منها على الأقل لتشخيص
الطفل الأوتيزمي . وقسمها إلى مجموعات ثلاث هي نفسها المكونات الثلاث للصورة
الكلينيكية بصورة أكثر تفصيلاً :

أولاً : وجود إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل .

- (1) خلل بارز في القدرة على عمل صداقة مع الآخرين .
- (2) لا يشترك في اللعب الاجتماعي ويفضل اللعب الفردي وإذا اشترك
في اللعب الفردي يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة .
- (3) عجز ملحوظ في الوعي بوجود أو مشاعر للآخرين .
- (4) لا يحاكي الآخرين (لا يقلدهم) أو يحاكي بصورة ناقصة أو جزئية
أو التقليد الآلي للآخرين دون علاقة له بالموقف بصورة تكرارية .
- (5) لا يبحث عن الراحة وقت المرض أو يطلب الراحة بطريقة ملحّة أو شاذة .

ثانياً : خلل كيفية في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي .

- (1) لا توجد وسيلة تواصل مثل محاولات التواصل اللفظي أو التعبير الوجهي
أو الإيماء أو التواصل الحركي .
- (2) التواصل اللفظي غير الطبيعي الملحوظ كما في كثرة استخدام الحملقة
بالعينين "عدم الابتسام أو النظر للآخرين " ولا يعرف التقاليد كاحترام
والترحيب .
- (3) غياب النشاط التخيلي وأيضاً اللعب الاجتماعي والشخصيات الخيالية
والروايات والقصص الخيالية .

- (4) يظهر شدوذ ملحوظ في طريقة الكلام مثل ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع وأحياناً الكلام على وتيرة واحدة
- (5) يظهر شدوذ في شكل ومحتوى الكلام وتشمل الكلام بصورة آلية مكررة مثل الترييد المباشر للكلام أو التكرار الآلي واستخدام الكلمات في غير مواطنها من الجمل وأخطاء في استخدام الضمائر.
- (6) عجز في القدرة على بدء محادثة مع آخر أو استمرارها برغم وجود الظروف المناسبة للحديث .

ثالثاً : النقص والعجز في الأنشطة والاهتمامات .

- (1) ضيق ملحوظ وفقر في الاهتمامات والانشغال باهتمامات ذاتية جزئية أحياناً اهتمام واحد جزئي بأعضاء الجسم ، بأوراق وخيوط وغيرها .
- (2) الإصرار غير المناسب على إيقاع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار على أن يسلك نفس الطريق عند قضاء بعض الأعمال .
- (3) التوتر والاضطراب الشديد عند حدوث تغيير في البيئة ولو كان ضعيفاً مثل تحريك كرسي أو أباجورة .
- (4) الحركات الآلية للجسم مثل لف الرأس أو الجسم أو النقر بالأيدي .
- (5) الانشغال الدائم بإجراء مثل شم بعض الأشياء أو حملها .
- يعرف التوحد بأنه " اضطراب انفعالي في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية خاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية" (إسماعيل بدر، 1997: 731) .

ويشير (عبد العزيز الشخص ، عبد الغفار الدماطي ، 1992) : في تعريفهم للتوحد : "على أنه نوع من اضطرابات النمو والتطور الشامل بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة أو في مجال العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة وعادة ما يصيب الأطفال في سن الثلاث سنوات الأولى ومع بداية ظهور اللغة حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذوى المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وتبدل المشاعر".

وتعرفه نادية أبو السعود (1998) : " بأنه ارتقاء غير طبيعي مختل يتضح قبل الثلاث سنوات من عمر الطفل ويتميز بفساد التفاعل الاجتماعي والاتصال الشعوري والنشاط التخيلي والأنشطة الاجتماعية مرتبطا مع أنواع مرضية من السلوك وبشكل خاص في تجنب الحملقة والنشاط الزائد والنمطية والإصرار على الروتين والكثير من الحركات الآلية".

ويشير المعهد القومي للصحة العقلية (plmH. 1998) على أنه: " تشويش على العقل الذي يؤثر على قدرة الأطفال على الاتصال ، وإقامة علاقات مع الآخرين وبعض التوحديون قد يكونون متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي أو بكم أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي ، وبعضهم محصورون داخل أنماط سلوكية متكررة ونماذج تفكير جامدة ومشكلات اجتماعية وحسية تؤثر على سلوكهم وقدرتهم على التكيف مع الحياة".

ويوضح (appie,et al) (2005-23) : " أن الأطفال التوحديون ذوى النشاط الزائد منبذون اجتماعيا لعدم قدرتهم على التفاعل مع الأقران ، كما أنهم يكابدون في مساراتهم التكرارية ، تكرار أدوارهم المقيدة والطقوس النمطية لديهم".

ويطلق (فتحي عبد الرحيم، 1990) : على الذاتية " إعاقة التوحد " لفظ التمركز الذاتي ويعتبر بالإضافة إلى شيزوفرونيا الطفولة من الاضطرابات السلوكية الحادة التي تصيب الأطفال في فترات الطفولة المبكرة والمتوسطة وذلك منذ أن ميز (ليوكانر) (1943) التركيز الذاتي كنوع مستقل من اضطرابات السلوك التي تحدث في وقت مبكر من حياة الأطفال بخلاف شيزوفرونيا الطفولة المتوسطة ومنذ ذلك الحين والحوار يدور بين الأطباء النفسيين حول ما إذا كن التمركز الذاتي يعد حالة منفصلة عن ذهان الطفولة أم لا .

ويشير (فاروق صادق ، 2003 : 62) إلى أن : " التوحد نوع من الاضطرابات في النمو والتطور تظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر وتؤثر على مختلف جوانب النمو السالب والتي قد تظهر في النواحي الاجتماعية التواصلية والعقلية والانفعالية والعاطفية ، ويستمر هذا النوع من الاضطراب التطوري مدى الحياة (أي لا يحدث شفاء منه) ولكن تتحسن الحالة من خلال التدريبات العلاجية المقدمة للطفل " .

ويشير (سليمان عبد الواحد يوسف ، 2010 ، 155) إلى التوحد : " بأنه أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تظهر خلال السنوات الأولى من حياة الطفل ويؤثر تأثيراً شاملاً على كافة جوانب نموه العقلية والانفعالية والاجتماعية مع قصور واضح في التواصل اللفظي مع مصاحبته بسلوكيات نمطية شديدة ومتواترة ويظهر عادة بنسبة كبيرة في الذكور عن الإناث " .

ويعرفه (أحمد فتحي عكاشة، 1998) : " بأنه حالة من القصور المزمن في النمو ، تظهر أعراضه خلال الثلاث سنوات الأولى ويصيب حوالي خمسة أطفال من كل 10000 ولادة وبسبة أكبر بين الذكور عنه لدى الإناث ويحدث في كل

المجتمعات بغض النظر عن اللون أو الأصل أو الخلفية الاجتماعية بل ربما تكون العوامل المسببة عوامل عضوية تعزى إلى خلل في بعض الوظائف المخية والجهاز العصبي المركزي".

وانه ذلك الاضطراب الذي يتضمن قصور في التواصل الاجتماعي والانفعالي وتأخر في النمو اللفظي المصاحب بشذوذ في شكل ومضمون الكلام والتريديد الآلي وعدم القدرة على استخدام الضمائر بالإضافة إلى النمطية والإصرار على الطقوس دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف إزاء أي تغيير (Osterling . J, 1994, p 257).

ويشير (محمد صبري وهبة : 2004) أن: "التوحد أو الذاتوية نوع من الإعاقة سببها خلل وظيفي في الجهاز العصبي ويتميز بنفس القدرة على الإدراك الحسي واللغوي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انطوائية تعزل الطفل عن الوسط المحيط فلا يكاد يحس بما يدور حوله هذا ، ويصاحب التوحد متلازمات أخرى مثل "متلازمة Fragile Syndroom" حيث بروز الأذن ومرونة المفاصل والإعاقة الذهنية كما يصاحبه "مرض اسبرجر Asperger " حيث لا يميلون لتكوين العلاقات الاجتماعية هذا وقد أكدت الدراسات في مركز الأبحاث بجامعة كامبردج أن نسبة حالات التوحد تكون 75 حالة لكل 10000 حالة في حين أكدت الدراسات الأخرى خمس حالات لكل ألف حالة".

وتشير (كريستين مايلز، 1994) إلى أن: " التوحد حالة غير عادية لا يقيم الطفل فيها أي علاقة مع الآخرين ولا يتصل بهم إلا قليلاً جداً والتوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناجماً عن تلف في الدماغ ولا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل

التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف ويمكن أن يصاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء بالتوحد مع الخيال وقد يكونون طبيعيين أو أذكاء جداً أو متخلفين عقلياً".

ويشير (أحمد فتحي السحيمي ، 2011) في تعريفه للتوحد : " أنه عجز يعيق تطوير المهمات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي ، وهو اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ ، وعدم القدرة على التصور البناء والملائمة التخيلية ".

ويشير (نكريا الشريبي ، 2004) إلى أن : " التوحد هو اضطراب نمائي يعزل الطفل المصاب عن المجتمع دون شعور المصاب بما يحدث حوله من أحداث في محيط البيئة الاجتماعية ، فينخرط في مشاعر وأحاسيس وسلوكيات ذات مظاهر غير عادية أو شاذة بالنسبة لمن يتعاملون مع الطفل بينما يعايشها الطفل بصفة دائمة مستمرة لأنها الوسيلة الوحيدة التي يعبر بها عن أحاسيسه ومشاعره وبطريقته الخاصة".

ويعرف (Lewis & Volkmar, 1990, 121) التوحد : " بأنه اضطراب نمائي يتسم بانحراف واضح في النمو اللغوي والاجتماعي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية ورغبة في الدوام على الأعمال الروتينية ، وعادة ما يرتبط بالتخلف العقلي".

ويتفق كل من بارى وآخرين Barry et al (2003: 685)، ياس وموليك & Mulick Bass (2007: 727) ، أكشوموف Akshoomoff (2006: 274) وريفيس Reavis (2003) : " على أن التوحد ما هو إلا عاقبة في جوانب النمو

المختلفة ، حيث يعاني الأطفال ذو التوحد من إعاقات واضحة في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتنوعة مثل الاتصال بالعين ، والتغيرات الوجهية والتغيرات البدنية ، والإشارات المستخدمة . كما أنهم يفشلون في مراقبة تأثير سلوكياتهم على الآخرين ، مما يتضح أثره في صعوبة اكتساب المهارات .

ويتفق كل من هشام الخولي (2004) ، وعادل عبد الله (2003) في أن اضطراب التوحد : "هو اضطراب نمائي منتشر يؤثر سلباً على العديد من جوانب التوافق ، ويعانى هؤلاء الأطفال التوحديون من اضطرابات سلوكية تتمثل في نمطية الحركة ، وأيضاً اضطرابات في اللغة " .

ويتبنى (عبد المنان معمر ، 1997) : التعريف الذي قدمته " مارिका " Marica 1990 للأوتيزم : "من أنه مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الانتباه وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين فضلاً عن وجود النشاط الحركي المفرط" . ويشير (رمضان القذافي ، 1993) : في تعريفه للتوحد: " بأنه حالة اضطراب عقلي يصيب الأطفال ، على الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي إلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعية . بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي والاجتماعي والانفعالي والذهني ، واعتبرت هذه الحالة من حالات فصام الطفولة" .

ويعرف إبراهيم الغنيمي (2010 : 17) : " أن اضطراب التوحد هو نوع من الاضطرابات النمائية ، ويتم تحديده عن طريق الاضطراب النمائي النوعي وصلة التواصل اللفظي وغير اللفظي والقدرات اللغوية التقديرية ، والمعدل المحدود من الاهتمامات والافتقار إلى التماسك وذاكرة الحفظ بتكرار الكلام والمعالجة

البديلة الفراغية والمعرفة الاجتماعية والذاكرة التصويرية والإدراكية".
وأوضح برون (*Brown*) إلى أنه يوجد أربعة محاور يعاني منها الطفل
التوحدى ويظهر فيها القصور وهى :

- علاقات مختلفة .
- صعوبات في التواصل .
- ضروب سلوكية ذات طابع متصلب .
- نمو مشتت ذات طبيعة خاصة . (*Brown, W, 1996, p25*)
ويشير المعهد القومي للصحة العقلية (1998) : "في تعريفه للتوحدية
على إنها تشويش عقلي يؤثر على قدرة الأفراد على الاتصال وإقامة علاقات
مع الآخرين والاستجابة بطريقة غير مناسبة مع البيئة المحيطة بهم ، وبعض
التوحيدين قد يكونون متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي أو بكم أولديهم تأخر
واضح في النمو اللغوي وبعضهم يبدو متعلقين أو محصورين داخل أنماط سلوكية
متكررة ، ونماذج تفكير جامدة ، وأكثر هؤلاء يواجهون مشكلات اجتماعية
ومشكلات حسية بالإدراك ومشكلات اتصالية ، وكل هذه المشكلات تؤثر
على سلوكهم وبالتالي على قدرتهم على التعلم ومن ثم قدرتهم على التكيف
مع الحياة (*Micheal, W, 1999, 153*)".

ويشير كابوت وزملاؤه (*Kabot, S , et al*) (2003) : إلى أن اضطراب
التوحد يمكن التعرف عليه من خلال ثلاث محاور تعتمد على بعضها البعض
وتظهر في أن واحد هي :

- أنه اضطراب عصبي يرتبط بنمو المخ .
- أنه اضطراب نفسي يشمل النمو المعرفي والانفعالي والسلوكي .
- أنه اضطراب في النمو الاجتماعي يفصح عن عجز شديد في العلاقات

الاجتماعية والتواصل ، وفشل في الاتصال بالبيئة الاجتماعية ، ومن ثم فالطفل المصاب بهذا الاضطراب لا يستطيع الاستجابة للمثيرات الحسية ، ولديه قصور شديد في نمو اللغة والكلام ، ويلاحظ عليه سلوكيات نمطية غير هادفة ودائماً تتضح معالم هذا الاضطراب خلال السنوات الثلاثة من عمر الطفل (Kabot, S ,et al, 2003: p 26- 33).

وتشير الرابطة الأمريكية للطب النفسي في تعريفها: " للتوحد أنه نوع من الاضطرابات التطورية والتي تظهر خلال السنوات سنوات الأولى من عمر الطفل وتكون نتيجة لاضطرابات نيورولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيجعل الاتصال الاجتماعي صعب عند هؤلاء الأطفال ويجعل عندهم صعوبة في الاتصال سواء كان لفظياً أو غير لفظياً ودائماً فهؤلاء الأطفال يستجيبوا إلى الأشياء أكثر من الاستجابة إلى الأشخاص ، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم ، ودائماً يكرروا حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة.

(American Associate Autism.1999,p 4)

ويشير القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين *Individuals With Disabilities: Education Act (IDEA)* في تعريفه للتوحد بأنه " إعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي ، والتفاعل الاجتماعي ، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل الثالثة من العمر وتؤثر سلبياً على أداء الطفل التربوي ، ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي ترتبط باضطراب التوحد هو: انشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغيير البيئي ، أو مقاومته للتغيير في الروتين اليومي ، إضافة إلى الاستجابات غير

الاعتيادية ، أو الطبيعية للخبرات الحسية .

(إبراهيم العثمان، إيهاب الببلاوي ، 2012 : 19) .

وترى (نادية إبراهيم أبو السعود ، 1998) أن التوحد كإعاقة تطويرية هو : "ارتقاء غير طبيعي مختل يتضح قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ويتميز بفساد التفاعل الاجتماعي والاتصال الشفوي ، والنشاط التخيلي والأنشطة الاجتماعية مرتبطاً مع أنواع مرضية من السلوك وبشكل خاص في تجنب الحملقة والنشاط الزائد والنمطية والتقلب والإصرار على الروتين والكثير من الحركات الآلية " .
ويشير "بيرل" في تعريفه للتوحد : " بأنه أحد اضطرابات النمو الشديدة عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات بيوكيميائية أو أيضية أو علامات جينية ، وقد افترض أن العوامل المسببة للتوحد بعضها يكون قبل الولادة وبعضها الآخر يكون بعد الولادة وأنها قد تحدث خلل في المخ والأرجح أن معظم الحالات تعود لمثل هذه العوامل " .

(Birll, M., 2001, p.3-5) .

وعرفه السيد الرفاعي (1999: 87) : "بأنه أحد مظاهر الاضطرابات الارتقائية وهو يحدث نتيجة مباشرة لاختلال هرمونية الارتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن أهم علاماته قصور في عملية التواصل والقدرة على استخدام اللغة في التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي وأيضاً وجود ضروب سلوكية تتسم بالطابع التكراري النمطي ، ويغلب القصور المعرفي على الصورة الإكلينيكية للطفل التوحدي من خلال اضطراب وظائف الإدراك والانتباه والتفكير والتخيل ، الأمر الذي يجعل أن هناك صعوبة في التوافق مع المتغيرات البيئية من جهة ومع المحيطين به من جهة أخرى " .

وتشير دائرة المعارف العامة (1999) : في تعريفها للتوحد: " على أنه عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي الذي ينتج عن ضعف واضح في مقدرة الفرد على التعلم واكتساب المعلومات ، وهذا الاضطراب يتخلل جميع الوظائف الخاصة فيصبح مؤشراً لوجود اضطراب بيولوجي في الناحية التطورية للمخ ولم يتعرف على سبب وجود هذا الاضطراب إلى الآن ، وتبدأ تظهر أعراض التوحدية في خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتتضمن عدم التخاطب الطبيعي وغياب الاتصال الاجتماعي وغياب السلوك الخاص باللعب المتكرر وتصبح لدى الفرد طقوس غريبة لا يقدر على الاستغناء عنها ويظهر عليه التبدل في الاستجابة للغير وتبدل المشاعر تجاه الألم والخطر ويصبح السلوك ممزقاً ومشتتاً وأوضحت الإحصاءات أن من 75 : 85 ٪ من التوحديين يعانون من تأخر عقلي بدرجات متفاوتة (Micheal, W, 1999, 153) .

ويرى كل من عثمان فراج (1994 : 53) ، وبيرسون وآخرون (Pearson et al (2006 : 328) أن مصطلح التوحد: " يطلق على إعاقة من إعاقات النمو التي تتميز بقصور في الإدراك والتفكير ونزعة انطوائية انسحابية تقوم بعزل الطفل عن المحيطين به ، وبذلك يصبح الطفل التوحدي منغلقة على ذاته ولا يحس بمن حوله من أفراد أو أحداث .

ويشير (السيد الرفاعي ، 1999) : في تعريفه للتوحد : " إلى أنه أحد مظاهر الاضطرابات الارتقائية وهو يحدث كنتيجة مباشرة لإختلالات هرمونية في الارتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن أهم علاماته اختلال في التفاعل الاجتماعي وقصور في عملية التواصل مع قلة الاهتمامات والأنشطة والتأخر اللغوي والقدرة على استخدام اللغة في التواصل بشقية اللفظي والغير لفظي بالإضافة

إلى وجود ضروب سلوكية تتسم بالطابع التكراري النمطي ، ويغلب القصور المعرفي على الصورة الإكلينيكية للطفل الذاتوى من خلال اضطراب وظائف الإدراك والانتباه والتفكير والتخيل والتذكر ، الأمر الذي يجعل أن هناك صعوبات في التوافق مع المتغيرات البيئية من جهة ومع المحيطين بهم من جهة أخرى .

وتعرفه سها أمين (2001: 20) : " بأنه نوع من الإضرابات الارتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهوره وإلى مدى حياته ، وتؤثر على جميع جوانب الفرد وتبعده عن النمو الطبيعي ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات الارتقائية على التواصل سواء كان اللفظي أو غير اللفظي وأيضًا على العلاقات الاجتماعية وعلى أغلب القدرات العقلية لهؤلاء الأطفال التوحديون ، ويظهر في خلال السنوات الأولى من عمر الطفل ويفقده التواصل والاستفادة ممن حوله سواء أشخاص أو خبرات أو تجارب يمر بها ، وهذا النوع من الاضطرابات لا شفاء منه ، ولكن قد يتحسن بالتدخل العلاجي المبكر .

ويشير (عبد الله بن محمد الصبى ، 2002) : " إلى أن التوحد كلمة مترجمة عن اليونانية وتعنى العزلة أو الانعزال وبالعربية سموه الذووية (وهو اسم غير متداول) ، والتوحد ليس الانطوائية ، وهو كحالة مرضية ليس عزلة فقط ، ولكن رفض للتعامل مع الآخرين مع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص لآخر وهو اضطراب معقد للتطور يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل نتيجة خلل وظيفي في المخ والأعصاب لم يصل العلم إلى تحديد أسبابه .

ويعرف (ربيع شكري سلامة ، 2005) : التوحد على أنه: " حالة تصيب بعض الأطفال عند الولادة أو خلال مرحلة الطفولة المبكرة تجعلهم غير قادرين على تكوين علاقات اجتماعية طبيعية وغير قادرين على تطوير مهارات التواصل

ويصبح الفرد منعزلاً عن محيطه الاجتماعي ويتفوق في عالم مغلق يتصف بتكرار الحركات والنشاطات " .

وتشير الرابطة الأمريكية للطب النفسي (American, 1994) *psychiatric Association* في تعريفها للاضطراب التوحدي : " أنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثراً بذلك على الاتصالات اللفظية والغير لفظية والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر في سن قبل ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعليم ، وفي بعض الحالات التوحدية تكون مرتبطة بتكرار آلي لمقاطع معينة ويظهر هؤلاء مقومة شديدة لأي تغيير في الروتين اليومي ، وكذلك يظهر ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة (DSMIV, 1994, 66) .

ويرى كل من ماكينتوش وديساناياك (Macintosh & Dissanayak, 2006) : " أن أطفال التوحد ذوي الأداء المرتفع لديهم قدرات معرفية عالية ، عادية أو فائقة ، فكثير منهم يتعلمون القراءة في سن مبكرة ، ويؤدون المهام المدرسية بصورة جيدة ، وقد يغفل عن هذه الجوانب المعلمون وكما أن لديهم أداء لغويًا أكثر طبيعية ، ولكنهم لا يقدرّون على متابعة الحادثة المجردة ، ويعانون من صعوبات أثناء الحديث مع الآخرين ، ويمكن أن يتحدثوا بطريقة هوجائية وعادة ما يرتبطون بالكبار أكثر من الأطفال ، ولا يستطيعون قراءة الآخرين (نظرية العقل) ، ولديهم صعوبات في تكوين الأصدقاء والاحتفاظ بهم ، وعادة ما يصبحون مثبّتين على اهتمام واحد ويهتمون بالحديث عن هذا الجانب .

ويعرف (محمد عز الدين ، 2001) : التوحد على أنه : " أحد الاضطرابات المتعلقة بتطور المخ مع وجود بعض الملامح المميزة والخاصة بالإعاقة التواصلية وبعض الاهتمامات الطقوسية غير القابلة للتغير ، ويعتبر التوحد المصنف الرئيسي

لمجموعة من الاضطرابات التي يطلق عليها مجتمعة مصطلح (الاضطرابات التطورية المنتشرة) ".

ولقد اهتم كل من بارسونز وميتشل *Parsons & Mitchell (2002:430)* واييفي وآخرين *Ivey et al (2004:167)* بالجانب السلوكي في تعريف التوحد : " حيث رأوا أن التوحد اضطراب تفكيكي *Disintegrative* يتم تشخيصه على المستوى السلوكي طبقاً لثلاثية الإعاقات في التواصل والمشاركة الاجتماعية والتخيل ، وهذا الاضطراب التفكيكي يتراوح ما بين التوحد الكلاسيكي ذي صعوبات التعلم الحادة على أحد طرفي المتصل وعلى الطرف الآخر يوجد التوحد ذو الأداء المرتفع *High Functioning Autism* .

وعرفت الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية *American psychiazric association, 4 E 1994* الاضطراب التوحدي : " بأنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثراً بذلك على الاتصالات اللفظية وغير اللفظية والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر في سن قبل ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعليم وفي بعض حالات التوحد تكون مرتبطة بتكرار مقاطع معينة ، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير في الروتين اليومي وكذلك يظهر ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة *(DSM:1994)* ."

وعرفته دائرة المعارف العامة (1999) : "على أنه عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي الذي ينتج عنه ضعف واضح في مقدرة الفرد على التعلم واكتساب المعلومات وهذا الاضطراب يتخلل جميع الوظائف الخاصة مؤشراً لوجود اضطراب بيولوجي في الناحية التطورية للمخ ولم يتعرف على سبب حدوث هذا الاضطراب إلى الآن *(Michael:1999)* ."

ويشير كل من (Moyes 2001:33.,Biklen.&Attified,2005:66) في تعريفهم للتوحد : " أنه أحد أكبر الاضطرابات الغامضة وربما يرجع ذلك لأن أسبابه غير واضحة بشكل حاسم وأن هذه الاضطرابات تؤثر على كل أنماط النمو بشكل خطير وأن هذا الاضطراب يولد الطفل به بالرغم من أن أعراضه لا يمكن التأكد منها بشكل حاسم قبل ثلاثين شهراً " .

كما يعرف التوحد بأنه : "عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي ، وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد ، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ" . (عدنان محمد عليوات ، 2007) .

ويشير محمد شوقي (2003: 17) إلى التوحد : "بأنه اضطراب اتصالي خطير في مرحلة الطفولة المبكرة عادة قبل الثلاثين شهراً الأولى من عمر الطفل ويؤثر على جميع جوانب النمو الطبيعي للفرد بما في ذلك التواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي وينتشر بين الذكور بنسبة أكثر من الإناث ويتسم بانحراف واضح في النمو اللغوي والاجتماعي مصحوباً بأنماط سلوكية نمطي ورغبة في المداومة على الأعمال الروتينية والإصرار على طقوس معينة دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف إزاء أي تغيير ويستمر هذا النوع من الاضطراب مدى الحياة (أي يحدث الشفاء منه) ولكن قد تتحسن الحالة من خلال التدخل المبكر ووضع البرامج العلاجية والإرشادية والتدريبية المقدمة للطفل التوحدي " .

ويشير (كمال سالم سيسالم ، 2002) : في تعريفه للتوحد : "على أنه مصطلح يستخدم للتعبير عن الخصائص الشائعة عند كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً خاصة ممن لديهم اضطرابات سلوكية حادة ، وتمثل الإجترارية بالانطواء الشديد والتمركز حول الذات والانشغال بالعالم الخارجي " .

كما أنه نوع من اضطرابات النمو العقلية والتي تتميز بغياب العلاقات الاجتماعية والاتصال والمحاذثة مع وجود العديد من السلوكيات الشاذة والمنحرفة عن النمو العادي ، ويحدث هذا الاضطراب دائماً قبل ثلاث سنوات من عمر الطفل ويستمر باقي الحياة مع هؤلاء الأطفال وغالباً ما يصاحب هذا الاضطراب نقص في القدرات العقلية بنسب متفاوتة (*wheeler, J., 2003: p 64*) .

ويشير محمد السعيد أبو حلاوة (2006: 66) : "إلى الطفل التوحدي بأنه طفل تؤثر عليه كثيراً من مظاهر نمو الطفل المختلفة وبالتالي تؤثر عليه بالانسحاب للداخل والانغلاق على الذات ، وهذا بالتالي يضعف من اتصال الطفل بعالمه المحيط ويجعله يحب الانغلاق ويرفض أي نوع من الاقتراب الخارجي منه ويجعله يفضل التعامل مع الأشياء أكثر من تعامله مع المحيطين به" .

ويتفق كل من فتحي عبد الرحيم (1990: 505) ، وعمر بن الخطاب خليل (1994: 63) على أن : " مفهوم التوحد يلتف حول مجموعة من المعاني حيث أنه اضطراب واضح في الارتقاء اللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية وهوزملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالباً ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء ويتصف هذا الاضطراب بالشذوذ في الاتصال ، مما يجعل الطفل غير قادر على التواصل مع الآخرين ويميل إلى الانسحاب" .

ويشير وولف (Wolff) في تعريفه للأطفال الذين يعانون من الاضطراب التوحدي : " على أنهم الذين ينقصهم الاتصال الانفعالي والاجتماعي ، وينقصهم الاتصال اللغوي ، وشذوذ في اللعب والتخيل ، والنمطية والتقوالب والإصرار على الروتين والأفعال العنيفة تجاه أي تغيير مع وجود الكثير من الحركات الآلية الغير هادفة مثل (هز الرأس ، واليدين ، الأصابع ، الخ) (Wolff, 2000: p 555)."

ويشير عبد العزيز الشخص وعبد القادر الدماطي (1992: 52-53) على أن التوحد : " هو اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (ما بين 30-42) شهراً ويؤثر في سلوكهم ، حيث نجد معظم هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء ، وعدم الاهتمام بالآخرين ، وتبدل المشاعر ، وقد ينصرف اهتمامهم أحياناً إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويلتصقون بها".

ويتمق كل من هشام الخولي (2004) وعادل عبد الله (2003) في أن : " اضطراب التوحد من الاضطرابات التي تؤثر سلباً على العديد من جوانب التقوقع حول نفسه ويعانى هؤلاء الأطفال التوحديون من اضطرابات سلوكية تتمثل في نمطية الحركة وأيضاً اضطرابات في اللغة".

ويوضح يوسف القريوطي وآخرون (1995-316) أن : " التوحد يحدث نتيجة لاضطرابات في الاستجابات الحسية واضطرابات في سرعة أو تتابع النمو واضطرابات في اللغة والكلام والسعة المعرفية واضطرابات في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات ، مما ينعكس بدوره في ظهور الاضطراب في الجانب الانفعالي والاجتماعي والمعرفي ".

ويتفق جريلا وآخرون (Grela et al 2006-753)، داوسون وآخرون Dawson et al (2004-271): "على أن الأطفال التوحيديون لديهم قيود في السلوك ويظهر ذلك في النمط الروتيني المحكم والانشغال بالجزء أكثر من الكل والاهتمامات بأشياء محددة لفترة طويلة والإصرار على الذاتية، كما أن لديهم جموداً في الروتين حيث يصبحون قلقين عندما يتوقع منهم أن يضمنوا التغيير داخل الروتين، ويكون رد فعلهم سلبياً".

وعرفه Gilberg (1992-386): "على أنه أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة ومصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفض وتتسم بنقص في التواصل الاجتماعي وضعف في الاتصال".

كما أن التوحد حالة كاضطراب عقلي تصيب الأطفال وعلى الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي إلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي والاجتماعي والانفعالي والذهني. واعتبرت هذه الحالة من حالات فصام الطفولة.

(رمضان القذافي، 1993: 159).

ويعرف (عبد الرحمن سيد العيسوي، 2005) : الطفل التوحيدي بأنه : "طفل شديد الانسحاب عن العالم الذي يعيش في وسطه، قد يجلس لساعات أطول يلعب بأصابعه أو بقطعة من الورق، ويضيع في عالم الأوهام والخيالات الباطنية ويبدو الانسحاب على مثل هؤلاء الأطفال منذ بداية حياتهم والاستغراق في الذات وصعوبة الاتصال بهم، وعدم القدرة على إقامة علاقات طبيعية مع الغير، ويعانون من وحدة بالغة ورغبة متسلطة في الإبقاء على حالاتهم كما هي، كما يعانون من صعوبة شديدة في اللغة إلى حد البكم *mutism* مع استعمال النفي، وعدم قبول

مرادفات لنفس العبارة ، ويميل المريض إلى تكرار أو إعادة نفس الجملة التي يسمعا ، واستعمال الضمائر المقلوبة كأن يشير الطفل لنفسه بضمير " أنت " ويقول لمن يخاطبه " أنا " مع التفوه بألفاظ عديمة المعنى وغير ملائمة ، ويعمم الطفل اللفظ الواحد على أكثر من " واحد " .

(2) أنواع اضطراب طيف التوحد :

يشير (إبراهيم العثمان ، إيهاب البلاوى ، 2012) : إلى أن (مارى كولمان) مديرة العيادة الطبية لبحوث دماغ الأطفال في واشنطن اقترحت نظاماً تصنيفياً للأطفال التوحديين يضعهم في ثلاث مجموعات أساسية ، ويتبين أن هذا التصنيف ليس متلازمة منفردة كما أكد كانر ، بل هو مكون من ثلاث تصنيفات فرعية هي :-

1. النوع الأول : وهو ما يسمى بـ (المتلازمة التوحدية الكلاسيكية)

Classic Autistic Syndrome وفي هذا النوع يظهر على الأطفال أعراضاً مبكرة دون أن تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة ، إلا أنهم في هذه المجموعة وكما تقول كولمان يبدؤون في التحسن التدريجي فيما بين سن الخامسة إلى السابعة .

2. النوع الثاني : وهو ما يسمى بـ (متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض

توحيده) *Schizophrenic syndrome With Childhood* وهذا تشابه بين أطفال هذا النوع والنوع الأول إلا أن العمر عند الإصابة يتأخر شهراً لدى البعض كما أنهم يظهرون أعراضاً نفسية أخرى ، إضافة إلى المتلازمة التوحدية الكلاسيكية التي أشار إليها " كانر " .

3. النوع الثالث : وهو ما يسمى بـ (متلازمة التوحدية المعاقة عصبياً)

Autistic Syndrome Neurologically Impaired ، ويلاحظ ظهور مرض

دماغي عضوي في هذا النوع ، متضمناً اضطرابات أيضية ، ومتلازمات فيروسية مثل : الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي (الصمم والعمى) . ويشير (محمد عبد الرزاق هويدى ، 2000) : إلى أن الطبقات المتتالية من الأدلة التشخيصية التي تصدرها الجمعية الأمريكية للطب النفسي *American Psychiatric Association (A P A)* كشفت عن حذف بعض الفئات وإضافة فئات جديدة من الاضطرابات النمائية الشاملة ، ويرجع ذلك لسببين هما :

1. **السبب الأول** : هو الخبرات الإكلينيكية الميدانية نتيجة لاستخدام فئة ما في التشخيص يتبن عدم وضوحها ، أو تداخلها مع فئة أخرى ، أو وجود بعض الحالات المرضية التي لا تندرج تحت أي من الفئات الموجودة .

2. **السبب الثاني** : هو نتائج البحوث والدراسات التي تكشف فئات تشخيصية جديدة ذات خصائص تميزها عن الفئات الحالية ، أو ظهور مفاهيم نظرية جديدة تؤدي إلى تصنيف مختلف للاضطرابات النمائية الشاملة .

ومن الأمثلة على ذلك أن الدليل الأمريكي الثالث المعدل (*D S M-III-R*) كان يضم فئتين فقط : التوحد واضطراب نمائي شامل غير محدد ، هذه الفئة الثانية كانت غامضة لدرجة كبيرة بحيث أصبحت تضم نوعيات متباينة من الأطفال ، كما أنه تشخيص غير مفيد من الناحية العلاجية ، وكشفت الدراسات عن إمكانية تقسيم هذه الفئة الواحدة إلى عدة فئات : لذلك نجد أن الطبعة الرابعة أضافت عدة فئات : " اضطراب ريت " ، "ومتلازمة اسبيرجر" واضطراب تفكك الطفولة ، إلى جانب الاحتفاظ بفئة غير محددة التي يقصد بها التوحد غير اللفظي .

وتضيف (Wing,1995:p125) إلى أنها قامت بدراسة للتعرف على الفئات الفرعية لاضطراب طيف التوحد صنفته إلى ثلاثة أنماط هي :-

1. **النمط الأول :** هو النمط الانعزالي *aloof* ونجده في معظم الأفراد

المنسحبين اللذين هم عادة غير مباليين ، أو رافضين للاقتراب الجماعي حتى من قبل الأطفال الآخرين ، ولدهم الحد الأدنى من سلوك التعلق والحب .

2. **النمط الثاني :** هو النمط السلبي *passive* ونلاحظ التفاعلات السلبية

في الأفراد الذين يتقبلون الاقتراب الجماعي ، وقد يلعبون مع الأطفال الآخرين إذا تم تنظيم موقف اللعب .

3. **النمط الثالث :** هو النمط النشط ولكنه غريب *Active-but-odd* فنجد

أن الأطفال هنا يقتربون من الآخرين بتلقائية ، ولكن التفاعل الاجتماعي في معظم الأحيان غير ملائم وذو اتجاه واحد .

وقد حاولت دراسات أخرى تقسيم الأشخاص ذوي اضطراب التوحد

على أساس مستوى الكفاية الوظيفية *Functioning* إلى نمطين هما :

1. **النمط الأول :** ويضم الأشخاص ذوي الأداء الوظيفي المرتفع .

2. **النمط الثاني :** ويضم الأشخاص ذوي الأداء الوظيفي المنخفض .

إلا أن الدليل التشخيصي ، والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته

الرابعة (DSM-IV) وصف خمسة اضطرابات لطيف التوحد هما :

1. اضطراب التوحد *Autistic Disorder*

2. متلازمة اسبيرجر *Aspersers Syndrome*

3. اضطراب ريت *Reet Disorder*

4. اضطراب الطفولة التفككي *Childhood Disintegrative Disorder*

5. اضطراب النمو المنتشر غير المحدد *Specified pervasive Developmental*

Disorder not Otherwise

(3) **معدل انتشار الاضطراب التوحدي :**

تختلف نتائج الدراسات والبحوث التي استهدفت تحديد نسبة انتشار اضطراب التوحد بين الأطفال ، ولذلك فإن معدلات حدوث التوحد المتوافرة حتى الآن تعد معدلات غير دقيقة تماماً ، وربما قد يرجع السبب في ذلك إلى الصعوبات البالغة التي تواجه المهنيين عند تشخيص هذا الاضطراب بالإضافة إلى اختلاف الأساليب والأدوات التشخيصية المستخدمة من مجتمع لآخر

. (Atkinson & Hornby,2002,p.163)

وتشير (لينا نمر بن صديق ، 2005) : إلى أن اختلاف نسبة انتشار الاضطراب التوحدي تكون بسبب التباين في المحكات المستخدمة في تشخيصه وعدم وجود أدوات تشخيصية تعتمد على التقدير الموضوعي ، إلا أن تعدد الدراسات وتنوع المجتمعات التي أجريت فيها تلك الدراسات إضافة إلى الأطر النظرية ذات العلاقة قد تعطي مؤشراً علمياً يمكن الوثوق فيه .

وتشير (وفاء على الشامي ، 2004) : إلى أن التوحد باعتباره اضطراباً في النمو العصبي يؤثر في التطور لثلاث مجالات أساسية هي التواصل والمهارات الاجتماعية والتخيل ويظهر في جميع أنحاء العالم وفي مختلف الجنسيات والطبقات الاجتماعية بالتساوي ، وبناءً على دراسات أجريت في أوروبا وأمريكا تتراوح نسبة انتشار التوحد بجميع درجاته بين (5 ، 15) بين كل (10 ، 000) مولود وتقدر بـ (5) لكل (10 ، 000) في اضطراب التوحد الشديد .

وكمحصلة للتزايد السريع في معدلات انتشار الاضطراب التوحدي كما أشارت التقارير الصادرة عن منظمات دولية عام 1994 أشارت إحصائيات

الدليل الشخصي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية أن الأوتيزم يصيب حوالي خمسة أطفال من كل عشرة آلاف طفل وبنسبة أكبر بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة 4 - 1 ويحدث في كل المجتمعات بصرف النظر عن اللون والأصول العرقية أو الطائفية أو الخلفية الاجتماعية (Roeyers,1995, p.161) وفي تقرير صدر عام 2004 أفاد أن التقديرات المنتشرة لاضطراب الأوتيزم في العديد من البلدان كالمملكة المتحدة وأوروبا وآسيا بلغت نسبة الإصابة باضطراب الأوتيزم بحوالي ما بين 2 - 6 أطفال من كل ألف طفل.

(Sogam And Kawai,p 42)

وتشير (منى حرك 2006) : إلى أن أول دراسة ميدانية أجرتها الوزارة الصحة بجمهورية مصر العربية في (يونيو ، 2007) عن مدى انتشار إعاقة التوحد لعام 2007 ظهرت نسبة الانتشار بحوالي طفل في كل 870 طفلاً ، وهناك آخر إحصائية لنسبة انتشار التوحد في أمريكا (2004) يقدر بحوالي طفل لكل (166) طفل .

كما أعلن المركز الطبي لمدينة ديترويت الأمريكية (1998) أن اضطراب التوحد أكثر شيوعاً من متلازمة داون ، وهو يستمر مدى الحياة ويصيب على الأقل (4 - 5) أطفال من كل 10000 طفل وتبلغ نسبة إصابة الذكور (4 : 3) أضعاف الإناث ، وهذا ما أكده إيدلسون (1998) بناءً على دراسات مسحية واسعة المدى في الولايات المتحدة ، وإنجلترا ، وأكثر الدراسات الإحصائية عن التوحد قررت أنه يحدث بمعدل (4- 5) أطفال لكل 10000 طفل ، كما أعلنت الجمعية الأمريكية للتوحدية (1999 9) أن إعاقة التوحد تحدث بنسبة (1 : 500) من الأطفال بما يعادل (20 : 10000) وان نسبة انتشارها بين البنين إلى البنات هي (4 : 1) (عصام زيدان ، 2004) .

ويذكر كل من رونالدكولاروسو، وكولين أوروربلك (2003) أن نسبة انتشار إعاقة التوحدية بين الأطفال من سن 3-12 سنة في الولايات المتحدة الأمريكية هي 0,06% وهذا يعني أن هناك (60 : 10000) طفلاً لديهم إعاقة التوحدية ولقد تضاعف عدد الطلاب الأمريكيين المصابين بالتوحد والذين يتلقون خدمات تعليمية خاصة خلال ثلاث سنوات فقط ، حيث كان يبلغ عددهم (34 ، 101) ألف طفل في عام 1997 ، وقد تزايد هذا العدد ليصل إلى (65 ، 424) ألف طفل في عام 2000 وذلك طبقاً لإحصاءات الإدارة العامة للتعليم بالولايات المتحدة (Braymond, 2004, p 225).

ينتشر اضطراب التوحد (الأوتيزم) بنسبة (1 - 2000) بين الأطفال وقد تصل إلى (1 - 2500) كما ينتشر بين الذكور بنسبة أكبر عنه بين الإناث . وقد قدم العديد من العلماء والباحثين بعض الأعراض أو زملة من المسالك يتردد من خلالها وجوده .

ويطلق أحمد عكاشه (1992) على الذاتوية أو " إعاقة التوحد " الذاتوية الطفيلية *Childhood Autism*: بأنها نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يدل عليه التالي :

☒ نمو أو ارتقاء غير طبيعي في قصور وعجز أو اختلال يتضح وجوده قبل عمر ثلاث سنوات .

☒ نوع من الأداء الغير طبيعي في المسالك الآتية :

- عجز في التفاعل الاجتماعي مع المحيطين به في البيئة .
- عجز في التواصل والسلوك النمطي المحدود والمتكرر .
- انتشار المخاوف المرضية واضطرابات النوم والأكل والهياج بالعدوان الموجه للذات .

اتفق عصام زيدان (2004) ، إلهامي عبد العزيز (2001) ، عادل عبد الله (2001-أ) ، حسين فايد (2004: 529) على أن: " اضطراب التوحد يحدث لفرد واحد من بين كل 500 فرد وأن نسبة انتشاره لدى البنين تزيد عنها لدى البنات بأربعة أضعاف ، وأن التقديرات توضح أن صافي معدل الزيادة السنوية في عدد الأفراد ذوي التوحد قياساً بأقرانهم ذوي الاضطرابات الأخرى يصل إلى 3% تقريباً وأن نسبة انتشار الاضطراب في الولايات المتحدة يبلغ 0,6 % وأن نسبة انتشاره في اليابان تتراوح ما بين 0,13 % : 0,16 % ."

ويتفق كل من إبراهيم الزريقات (2004) ، يوسف وآخرون (2004) عبد الله سكر (2005) على أن : "تزايد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة 1:4 ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية أو اجتماعية حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو للمادية أية علاقة للإصابة بالتوحد وكذلك المحكات التشخيصية للكشف عنه ، يعتبر التشخيص الدقيق له متغيراً عما هو عليه من قبل ."

ويشير ستيفن إديلسون (2006 : 7) إلى أن : " نسبة انتشار التوحد في تزايد ويرجع هذا التزايد إلى نسبة انتشاره إلى الفهم الجيد لطبيعة هذا الاضطراب وهذا الأمر الذي ساهم في إبراز نسبة إنتشاره الحقيقية ، والذي يعد ثاني أكثر أنماط الإعاقة العقلية انتشاراً ، ولا يسبقه سوى التخلف العقلي ."

ويتفق كل من كانون (2006 : 9) ، سيلرز (2006 : 4) إلى أن التقديرات الحالية توضح تزايداً متنامياً لحالات هذا الاضطراب ، حيث تقدر بحوالي 40 : 60 طفلاً في كل 10000 طفل ، كما أن هذه التقديرات أوضحت أنه يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية ما بين 60000 إلى 115000 طفل تحت سن

15 عام يتم تشخيصهم على أنهم ذو توحّد .

(4) أسباب الاضطراب التوحدي:

يشير (إبراهيم عبد الله الزريقات ، 2004) : إلى أن اضطراب التوحّد يعدّ من الألغاز المحيرة نظراً لتباين خصائصه ، ولذا فقد استقطب اهتمام الكثير من العلماء ، وظهرت تفسيرات عديدة في محاولة منها إلى فهم هذا الاضطراب ولقد ظهرت عدة إجابات للسؤال التالي ما الذي يسبب اضطراب التوحّد ؟ ولقد أجريت العديد من الأبحاث على أسباب التوحّد ولكنها لم تقدم حتى الآن إلا القليل من النتائج ، ولذلك فلا نستغرب عندما نجد هذا الكم الهائل من النظريات التي تفسر سبب حدوث اضطراب التوحّد لتشمل مختلف التوجهات سواء من يتمسك منهم بوجهة النظر البيئية ، أو من يركز على العوامل الوراثية والتكوينية بوصفها مسببات لهذا الاضطراب فضلاً عن وجهات نظر أولئك الذين يتخذون موقفاً وسطاً من هذا الصدّد .

لأن لم يصل العلماء والباحثين إلى أسباب مؤكدة يمكن الأخذ بها والاستناد عليها للوقوف على أسباب اضطراب التوحّد إلى جانب عدم الاتفاق على سبب واحد لحدوث هذا الاضطراب بالرغم من كثرة البحوث والدراسات التي تعددت في هذا المجال فإنه لا يزال البحث والدراسة قائم ، وهناك بعض النظريات التي توصلت إليها الأبحاث العلمية المفسرة لأسباب التوحّد :

1. النظرية الأولى : ترى أنه لوحظ أن الأطفال الذين يعانون من التوحّد

يعانون في نفس الوقت من حساسية من مادة (الكازين) وهي موجودة في لبن الأبقار والماعز وكذلك (مادة الجلوتين) وهي مادة بروتينية موجودة في القمح والشعير .

2. **النظرية الثانية:** ترى أن المضادات الحيوية أحد الأسباب للإصابة بالتوحد حيث يؤدي تناولها إلى القضاء على البكتريا النافعة والضارة في الأمعاء مما يؤدي إلى تكاثر الفطريات التي تقوم بدورها في إفراز المواد الكيميائية مثل حمض "الطرطريك والأرابينوز" والتي تكون موجودة أصلا ولكن بكميات صغيرة ، وقد لوحظ زيادة ونمو وتكاثر الفطريات في الأطفال الذين يعانون من التوحد بسبب كثرة استعمال المضادات الحيوية ، وكذلك احتواء الجسم والوجبات الغذائية على كميات كبيرة من السكريات .

3. **النظرية الثالثة :** ترى أن أسباب التوحد ترجع إلى لقاح " النكاف " و"الحصبة " و" الحصبة الالمانية " حيث وجد أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من اضطرابات في جهاز المناعة مقارنة بالأطفال الآخرين وهذه اللقاحات تزيد هذا الخلل . وأن بعض الدراسات في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية أثبتت أن هناك علاقة بين حدوث التوحد وهذه اللقاحات كما أنه بحساب كمية الزئبق التي تصل للطفل عن طريق تلقي 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 (الوفاق، 2000) والاضطراب التوحدي أكثر الإعاقات التطورية ، ورغم التطور الحادث في تشخيص الاضطراب التوحدي والأساليب العلاجية الحديثة والأجهزة الطبية إلا أن السبب الرئيسي وراء هذا الاضطراب مازال غير معروف أو غير واضح فبعض الدراسات أرجعته لأسباب نفسية واجتماعية والعلاقة بين الوالدين والطفل وما بينهما من تفاعل . إلا أن هناك من يؤكد على الأسباب والاحتمالات المتعلقة بالأعصاب

وتشير بعض الدراسات إلى وجود أسباب تتعلق بالجينات وظروف الحمل والولادة إلا أنه حتى الآن لم يتم التأكد من سبب التوحد فقد يكون أحد هذه الأسباب أو الأسباب مجتمعة هي التي تسبب المرض. (عثمان فراج، 1996).

كما يرى البعض أن مشكلة التوحد تتلخص في الجينات ومعنى ذلك أن الأمر قد يكون حسم (بإصابة الطفل بالتوحد) من قبل حتى أن يولد بفترة طويلة (Richer &Coates,2001: 8)

ولا يعد التوحد مشكلة نفسية في حد ذاته فلا نستطيع أن نرجع أسباب التوحد إلى التنشئة الوالدية أو الفقر البيئي ولكن هي مشكلة ترجع بشكل أساسي إلى الخلايا والأعصاب والأنزيمات والهرمونات (Davis,2002: 14).

ولا ترجع الإصابة بالتوحد للعرق أو الظروف الاجتماعية مثل العائلة ونمط الحياة ومستوى التعليم حيث أن كل ذلك لا علاقة له بظهور التوحد (Gerlach,2003: 1).

❖ النظريات املفسرة لاضطراب التوحد :

1. النظرية المعرفية :

تشير (كريستين نصار، جانيت يونس ، 2009) : إلى أن الخصائص المعرفية الملاحظة عند التوحدين تحدد طريقتهم في إدراك البيئة المادية والاجتماعية فالمعريف يتحدد في القاموس Larousse ، بأنه يتوافق مع الأنساق التي يكتسب الكائن الحي عبرها معلومات عن بيئته ، وتتم هذه المعلومات بوظائف ذهنية تجمع بين التفكير والحكم والإدراك والذاكرة والانتباه ، وبالتالي يجب أخذ هذه الخصائص في الاعتبار لفهم الأشخاص المصابين بالتوحد ، ولتحديد نوع المساعدة الخاصة المتكيفة مع حاجاتهم ولتنميتهم من تنمية طاقاتهم ، فقد تكون

خصائص معالجة المعلومات مسؤلة عن الصعوبات التي يواجهها .

ويشير (رفعت بهجات ، 2007) : إلى أنه يمكن القول بأن استخدام طفل التوحد لذاكرته يعتمد على سياق مجموعة من عوامل التلميح وأن عملية بحث الطفل التوحدي عن شيء معين في ذاكرته تصبح عملية صعبة جداً أو مستحيلة نظراً لعدم وجود خبرات ذاتية في ذاكرته ، وهذا يؤدي بدوره إلى ظهور مجموعة من الصعوبات أو المشكلات لدى الطفل التوحدي .

2. النظرية الاجتماعية :

يشير (إبراهيم بدر ، 2004 ، سوسن الحلبي ، 2005) : إلى أن أصحاب هذه النظرية يروا أن اضطراب التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم ، فضلاً عن وجود بعض المشكلات الأسرية ، مما يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري ، وانطوائه على نفسه ، ويرى كإنسان العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي هما أساس المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات غير الطبيعية ، حيث أن معظم آباء الأطفال التوحديين الذين تم تشخيصهم كانوا من ذوي التحصيل العلمي ، وكانوا غربيي التصرف مفرطي الذكاء والإدراك الذهني ، صارمين ، منعزلين ، جادين ، يكرسون أوقاتهم لمهنتهم ولأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم ، كما يرى كإنسان توحيد الطفولة المبكرة قد يكون عائداً إلى تأثير الطفل بعيد أو انعزال الأب عن المجتمع بصورة ملحوظة ، غير أن الدراسات المقارنة التي قارنت بين آباء الأطفال التوحديين وآباء الأطفال غير التوحديين لم تظهر فروقاً ذات دلالة بين المجموعتين من حيث الجو النفسي داخل الأسرة وأسلوب رعاية وتنشئة الأطفال والتعامل معهم مما يستبعد أن تكون الأسباب الاجتماعية والأسرية لها علاقة مباشرة بالتوحد .

كما أشار (Roge,B.,2003:p 71) : إلى أن بعض الدراسات أشارت إلى أن الطفل التوحدي يعاني من صعوبات ترتبط بمختلف أشكال التبادل والاجتماعي ، والعجز عن تحقيق التآزر بين مختلف مظاهر السلوك والاجتماعي ومشاركة الآخرين تجربتهم الاجتماعية .

3. النظرية النفسية :

تشير (نادية أبو السعود ، 2000) : أن أصحاب هذه النظرية يروا أن سبب الاضطراب التوحدي هو الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة ، ومع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة وقد افترض أن التوحد ينشأ بسبب وجود الأطفال التوحديين في بيئة تفتقد التفاعل والتواصل والجمود مما يؤثر على نمو الطفل النفسي والاجتماعي واهتماماته .

ويعتبر(ليو كانر) أول من وصف آباء هؤلاء الأطفال بأنهم شديدي الاهتمام بالتفاصيل ، ويتسمون بالانطوائية والبرود الانفعالي ، ولا يظهرون الود لأولادهم إلى جانب أنهم متفوقون عقلياً ، لذا يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالفض من قبل والديه وعدم إحساسه بالعاطفة .

وقد تعرض وصف (كانر) للخصائص الأبوية للانتقاد من بعض الباحثين ولكن بعضهم اعترف بأنه يمثل التفسير النفسي ، بعد سنوات من وصف كانر لسبب التوحد ، والذي أدى إلى إرباك بسبب كلا السببين الفطري أو عند الولادة وكرد فعل للبرود والأنانية الوالدية (Ogltree,B,1995:p6) .

4. نظرية العقل :

تفترض هذه النظرية أن الإعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية

والتخيلية التي تميز الأطفال التوحديين تأتي من الشذوذات في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين فهم صحيح للمواقف الاجتماعية ، وكيفية تفسير المشاعر الخاصة بالآخرين أثناء التفاعل الاجتماعي معهم ، ويرى بارون كوهين العالم الأمريكي ، وصاحب نظرية العقل أن الشخص التوحدي غير قادر على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين مخ خلال حالاتهم العقلية أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر بينما الأشخاص الآخرون العاديون لديهم فهم خاص أو إحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين .

ويشير (إبراهيم الزريقات ، 2004) : إلى أن هذه النظرية تشير إلى العجز الاجتماعي الملاحظ عند أطفال التوحد ما هو إلا نتيجة لعدم مقدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين ، وبالتالي فالمشكلات الاجتماعية هي نتيجة للعجز الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية للآخرين ، وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل .

ويشير (Connor , Mike , J ,2000:p5) : إلى أن نظرية العقل تعتبر أساسية لفهم وتفسير والتنبؤ والتعامل مع سلوك الآخرين ، حيث أن معظم الأطفال الصغار يظهرون إشارات لتطور نظرية العقل مع عمر 18 شهراً من خلال الانشغال بلعب رمزي واستعمال الأشياء لتمثيل أشياء أخرى غير الشيء التي تمثله ، مع عمر ثلاث سنوات فإن الأطفال يصبحون قادرين على فهم الفرق بين الحالات العقلية الخاصة بهم وحالات الآخرين العقلية ويبدو أنهم يفهمون يدرك الآخرون ويعرفون أن الأفراد يختلفون في ماذا يرون ، ويعرفون ، ويتوقعون ويفضلون ، ويريدون مع عمر أربع إلى خمس سنوات ، فإن الأطفال يفهمون المعتقدات الخاطئة ويدركون الفرق بين الظاهر والحقيقة ويفهمون مفاهيم الرغبة

والتوتر ويفهمون بأن أفعال الأفراد نتيجة لأفكارهم ومعتقداتهم ونصائحهم .
وفي حالة الأطفال التوحديين فإن سمات الفشل تقيم نظرية العقل غالباً
وحتى عندما يسلكون بشكل مناسب على مهمات معرفية أخرى في حالة الأطفال
من سن (3- 4) سنوات ، حيث غياب نظرية العقل ربما يجعل الأمر صعباً
على الأطفال التوحديين على الفهم والتعامل مع العالم الخارجي والتواصل بشكل
مناسب مع الآخرين ، وسلوك اللعب الغريب للأطفال التوحديين وخصوصاً غياب
اللعب الرمزي ربما يمثل عدم القدرة على فهم أي شيء ، ولكن الحقائق المجردة
قبلها (Nelson,Houseman,Susan,2001: p.135-152)

5. النظرية السلوكية :

تفترض هذه النظرية أن المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال
التوحديين هي مشكلات أولية وتسبب مشكلات اجتماعية ، حيث يرى البعض
أن المشكلة الرئيسية تتمثل في تغيير ودمج المدخلات من الحواس المختلفة تقوم
على عدم وجود تكامل بين الحواس بعضها ببعض وتتسم بالصفات الآتية :

1. زيادة في الاستقبال الحسي للحاسة الواحدة .
 2. نقص في الاستقبال الحسي للحاسة الواحدة .
 3. زيادة ونقصان للاستقبال الحسي .
 4. استقبال القناة الواحدة .
 5. إثارة حاسة واحدة تؤدي إلى استثارة حواس أخرى .
- . (Sandy Shaw,2006:p31)

وتشير (فرث) : إلى أن التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية رئيسية
ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة وهذا البحث أدى إلى أنواع مهمة من العلاج

التي تطوق العيوب المعرفية والسلوكية ، وبعض المعالجين السلوكيين علموا الأطفال التوحديين بعض التعبيرات الانفعالية المختلفة ولغة الإشارة اعتماداً على استغلال حساسيتهم للحس والحركة وعدم حساسيتهم للكلام المنطوق ، وذلك بواسطة معززات مكافئات العلاج السلوكي (Firth,2007:p90).

6. النظرية الإدراكية :

تشير (هدى أمين ، 1999) : إلى أن أنصار هذا الاتجاه يروا أن التوحد بسبب اضطراب إدراكي نمائي فالطفل التوحدي يعاني من انخفاض في القدرات العقلية المختلفة ، والتي ترجع بدورها إلى انخفاض في قدرته على الإدراك بالإضافة إلى اضطراب في اللغة ، كما ترجع بعض الدراسات أسباب التوحد إلى الخلل الحاد في الإدراك وعدم تنظيم الاستقبال الحسي مما يعوق قدرة الطفل على تكوين أفكار مترابطة وذات معنى على البيئة ، كما تحد من قدرته على التعلم والتكيف مع البيئة وينعزل وينغلق على ذاته ولوحظ أن معظم أطفال التوحد لديهم إعاقات في واحدة أو أكثر من حواسهم ، هذه الإعاقات يمكن أن تشمل السمع واللمس والتذوق والاتزان والشم والإحساسات العميقة ، وهذه الإحساسات قد تكون زائدة الحس أو ناقصة الحس ، وكنتيجة لذلك قد يصعب على أطفال التوحد معالجة الإحساسات القادمة إليهم حاملة معلومات غير صحيحة ، فبعض أطفال التوحد يتجنبون معظم أشكال الاحتكاك الجسماني .

7. النظرية الحركية :

تشير (كريستين نصار ، جانيت يونس ، 2009) : إلى أن الدراسات التي قارنت بين أطفال توحديين مع آخرين كشفت عن وجود ازدياد دال في مظاهر الاختلال الوظيفي العصبي ، وعلى مستوى وضع الجسم ، وتبين أن الاختلال عند

التوحيدين يطال الوضعيات البسيطة أكثر مما يطال الوضعيات المعقدة ، ويدوم مع الوقت ويتربط مع حدة التوحد ، وباختصار يمكن القول بأن البعض أشار إلى وجود تشوهات ومظاهر تأخر في هذا المجال ، ربطها هو بالوظائف التنفيذية وربطها آخرون باختلال سلوكيات التقليد ، وقد تؤثر اضطرابات الحركة على النمو في مجالات أخرى وخاصة مجال العلاقات الاجتماعية .

ويرى (رفعت محمود بهجات ، 2007) : أن السمات الحركية الخاصة جداً تعكس علاقة أصحاب التوحد بالآخرين وبالعالم المحيط بهم ، فعدم ارتباط طفل التوحد بالآخرين يجعل جسده يبدو متصلباً عندما يتجه نحو شخص آخر أو عندما يحمل شيئاً معيناً كما تتضمن هذه السمات الحركية لطفل التوحد صعوبات التقاط أو رمى كرة ما موجودة أسفل الذراع وصعوبات عمل كعكة يبطئها الطفل براحة يده وصعوبات في ارتشاف أو كشط الطعام من معلقة أمامه ، فكل هذه الصعوبات تمثل مظاهر لسوء النمو الحركي لدى أطفال التوحد .
ولذلك فقد تعددت الدراسات والأبحاث التي تحاول معرفة الأسباب المؤدية للتوحد وذلك بسبب التداخل مع حالات قصور الدماغ وحالات مضطربي التواصل مما يجعل الغموض يحيط به في كافة جوانبه إلى الحد الذي جعل هناك أسباب متعددة لحدوث التوحد فمنها نفسية ، عضوية ، أسرية ، سيكودينامية نيورولوجية على النحو التالي :

1- (العوامل النفسية والأسرية) *psychological Factors*

يرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد ترجع إلى أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة وإلى شخصية الوالدين غير السوية وأسلوب التربية الذي يسهم في حدوث الاضطراب ، كما وجد أن آباء الأطفال المصابين بالتوحد يتسمون

بالبرود الانفعالي والوسواسية والعزوف عن الآخرين والميل إلى النمطية ، ونتيجة لهذا الجمود العاطفي والانفعالي في شخصية الوالدين والمناخ الأسرى عامة يؤدي إلى عدم تمتع الطفل بالاستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة (رشاد عبد العزيز موسى ، 2002: 407) .

ويرى صلاح عراقي (2006: 223) . أن ما يتوقعه الأطفال وما ينتظرونه من أسرهم وبيئاتهم أثناء عملية التنشئة الاجتماعية ومراحل النمو المختلفة إنما يلعب دوراً هاماً في كيفية إدراك الأطفال للمناخ الانفعالي داخل أسرهم وفي كيفية تفسيرهم وإدراكهم لجوانب الحياة المختلفة .

كما يرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد ترجع إلى تفاعلات الطفل مع الآباء حيث يوضح (كاتر) إن علاقة الآباء غير المستحبة والباردة مسئولة عن نمو إعاقة الأوتيزم (sue,et,al,1994: 504) .

وتشير (لورنا وينج ، 1994) : إلى أن "كانر" "Kanner" اعتقد بأن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي الكلاسيكي هما الأساس في المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات الأخرى غير الطبيعية فقد كتب (لوكانر) بأن جميع آباء الأطفال الذين تم تشخيصهم من قبله كانوا من ذوى التحصيل العلمي العالي لكنهم كانوا غريبى التصرف مفرطي الذكاء صارمين منعزلين جديدين يكرسون أوقاتهم لمهنتهم ولأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم .

ويرى كوهين وباتريكن (2000) ، كاييل ونيلسون (Kail & Nelson, 1993: 442) : أن النظريات النفسية المفسرة لهذا الاضطراب لم تعد مقبولة في الوقت الحالي ، فبالرغم من أن كثير من آباء الأطفال التوحديين ذو ذكاء مرتفع وطبقات اجتماعية عالية ، إلا أن هذا الاضطراب يقع في جميع

مستويات الذكاء والطبقات الاجتماعية .

ولقد حدد كل من دينيس و كانتويل Dennis&Cantwell أربعة عوامل

أساسية من العوامل التي تساهم في إيجاد التوحد هي : -

- اضطراب نفسي عند الوالدين أو انحراف في الشخصية .
- درجة ذكاء الوالدين والطبقة الاجتماعية .
- ضغوط قاسية وعنيفة وأحداث مصدمة في بداية حياة الطفل .
- انحراف في التفاعل بين الوالدين . (نادية إبراهيم : 2002 : 68-69) .

ومن الدراسات التي تؤكد على دور العوامل النفسية في الإصابة بالتوحد الدراسة التي قام بها Burd kerbeshan (1998) ، والتي هدفت إلى التعرف على التفاعل بين العوامل النفسية والعصبية في التوحد من خلال دراسة لحالة طفلة تعاني من التوحد عمرها (22) شهر ، يشير تاريخ الحالة إلى قيام الوالدين برحلة تركوا فيها الابنة مع الجدة وظلت الطفلة تبكي من (8 : 9) ساعات وتردد كلمات ماما ذهبت حتى نامت وعندما استيقظت في ذهبت إلى النافذة وكررت أمي ذهبت ، وبعدها بساعة أصبحت هادئة ، وتتجنب التفاعل مع أعضاء الأسرة وفي اليوم التالي توقفت عن الكلام وبدأت أعراض التوحد الأخرى عليها كالحمقة واللعب بشكل غير مميز ، ورغم عودة الأم والأب استمرت الحالة وعندما وصلت إلى سن ثلاث سنوات لم تتغير وأصبحت مدمرة وغير قابلة للتعديل ، وفي سن أربع سنوات دخلت المستشفى ورغم تحسنها من خلال العلاج إلا أن التوقف عن الكلام وفردت الحركة ظلًا ملازمين لها حتى سن (6) سنوات وقت كتابة التقرير عن حالتها ، وهذه الحالة تؤكد على دور العوامل النفسية في حدوث الذاتية (إلهامي عبد العزيز إمام ، 1999) .

وتذكر (ميريلا كيارايد ، 1992 : 73) : إن العوامل النفسية تساهم في إبراز أهمية التكوين الأول لشخصية الطفل كما يبرر مدى احتياج الطفل لبيئة هادئة ومريحة يستطيع فيها أن يخوض تجربة إيجابية من خلال لقاءه مع الأشخاص الذين يوفرها له الحماية ويشبعون احتياجاته كما يساعده على اتساع أفقه ويطلقون له العنان ليتحرك بحرية .

ويشير كل من (عبد المجيد سيد احمد ، زكريا الشربيني ، 1998) : إلى أهمية النمو النفسي البشري وأنه حصيلة نتائج عوامل تتداخل مع بعضها البعض تؤثر على المظاهر الجسمية والنفسية والاجتماعية حيث يظهر آثار هذه العوامل أثناء الحمل ، وبعد الميلاد وفي امتداد حياة الإنسان ، والأم هي الوعاء الذي ينمو بداخله الجنين وبهذا فإن الرعاية الصحية والنفسية والحالة الجسمية التي تكون عليها الأم أثناء الحمل تؤثر بدرجة كبيرة على الجنين داخل الرحم وبعد ولادته أيضا فالخوف والغضب والتوتر والقلق كلها انفعالات تؤثر في الجهاز العصبي للأم ويؤثر ذلك في النواحي الفسيولوجية مما يؤدي إلى اضطراب في إفراز الغدد وتغير التركيب الكيميائي للدم مما يؤثر بدوره على نمو الجنين كما أن اتجاهات الأم نحو الحمل تؤثر على توفير شروط مناسبة للجنين .

كما أشار (محمد سيد موسى ، 2007) : إلى أن هناك احتمالات ووجهات نظر حاولت تفسير التوحد ، فظهرت وجهة النظر الاجتماعية التي تشير إلى أنه اضطراب في التواصل الاجتماعي نتيجة لظروف البيئة الاجتماعية غير السوية التي ينتج عنها إحساس الطفل بالرفض من قبل الوالدين وفقدان الآثار العاطفية منهما مما أدى إلى انسحابه من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به ، في حين يفسرها النموذج النفسي على أنها شكل من أشكال الفصام المبكر الناتج عن وجود

الطفل في بيئة تتسم بالتفاعل الأسرى مما يشعره بعدم التكيف أو التوافق النفسي .
وأخيراً فإن هذه العوامل النفسية والأسرية لم تجد ما يبررها في أن تكون
أسباب مباشرة لاضطراب التوحد حيث أن البحوث الحديثة لم تؤكد بل أكدت
على عدم وجود مبرر يسمح للوالدين بأن يعتقدوا بأنهم هم السبب في إصابة الطفل
بالتوحد فقد نجد أطفالاً كثيرين فقدوا آبائهم ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد .

2- (العوامل البيولوجية / جينية) وراثية (Genetic Factors)

تشير (كريستين نصار ، جانيت يونس ، 2009) : إلى أنه في ضوء التطور
الحاصل على مستوى تقنيات التحليل ، تمكن العلماء من تأكيد الدور التي تلعبه
الوراثة في حدوث زملة التوحد ، فبنظرهم هناك سلسلة من البراهين التي تشير
إلى مساهمة العوامل الوراثية في أبحاث التوحد وأهمها :

• تشابه نسبة الذكور / الإناث في كل البلدان بغض النظر عن المستوى
الثقافي والاجتماعي .

• ارتفاع احتمال ظهور حالات التوحد مع ارتفاع درجة القرابة من الجمهور
العام (داوون 1% ، توحد 3% ، اضطرابات تغزو النمو 10%) عند إخوة
وأخوات المتوحد ، 60 – 90% عند التوائم المتماثلة .

• هناك ارتباط دال بين عدد من الأمراض الجينية والتشوهات
الكروموزومية وبين التوحد.

ويشير (عادل عبد الله محمد ، 2004) : إلى أن نتائج العديد من الدراسات
التي تم إجراؤها في هذا الإطار تشير إلى أن العوامل ذات الجذور الوراثية أو الجينية
تعد من أهم العوامل المسؤولة عن حدوث اضطراب التوحد ، وأن مثل هذه العوامل
إنما ترجع إلى وجود عامل جيني واحد أو أكثر له إسهامه في مثل هذا الصد.

ومن أهم العوامل التي تؤدي إلى اضطراب التوحد مع أنها يمكن أن تؤدي في الوقت ذاته إلى إعاقة أخرى كالإعاقة الفكرية على وجه التحديد ما يلي :

1- حالات التصلب الدرني للأنسجة *Tuberous Sclerosis*

2- حالات الفينيلكيتونوريا *Phenyl Ketonuria*

3- حالات كروموزم X الهش *Chormosome X Fragile*

ومن المعروف أن مثل هذه العوامل تعد بمثابة حالات وراثية في أساسها وهي مع اعتبارها كذلك فإنها كحالة هي التي تعد وراثية ، أما ما ينتج عنها وهو التلف الذي يلحق ببعض خلايا المخ فهو دون شك لا يعد وراثياً .

ويعتقد (لويس كامل مليكة ، 1998 : 267-268) : أن عدم الاتساق الإدراكي هو الخلل الوظيفي الأساسي في الأوتيزم مع وجود آفات في المناطق الشببية والدهليز وجذع الدماغ وينظر إلى الشواذ الإكلينيكية بعرضها نتيجة شواذ في مدخلات التشغيل الحسية أو في المخرجات الحركية في هذه المناطق وثمة نظرية أخرى تعتقد أن التوحديون يفتشون في تنمية التخصص النصف كرى وبخاصة في ضوء القصور الذي يعانونه في الوظائف اللغوية والوظائف المعرفية الأخرى المرتبطة بالنصف الكروي الأيسر ، ورغم أنهم أقل قصوراً في وظائف النصف الأيمن والمتضمنة في محاولة بين الأعراض السلوكية المختلفة بطرق الاستنتاج الإكلينيكي وبين المناطق الآتية في الدماغ (القشرة الوسطى أو الحوفية - والمخطط) .

وتشير (سها أحمد نصر ، 2002) : إلى أن بعض الدراسات الحديثة أثبتت أن هناك علاقة وطيدة بين التوحد وشذوذ الكروموسومات وأشارت إلى وجود علاقة ارتباطيه وراثية محددة مع التوحد فقط وهذا الكروموزوم *Fragile X Syndrome* ويعتبر *Fragile X* شكلاً وراثياً حديثاً مسبباً للتوحد والتخلف العقلي وأيضاً له دور أساسي في حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الذائد

والعنف والسلوك الأناني ويظهر عند الأشخاص الذين لديهم كروموزوم X. F وتأخر في التواصل اللغوي بشكل شديد ، وتأخر في النمو الحركي والمهارات الحسية بنسبة ضئيلة ، وهذا الكروموزوم يكون شائع بين الذكور أكثر من الإناث ويؤثر في حوالي 10٪ من حالات التوحد .

ويُلخّص (عادل عبد الله 2004 P. 5 Robert-L, Kogel, Other, 2003) دور العوامل الوراثية في حدوث الاضطراب التوحدي في النقاط التالية :

1. الشذوذ الكروموزومي وخاصة الكروموزوم رقم 13 يؤدي إلى هذا الاضطراب .
2. اشتراك عدد من الجينات يتراوح بين 3-5 جينات في حدوث التوحد وتتنوع هذه الجينات على عدد من الكروموزومات المختلفة .
3. أن محيط الرأس لدى أطفال التوحد يكون أكثر من مثيله لدى أقرانهم العاديين ، وقد وجد أن هناك علاقة سلبية بين كبر محيط الرأس والوظائف اللغوية والتنفيذية .
4. أن نتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال التوحديين تؤكد عدم وجود خلايا بيركنجى بالمخيخ لديهم إلى جانب تزايد عدد الخلايا العصبية في مكونات الجهاز الطرفي .
5. نقص طول ومحيط المخ Brain stem لدى الأطفال التوحديين .
6. عدم وجود جزأين أساسيين من أجزاء جزم المخ لديهم يتمثل أولهما في النواة الوجهية *Facial nucleus* التي تتحكم في عضلات الوجه والتي تكون مسؤولة عن التعبير غير اللفظي ، والثانية تتمثل في الزيتونة العليا *Super olive* وهى التي تلعب دوراً هاماً في توجيه وتوزيع المعلومات المرتبطة بالثيرات السمعية .

7. نقص عدد كبير من الخلايا العصبية التي ترتبط بعضلات الوجه .
كما توصلت دراسة كامبل وآخرون (Sutcliffe, Ebert, Capbell
Militemi, Bravaccio et al.(2006) إلى دور الوراثة في الإصابة بالتوحد ، حيث
تشير نتائج دراسة أسرية للتوحد شملت (1231) أسرة إلى وجود جين (7q31)
يقع على الكروموسوم رقم (5) ويساهم في حدوث الإصابة بالاضطراب التوحدي ،
حيث أن كل إنسان في العادة يحمل نسختين من الكروموزوم (5) ويرث نسخة
من الأب ونسخة من الأم ، ومن الملاحظ أن كروموزوم (5) يمتد في حوالي 181
مليون من لبنات الحمض النووي ، وتمثل هذه النسبة ما يقارب من 6% من
مجموع الحمض النووي في الخلايا بصفة عامة ولقد لاحظ العديد من الباحثين في
مجال الجينات أن كثيراً من الأمراض الوراثية مرتبطة بعدة تغيرات تحدث داخل
الكروموزوم (5) وأن هذا الارتباط بين الأمراض الوراثية ، وبين بعض التغيرات
التي تحدث داخل الكروموزوم (5) ساعد في الكشف عن وجود ارتباط بين هذا
الكروموزوم وبين بعض الأمراض الغير معلومة الأسباب ، وقد ارتبط كروموزوم (5)
بالعديد من الأمراض مثل التهاب الأمعاء كما أن التغيرات في عدد أو بنية هذا
الكروموزوم يمكن أن يكون لها مجموعة متنوعة من الآثار ، بما في ذلك تأخر النمو
وملامح الوجه المميزة والعيوب الخلقية وغيرها من المشكلات الصحية ، كما
كشفت دراسة جديدة في مجال الكروموزومات أن هناك علاقة بين الكروموزوم (5)
والتوحد حيث وجدت جين معين يسمى (SEMA5A) أو (semaphring 5A)
هو المسئول عن تمكين الخلايا العصبية من تحقيق أهدافها وربما يكون له دور
في اضطراب التوحد (إبراهيم العثمان ، إيهاب الببلاوى ، 2012) .

وفي دراسة قام بها مورتون وآخرون Morton, et al 1997 . على طفل عمره عامان يعاني من الأوتيزم ، كشفت أشعة الرنين المغناطيسي وجود إصابة شديدة في الفص الدماغى الأيمن ، وفي دراسة أخرى قام بها كاتس 1998 للتعرف على الفروق التشريحية العصبية والمعرفية العصبية *Neuranatomical and neurocognitive* بين زوجين من التوائم المتماثلة من المصابين بالذاتوية ، تم عمل رنين مغناطيسى وتحليل كمي لتشريح المخ ، كشف أن التوائم المصابة لديها سبب ملحوظ في حجم كل من نواة الكودات *Caudate* والأميگدال *Amygdaloid* والحصين *Hippocampal* وصغر حجم القصيصات الفرمية في المخيخ *Cerebellar vermis lobules* وذلك مقارنة بعينة من أطفال أسوياء تتراوح أعمارهم ما بين (3,5-6,5) سنوات (إلهامى عبد العزيز إمام 1999: 45-46) .

وفي دراسة لسميرة السعد (1998: 135) وأخرى لرفعت بهجات (2007: 4): أكدوا أن أسباب إعاقة التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية وليست نفسية ورثيا أن الحصبة الألمانية أو ارتفاع الحرارة أثناء الحمل أو تلفا في المخ أثناء الحمل أو الولادة قد يكونوا أسبابا لاضطراب التوحد.

ويشير داىكن وماكلان (Dyken&Mac Malan) 1993: إلى أن تعرض الأم لمشاكل قبل الولادة مثل التعرض للحصبة الألمانية أو الولادة المبكرة أو إدمان الأم للكحوليات أو تعرضها لمشاكل أثناء الولادة نفسها كنقص الأكسجين كلها أسباب لإصابة الطفل بالتوحد ، وبعد تطوير تقنية التصوير بالرنين المغناطيسى ظهرت اختلافات في المخ والمخيخ لدى التوحديون عن الأطفال الطبيعيين فقد اكتشفت ضمور في بعض الفصوص المخية (Clarke, 1992-53) .

ولقد أدى الاهتمام بالعوامل البيولوجية إلى تأسيس وعمل بنوك للمخ والأنسجة التي تجمع من الأشخاص التوحديين المتوفون حديثاً ، وجعل هذه الأنسجة متاحة للبحث وهو ما أشار إليه (Zielke,et al 1996) . ويعتقد العلماء أن للتوحد أساساً جينياً ، ودراسات التوائم والدراسات العائلية تمدنا بدليل قوى على ذلك ، ولا يزال الباحثون يحاولون إيجاد الجينات المسببة في العائلات والتي تجعل أحد أعضائها أو أكثر توحديون ، بالرغم من إنه من النادر أن يوجد في العائلة أكثر من طفل واحد مصاب بالتوحد . فريت (Frith: 2003: 70) .

ويشير (Brill, 2001: 18) : إلى إن الدراسات الأولية أشارت إلى إمكانية أن يكون الكروموزوم رقم 13 هو المحدد للأوتيزم بينما تشير دراسات متشابهة إلى الخلل في كروموزوم رقم 7 والمرتبط كذلك بقصور اللغة والحديث . ويوجد عدد من الاختبارات الأخرى التي تدعى وجود حوالي 20 جينا مختلف مرتبط بالتوحد . من خلال ذلك نجد أن الأسباب البيولوجية للتوحد جاءت من خلال الدراسات التي اهتمت باضطراب التوحد وبعد ما جاء عن العوامل النفسية والأسرية في أنها لم تجد ما يبررها لأن تكون أسباب مباشرة لاضطراب التوحد حيث تؤكد النظرية البيولوجية على أن السبب للتوحد هو اضطراب غير طبيعي وشديد في الدماغ نتيجة انتقال الجينات من الأهل إلى الطفل أو نتيجة تأثيرات على الدماغ مثل الإصابة بالحصبة الألمانية أو انخفاض وزن الجنين وقد دعم ذلك وجود التوحد مترافقا مع أعراض عصبية أو عقلية .ومن خلال ذلك نستطيع أن نقول أنه لا يوجد حتى الآن دراسات وافية في هذا المجال وأيضاً لا يوجد سبب

واحد معروف لحدوث هذا الاضطراب التوحدي .

ويشير (رشاد عبد العزيز موسى ، 2002) : إلى أن هناك من يعزى الإصابة بالأوتيزم إلى خلل في بعض الجينات حيث ربطوا بين الأوتيزم وضعف نوع معين من الكروموسومات حيث أن اضطراب هذا الجين يسم بنحو 5، 16 % من الإصابة بالأوتيزم ، كما تبين أن 2% من أسر الأطفال المصابين بالأوتيزم يعانى اثنان من أقاربهم من الأوتيزم كما تبين أيضاً ارتفاع نسبة انتشار الأوتيزم بين التوائم المتماثلة عن التوائم الأخوية .

هذا وقد وجد أن من بين الأطفال الذين يعانون من حالات x الهش x Fragile وهما إعاقتان ثبت أن لهما أساساً وراثياً ولكن نظراً لغياب عمليات المسح حتى الآن لم يتم معرفة نسبة الأطفال الذين يعانون من الإعاقتين معاً وإذا أخذنا في الاعتبار أن هناك تشابهاً بين الإعاقات الثلاث فهل يوحى هذا بأن التوحد موروث ؟ ... وفي عام 1988 قامت جامعة لوس انجلوس بولاية كاليفورنيا بمسح في ولاية بوتا على عينة من 27 أسرة وجد أن من بينهم 20 أسرة (7 ، 9 %) لدى كل منها أكثر من طفل يعانى من التوحد كما وجد أن نسبة انتشار التوحد بين الأطفال الذين يولدون إخوة لأطفال يعانون من التوحد يصل إلى 5 ، 4 % بينما ينتشر التوحد في المجتمع الأمريكي عامة بنسبة أقل من ذلك بكثير (من 10 – 20) حالة من بين عشرة آلاف مواطن ، وبذلك يتضح من الإحصاءات التحليلية لهذه الدراسة أن انتشار التوحد بين أطفال ولدوا لإخوة يعانون من التوحد في أسرهم يزيد 210 ضعفاً عن انتشاره بين أطفال المجتمع العام (Howlin , 1998 , p 39) .

ويعنى ذلك أن احتمال ولادة أطفال توحديين أكثر بكثير عندما يكون لهم

أخوة يعانون من التوحد ، وقد ثبت ذلك في دراسة أخرى حيث وصلت النسبة إلى 6، 8% وإذا كان الطفل المعوق الأول ذكراً فإن هذه النسبة تكون 7% ولكنها ترتفع إلى 5، 14% إذا كان الطفل السابق أنثى (Barly et al.1998,62-66).

ويشير (*National Center For Autism, 1986, p 77*) : في دراسة إلى أنه وجد أن التوحد منتشر بنسبة 96% في أزواج التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) وبنسبة 27% بين أزواج التوائم المتشابهة (من بويضتين) وفي هذه الدراسة نقطة ضعف وهى أن أصل التوائم من بويضة أو بويضتين لم يكن معروفاً عن يقين إلا في 50% من أفراد العينة .

كما افترضت دراسة (Bower 2000) : وجود جين وراثي يتسبب في إصابة الطفل باضطراب التوحد وتوصلت نتائجها إلى الجين الوراثي المعروف باسم (هوكسال) قد يكون من أحد الأسباب الفعلية في حدوث الاضطراب التوحدي أو قد يجعل الأطفال على الأقل عرضة للإصابة ببعض الاضطرابات الأخرى المشابهة للتوحد (Bower,2000,p39) .

3- (العوامل البيولوجية / العصبية :

يؤكد أدلسون (Edelson S , 1998) أنه من خلال فحص أدمغة الموتى من التوحديين وجد منطقتان في الجهاز الطرفي *Limbc System* كانا أقل تطوراً وهما اللوزة *Amygdala* والفصين *Hippocam Pus* ، وهاتان المنطقتان مسؤولتان عن العواطف *Emotion* والعدوان *Aggression* والمدخل الحسى *Sensory Input* والتعلم ، كما وجد أيضاً نقص في خلايا بركينج *Parkhnie* وفي المخيخ *Cerebellum* مستخدمين التصوير بالرنين المغناطيسى (*M.R.I*) كما وجد أن منطقتان في المخيخ والفصيصات الفرمية *6Vermal Lobules* ، 7 حيث كان

أصغر بدلالة إحصائية عن الأسوياء ، ومن المثير للاهتمام أن بعض الأفراد التوحديين لديهم فصيصات فرمية 6 ، 7 أكبر من الأسوياء (Edelson ct. al. , 1998) ويشير (إلهامى عبد العزيز إمام ، 1999) : في دراسة قام بها مورتون وآخرون (Morton Etal 1997) على طفل عمه عامين يعاني من الأوتيزم كشفت أشعة الرنين المغناطيسى وجود إصابة شديدة في الفص الصدفي الأيمن وفي دراسة أخرى قام بها كاتس (Kates, et al.1998) للتعرف على الفروق التشريحية العصبية والمعرفية العصبية *Neuranatomical And Neurocognitive* بين زوجين من التوائم التماثلة من المصابين بالذاتوية تم عمل رنين مغناطيسى وتحليل كمي لتشريح المخ كشف أن التوائم المصابة لديها سبب ملحوظ في حجم كل من نواة الكودات *Caudate* والأميجد الويد *Amygdaloidal* والحصين *Hippocampus* وصغر حجم الفصيصات الفرمية في المخيخ *Cerebella Vermis Lobules* وذلك مقارنة بعينة من أطفال أسوياء تتراوح أعمارهم من 5 ، 6 - 8 ، 3 سنة .

وتشير (سميرة عبد اللطيف السعد ، 1992) : إلى أن العديد من الأبحاث تشير إلى أن التوحد متعلق بأشكال إعاقات عصبية محددة بالرغم من أن الضعف العصبي المحدود نفسه مازال محيراً ولم يعرف بعد ، وقد بين العديد من الباحثين علاقة عصبية ظاهرة مع التوحد بالرغم أن هذه العلاقة المحددة بالإعاقة مازالت غير واضحة ، وأن الأطفال التوحديين لديهم إشارات عصبية تظهر في الرسم الكهربائي للمخ أكثر ليونة من الأطفال العاديين ، وتقرر الدراسات أن بين 40 - 100% من الأطفال التوحديين يظهرون على الأقل واحدة من هذه الإشارات كما أن الأشخاص التوحديين لديهم أيضاً احتمالات عالية في ظهور إشارات غير طبيعية في فحص الرسم الكهربائي للمخ (EEG) ودلت الدراسات على أن

(EEGS) غير طبيعية في 20 – 65% من الأطفال التوحديين توصف بميلان حاد أو نوبات من موجات حادة منطلقة بالإضافة إلى EEG غير الطبيعي للأطفال التوحديين فإن لديهم إمكانية حدوث نوبات الصرع .

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

ويشير (حسنى إحسان الحلواني ، 1996) : إلى أن الأطفال التوحديين يعانون من اضطراب عصبي نيورولوجي أو وظائف بعض أجزاء المخ المحددة أو التي تمثل ساق المخ والمخ الأوسط ، والفصوص الجبهية للقشرة المخية ، وهذا الاضطراب الوظيفي ينعكس في صورة اضطراب للمهارات الانفعالية وعمليات الإحساس والقدرات المعرفية واللغوية .

كما أثبتت دراسة (إيمان أبو العلا ، 1995) : أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية والتصوير بالرنين المغناطيسي يشير إلى احتمال وجود دور لجذع المخ في حالات التوحد ، كما أنها توجد اضطرابات في أسفل المخ والجهد المستثار لهؤلاء الأطفال بنسبة كبيرة ، ولكنها اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث .

وكشفت النتائج في الدراسة التي قام بها (كاوسكى 1997) بهدف التعرف على اختلال وظائف المخ لدى 158 مريضاً بالأوتيزم من خلال فحص تغيرات غير طبيعية في رسم المخ الكهربائي وللتعرف على نشوء مرض الصرع في المراهقين المصابين بالذاتوية أن 5، 47 من المرضى لديهم هذه التغيرات غير الطبيعية في المنطقة الجبهية في المخ (Kawasaki et al.1997) .

وقد أشارت عدد من الدراسات إلى وجود علاقة بين الإصابات المرضية التي تسبب تلفاً في الجهاز العصبي المركزي إثناء مدة الحمل ومرحلة الطفولة وبين اضطراب التوحد ، ومن هذه الإصابات فيروس الهربس ، والحصبة الألمانية ، والتعرض للأشعة .

• فيروس الهربس:

يشير (إيهاب الببلاوى ، 2009) : إلى أن هذا الفيروس هو الذي يسبب تكون حويصلات مائية حول الشفاه عند الإصابة بالبرد ، والأنفلونزا ، وقد يسبب هذا الفيروس نفس الإصابة حول فرج المرأة الحامل (الهربس الجنسي) حيث يكون مصدراً لعدوى المولود بمرض الهربس ، ولذلك يفضل الأطباء إجراء عملية قيصرية للمرأة التي تحمل المرض لتحاوى إصابة المولود عند ولادته ، وإذا أصيب المولود بعدوى الهربس فإنه يصبح عليلاً ، وقد يصاب بالإعاقة الفكرية ، أو التوحد واليرقان وتضخم الكبد والطحال والنزيف ، وإصابات في الشبكية ، وقد تؤدى عدوى الهربس إلى حدوث تشوهات في المواليد مثل : صغر حجم الرأس ، وصغر مقلة العين كما قد تسبب التهابات في المخ ووفاة المولود ، وتبلغ نسبة وفيات المواليد بسبب الإصابة بالهربس في حالة إصابة الدماغ حوالي 95% ، وتلك التي تنتشر في الجسم دون الدماغ 92% أما إصابة الجهاز العصبي دون الدماغ فتبلغ 95% ، وتبلغ الوفيات 16% إذا كانت الإصابة في العين وغيرها من الأجهزة المجاورة ، أما إذا أصيب الجلد والفم فقط فتنخفض الوفيات إلى 2% .

• الحصبة الألمانية :

وتشير (وفاء على الشافعي ، 2004) : إلى أن البحوث والدراسات أكدت

أن تعرض الأم للعدوى بالحصبة الألمانية خلال شهور الحمل الأولى ، فإن ذلك يؤدي إلى حدوث اضطرابات في السمع وفقدان وزن المولود وتضخم الكبد والطحال والتهاب الكبد واليرقان ونقص الصفائح الدموية الذي يؤدي إلى حدوث النزيف والمياه البيضاء في العين وسوء تكوين القلب وصغر حجم الرأس والإصابات الجلدية والإعاقات الفكرية ، وارتفاع في الضغط الداخلي للعين وصغر مقلة العين واعتلال الغدة الليمفاوية ، وقد وجد أن نسبة الإصابة بهذه العيوب تكون أعلى إذا أصيبت الأم الحامل بالحصبة الألمانية في الشهر الأول لأكثر من 70% من الأجنة وتنخفض الإصابة إلى أقل من 50% في الشهر الثاني ، أما إذا حدثت الإصابة في الشهر الثالث فلا تزيد نسبة إصابة الأجنة عن 10 - 15 % ، ولكن عيوب نمو الجهاز العصبي على المستوى الوظيفي تستمر في الظهور.

• التعرض للأشعة :

يشير (إبراهيم بدر ، 2004 ، p. 17 – 25 : Nicola, B., et al 2003) إلى :
أن تعرض الأم الحامل للأشعة السينية المختلفة في المستشفيات والعيادات يؤدي إلى طفرات في الموروثات وإلى تزيغ بالصبغات (الكروموزومات) وإلى نتقان في النمو داخل الرحم وخارجه وإلى تشوهات خلقية تؤدي إلى إجهاض الجنين أو وفاته أو إصابته بتشوهات خلقية ، وتعتمد شدة إصابة الجنين أثناء الحمل على عدة عوامل منها :

- كمية الأشعة التي تتعرض لها الأم الحامل ، ومدة التعرض لها .
- مدة الحمل ، فالتعرض للأشعة في بداية الحمل تؤدي إلى صغر الدماغ والشفة المشقوقة والإعاقة الفكرية ، وتشوهات بالعظام والعمود الفقري والصرع ، أما التعرض للأشعة في وسط الحمل ونهايته تعرض الجنين

- للإصابة بسرطان الليوكيميا في سن الطفولة .
- مكان التعرض للأشعة مثل الشريان الرئيسي للجسم وشريان البطن والقناة
اليولية في المثانة فهذه المناطق من الممكن أن تنقل إلى الجنين نسبة عالية
من الإصابة . وقد أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير الرنين
المغناطيسي MRI .
- وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة المخ وعدد معين من خلايا
بوركينجي .
- أن من 20 – 25 % من أطفال التوحد يظهرون اتساع البطينات الدماغية .
- أن أجزاء من المخيخ في 82 % من حالات التوحد غير كاملة .
- شذوذ في تخطيط الدماغ بنسب متفاوتة في حوالي 10 – 83 % من أطفال
التوحد
- وجود تلف في الفص الصدغي *Temporal* وهذا الفص يوجد في مراكز
التفاهم والتفاعل الاجتماعي ومن هنا يمكن الربط بين هذا التلف العضوي
وإعاقة التوحد .
- تشوه أو زيادة في سمك طبقة القشرة المحيطة بالمخ .
- وجود خلل في نسيج مركز ساق المخ الذي يعرف باسم النظام الشبكي
النشط .

4- (العوامل البيوكيميائية *Biochemical Factors*)

يشير (لويس كامل مليكة، 1998: 268) إلى أن معظم الدراسات والبحوث
في هذا المجال تتفق على أن مستوى السيروتونين في الدم المحيطي *Peripheral*
أعلى لدى الأطفال التوحديين مقارنة بالأطفال الأسوياء إلا أنه يبدو أن

السيروتونيميا *Serxotonemia* الموجودة في حوالي 30 % من الأطفال التوحديون أكثر ارتباطاً بأنخفاض مستوى الذكاء عنه بالأوتيزم في حد ذاته ، وفي عينة صغيرة من المرضى وجدت ارتباطات دالة بين *Hyperserotonemia* ، كما يوجد نقص في السائل المخي النخاعي :حامضي *Hydroxyindoleacetic Acid* وهو المستقلب السيروتونيني الرئيسي *Main Serxotonin Metabolite* وقد وجد *Hydroxy-Dimethyltryptamine Baufotenine* في بول التوحديين وعائلاتهم ، ولكن لم يوجد في بول الأسوياء في المجموعة الضابطة .

كما أكدت عدة بحوث أخرى على وجود عوامل كيميائية في حالات التوحد ومن بينها بحث اجري في السويد (Piven, 1990) وتبين أن درجة تركيز حمض الهرموفانيلك أكثر ارتفاعاً في السائل المخي المنتشر بين أنسجة المخ والنخاع الشكوى *Cerebral Fluid* في حالات التوحد مقارنة بالأطفال العاديين كما لوحظت في دراسات أخرى زيادة في تركيز إحدى الناقلات العصبية وهي *Serotonin* في دم 40% من الأطفال التوحديين وعندما أمكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار *Fenfulamine* لوحظ تحسن في الأداء اللغوي (Campell&Guava 1995,p126-69) .

وفي هذا المجال يستخلص كل من (عثمان فراج ، 2003: 12) عادل عبد الله (2004: 173-174) مجموعة من العوامل البيئية والعصبية والكيميائية التي قد تلعب دوراً ملحوظاً في حدوث اضطراب التوحد هي :-

- التلوث الكيميائي وخاصة بمركبات المعادن الثقيلة كالرصاص والزرنيخ .
- والزرنيخ .

- أحد صور التمثيل الغذائي مثل حالات *pku* ، أو مرض السكري .

- خلل أو قصور في الجهاز المناعي.
 - إصابة بكتيرية أو فيروسية ، مثل التهاب الغدد النكافية ، أو التهاب الكبد الوبائي ، أو الايدز، أو نقص المناعة المكتسبة ، أو إصابة الأم بالحصبة الألمانية .
 - تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية أو للإشعاعات .
 - التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة سواء الأشعة السينية (x)، أو التسرب الإشعاعي ، أو استخدام النفايات النووية في الأسلحة الثقيلة .
 - التعرض للأمراض المعدية ، وخاصة تعرض الأم الحامل لها ، وإصابتها بها أو تعرض الطفل لها في بداية حياته أو خلال عامه الأول .
- كما يشير (عثمان فراج، 2003: 7) : إلى أنه قد زاد الاهتمام بالعوامل البيئية الكيميائية بعد الضجة التي أثارت في أوائل التسعينات عندما أكتشف أن عقار الثالومين الذي كان يستخدم بكثرة بين السيدات لتثبيت الحمل كان سببا لولادة أطفال يعانون من تشوهات جسمية أو تخلف عقلي أو صمم ، أو كف بصر بعد ولادتهم وتبين أن 5% من ضحايا هذا العقار قد أصيبوا بالتوحد ، حيث تبين أن تأثير الثالومين يحدث في الأسابيع أو الأيام الأولى للحمل إذا تعاطته الأم بعد الإخصاب بفترة وجيزة ، وقد لا تكتشف الأم أنها حامل عند تناولها هذا الدواء في الأيام الأولى للحمل حيث يكون الجهاز العصبي في مرحلة بدء تخلقه (20-24) يوما من بدء الحمل .
- كما ترى (زينب شقير، 2004)، (جمال القاسم وآخرون ، 2000): إن تزيد احتمالية ولادة طفل توحدى في حالات الولادة المتعثرة أو المعقدة وتجدد الإشارة

إلى أن تلك الأسباب لم يتم تأكيد أي منها بشكل علمي قاطع حتى هذا اليم
لاعتبارها مسببا أساسيا في وجود حدوث حالة توحد.

وفي دراسة قام بها كل من Kan,patricia & Kan Edward 1998: 207- (218) للتعرف على شذوذات الأيض *Metabolic aderrations* من خلال عينات
دم وبول 50 طفل يعانون من التوحد وكشفت النتائج أن هناك ارتفاع ممزق
بسلسلة طويلة من الأحماض الدهنية *poly acids* وهو ما تم تفسيره بأن تراكم
الأحماض الدهنية لديه تأثيرات ضارة على المخ والغدد الصماء وأنظمة المناعة
وكلها مميزة في الاضطراب التوحدي كما أن معدل البيتا نوروفت *Betaendorphi*
(مواد تشبه الأفيونات وتفرز داخليا في الجسم) المناعية التفاعلية في البلازم
التوحيديين كانت ناقصة بدرجة دالة إحصائيا مقارنة بالأسوياء .

وفي دراسة قام بها (مكبريد وآخرون 1998) : بهدف التعرف على تأثير
التشخيص *Diagnosis* والسلالة *Race* والبلوغ على مستوى السيروتونين في الصفائح
الدموية *platelet* في التوحد بين المتخلفين عقليا *Mental Retardation* تم قياس
مستوى السيروتونين في الصفائح الدموية لدى 77 من الأسوياء كمجموعة ضابطة
و22 من المتخلفين عقليا أو لديهم إعاقة معرفية قبل البلوغ ، وأشارت النتائج
إلى أن من بين أطفال ما قبل البلوغ الذين تم تشخيصهم كذاتويين زيادة في تركيز
السيروتونين أكثر من الضابطة كما أشارت أيضاً إلى انخفاض معدل السيروتونين
بعد البلوغ عن معدله قبل البلوغ ولم توجد فروق دالة بين السلالات المختلفة
(Mcbride -p.et al, 1998, p 767-776).

وتضيف (سميرة السعيد، 1997) : إلى انه من أهم أسباب التوحد الإصابة
بأمراض معينة كالاختلال في التمثيل الغذائي (الكيميائي) للخلايا والتكوينات

غير الطبيعية ، حيث أن 5% من أطفال التوحد يعانون من اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي للأحماض الأمينية (أحماض هاضمة) وتركيزات عالية من حمض اليوريك في البول ، وكذلك صعوبة في التمثيل الغذائي للبروتين الموجود في الحليب ومنتجات الحبوب (الجلوتين والكازين).

إلا أننا حتى الآن لا نرى أسباب قوية للإصابة باضطراب التوحد حيث لأن يختلف العلماء في تحديد الأسباب التي لم تكن قاطعة فمنهم من يرجعها إلى العوامل الخارجية كملوثات البيئة مثل الزئبق والرصاص والمعادن السامة واستعمال المضادات الحيوية بشكل كبير أو التعرض للفيروسات أو الالتهابات وضعف المناعة وضعف التغذية ونقص مضادات الأكسدة ونقص قدرة الجسم على التخلص من السموم والمعادن السامة ، ونقص الأحماض الدهنية. ومنهم من يرجعها إلى العوامل الجينية الوراثية في حالة قابلية جينات الطفل للإصابة بالتوحد .

5- عوامل عضوية / بيئية :

يشير (عبد العزيز الشخص ، وزيدان السرطاوي ، 1994) : إلى أنه يمكن تصنيف معظم النظريات التي تناولت مسببات التوحد الطفولي إلى ثلاث توجهات أساسية إما عضوية أو عضوية بيئية أو بيئية ، وتركز النظريات العضوية عموماً على العوامل الوراثية للطفل والتفاعل بين تلك العوامل الوراثية وبيئة الرحم أو بعض أشكال الإصابات أو الأمراض التي قد يتعرض لها الجنين قبل أو أثناء الولادة بفترة وجيزة وتفترض نظريات الطبع *Nature Theories* أن الطفل التوحدي يعاني من خلل عضوي وأن الوالدين أو غيرهم من المؤثرات البيئية ليست لهل تأثير يذكر على حالة الطفل وعلى العكس من ذلك فهناك نظريات التطبع

Nuryion Theories التي تذهب إلى أن الطفل التوحدي يعد عادى من حيث الجانب العضوي غير أنه يتعرض لمؤثرات قوية في مرحلة مبكرة جداً من حياته تسفر عن إصابته بالاضطراب النفسي الشديد ويضع أصحاب هذه النظريات معظم مسؤولية تعرض الطفل للاضطراب على الوالدين بصفة خاصة أما أصحاب النظريات التي تجمع بين الطبع والتطبع فيذهبون إلى أن حدوث التوحد ينتج عن تعرض الطفل الذي لديه استعداد عضوي لذلك لمؤثرات بيئية سلبية قوية مثل الحرمان العاطفي أو الرفض الوالدى الشديد .

بينما تشير (لورنا وينج ، 1994) : إلى أنه فيما يتعلق بالعوامل العضوية أيضاً فهناك الأسباب الرئيسية لأمراض المخ المختلفة التي تقود إلى السلوك التوحدي ومثل هذه المسببات يمكن التعرف عليها لدى ثلث الأطفال المصابين بهذا الاضطراب ، فمن بين العديد منها نجد الالتهاب الدماغى *Ence Phalitis* في السنوات الأولى من العمر وإصابة الأم بالحصبة الألمانية *Rubella* خلال فترة الحمل وحالة فينيل كيتونوريا غير معالجة (وهى عبارة عن اضطراب حيوي كيميائي يعالج بواسطة نظام غذائي خاص إذا شخص مبكراً في مرحلة الطفولة) والتصلب الدرني للأنسجة غير طبيعية في المخ والجلد والتشنج الطفولى اللاإرادي *Infantile Spasms* (وهو شكل نادر وحاد من الصرع ينشأ في السنة الأولى من العمر) والصعوبات الشديدة خلال الولادة بما في ذلك نقص الأوكسجين كما ترجع إصابة المولودين بصعوبات بصرية حادة وبتلف دماغى باضطرابات توحديه .

بينما يرى كثير من الأطباء الذين تابعوا دراسة حالات التوحد أن السبب يعود إلى اضطراب عضوي يصيب بعض مراكز المخ مما يؤدي إلى الإخلال بوظائف

تلك المراكز خاصة في مجال الإدراك والتوافق الحركي ، فقد أشار بعض الباحثين إلى أن أكثر المصابين بهذا الاضطراب يصبحون عاды الذكاء عندما يصلون إلى سن الشباب حيث يتخلصون من اضطرابات التفكير والاضطرابات الذهنية وتحسن لغتهم كما تعود لديهم اهتماماتهم بالعلاقات ماعدا مشكلاتهم الاجتماعية التي تبقى قائمة (رمضان القذافي ، 1988) .

ويشير (عادل عبد الله ، 2004) : إلى العوامل البيئية التي تسبب اضطراب التوحد فيما يلي :

1. التلوث البيئي الكيميائي مثل التلوث بالمعادن كالزئبق والرصاص .
2. التلوث الغذائي عن طريق استخدام الكيماويات قد يؤدي إلى حدوث تسمم عضوي عصبي .
3. التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة .
4. التعرض للأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرض الطفل لها بعد الولادة .
5. اضطراب عملية الأيض أي حدوث خلل في التمثيل الغذائي .
6. تعاطي الأم الحامل للعقاقير بشكل منتظم أو تعاطي الكحوليات .
7. تعد البيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي ينشأ فيها الطفل لها دور كبير في حدوث أو منع أو تطور اضطراب التوحد .
8. قد تؤثر العوامل البيئية في تطور اضطراب التوحد حيث يمكن ملاحظة

ما يلي :

أ- أن الوالدين قد يكونا غير مؤهلين للتعامل السليم مع طفلهما التوحدي مثلاً لا يستطيعان مساعدته على اكتساب سلوك مرغوب أو الحد من السلوكيات غير الاجتماعية .

ب- قد لا تعمل البيئة التي يوجد فيها الطفل على مساعدته كي يتمكن

من القيام ببعض السلوكيات مثل اكتساب مهارات تساعد على الاندماج والتفاعل مع الآخرين .

9. ظروف الحمل والولادة ومنها :

- التعسر أثناء الولادة .
- سحب الجنين بالجفت نظراً لوجوده في وضع غير طبيعي عند الولادة .
- اختناق الجنين بالحبل السري .
- استخدام الأم لعقاقير طبية .
- كبر سن الأم وقت الحمل .
- ترتيب الطفل بين أخواته . (وفاء على الشامي ، 2004) .

وفي تقرير بحوث (بيرنارد ريملاند) تبين وجود خلل أو إصابة *Lesion* في نسيج مركز ساق المخ *Stem* الذي يعرف باسم *Reticular Activating Systyem (R.A.S)* هو النسيج الذي يتحكم في استقبال عمليات الاستثارة والانتباه والنوم وهي إصابة أو خلل يحدث في أثناء فترة الحمل فتضعف قدرة الجهاز العصبي المركزي أو مخ الجنين على الاستجابة للمثيرات الخارجية وحساسيته لها أو الشعور بما يحدث في عالمه المحيط به ، كما أنه هو المركز الأساسي للمعرفة بدءاً من استقبالها من الخارج عن طريق الحواس الخمس مروراً بإدراك معانيها وتفسيرها *Coding* وتخزينها في الذاكرة واستدعاءها عند الحاجة واستخدامها في التجاوب مع مثيراتها أو حل مشاكله بالإضافة إلى أهميتها في التعلم والتخيل والتعبير ، هذا ويشترك مع العالم ريملاند العالمان *Carlson , Deslaurier* في هذا التفسير كما يؤكد ريملاند أن هذا التنظيم *R. A.S* المذكور والذي يقع في ساق المخ يعمل في تناسق متعاوناً مع التنظيم للمبادئ *Limbis System* الذي يقع في مركز

المخ في هذه الوظائف آخذاً في الاعتبار أن الجهاز اللمبى يعتبر مركزاً لتنظيم وترجمة الانفعالات والعواطف (وهى نقط الضعف أو الغياب التام عند طفل التوحد) كما أنه مسئول عن التفاعل مع بعض الأمراض الفيروسية (Rimland.B,1995,p92).

6- اضطراب (الجهاز العصبي) :

تعيش في الجهاز الهضمي للإنسان الملايين من البكتريا النافعة التي تساعد في هضم الطعام والمحافظة على توازن الماء في الجسم ومن الميكروبات الضارة من النمو والتسبب في الالتهابات والأمراض ، والعكس هو الصحيح لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد ، ففي أمعائهم يوجد نمو مفرط للميكروبات الضارة من بكتريا وفطريات وخمائر ، فتستهلك هذه الميكروبات الضارة العناصر الغذائية وتضعف امتصاصها ، مما يجعل الطفل بحالة من سوء التغذية ، بالإضافة إلى قدرتها على الاختراق داخل خلايا الأمعاء مما يؤدي إلى تشكل ثقبوب فيها فتتسرب المعادن الثقيلة وجزيئات الغذاء غير المهضوم جيداً مباشرة إلى الدم وهذا كله سيؤدي إلى تجمع العناصر الثقيلة في الجسم ، وإثارة حساسيات غذائية بالإضافة إلى أن الميكروبات نفسها تفرز باستمرار مركبات سامة تضعف صحة الطفل وتؤثر على دماغه فينعكس أثارها على سلوكه أيضاً ، كما يعاني أطفال التوحد من اضطرابات في الجهاز الهضمي مثل الإمساك والإسهال كما توضح دراسة مولوى وماني (Molly, Mannin 2003) أن الإسهال من أكثر الأمراض المعوية الشائعة بين أطفال التوحد في عمر 8 سنوات .

7- مشكلات التغذية :

يشير (إبراهيم العثمان ، إيهاب الببلاوى، 2012) : إلى أن الأطفال ذوى

اضطراب التوحد يعانون من مشكلات في التغذية والتي تتمثل في الإفراط في تناول طعام معين واحد والإصرار على تقديمه ، أو الحساسية الغذائية من البروتينات الغذائية (الكازين والجلوتين) ، كما يعانون من عسر الهضم وسوء الامتصاص الذي يؤدي إلى الإمساك والإسهال وسوء استفادة الجسم من العناصر الغذائية مما يعرض الطفل إلى ظهور سوء التغذية ، وأثبتت بعض الدراسات ان 75% من أطفال التوحد لديهم مشكلات في الغذاء ، ومن خلال فحص أجرى على 500 طفل من ذوى اضطراب التوحد تبين أن لديهم مواد مورفينية في البول وعلى سبيل المثال :

- بيبتيد الكازومورفين *Casomrfine* وهو بروتين غير مهضوم ناتج عن عدم هضم جزئيات الجزئيات الموجودة في الحليب .

- بيبتيد الغيلوتو مورفين *Glutomorfine* وهو جلوتين غير مهضوم ناتج عن عدم هضم الجزئيات الموجودة في القمح والشوفان .

- المركبات الأخرى التي وجدت في تحليل بول المصابين بالتوحد مثل الديلترومورفين ، والديرومورفين *Diltromorfine, Diromorfine* وهى مواد مخدرة قد تؤدي إلى التوحد .

(5) أعراض التوحد Symptoms :

يشير (عثمان فراج ، 1995) : إلى أنه لما كان التعرف على الأعراض الحقيقية لهذا الاضطراب أهمية كبيرة في عمليات التشخيص السليم له ولما كانت بعض هذه الأعراض تتشابه مع أعراض بعض أنواع من الإعاقات الأخرى كإعاقة الفكرية أو صعوبات (إعاقات التعلم) وربما أيضاً مع بعض أعراض الفصام الطفولي أو الاكتئاب فمن الضروري الإلمام بتفاصيل هذه الأعراض آخذين في الاعتبار ما يلي :

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

ب- أنه قد تتباين ظهور هذه الأعراض من حيث الشدة أو الاستمرارية أو السن الذي يبدأ فيه العرض في الظهور وقد تبدأ ظهور أعراض التوحد في بعض الحالات في خلال الشهور الستة الأولى بعد الميلاد ، ولكن الأغلب أن يكون ظهورها فيما بين العامين الثاني والثالث أو خلال الشهور الثلاثين الأولى من عمر الطفل .

أولاً : الأعراض المميزة خلال الشهور الستة الأولى التالية للولادة :

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

1. يبدو وكأنه لا يريد أمه ، ولا يحتاج إليها ولا إلى وجودها معه .
2. لا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين ، ويقوم بحمله حتى وان كان هذا الشخص وثيق الصلة به .
3. تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال التخطيط الخاص بتلك العضلات .
4. لا يبكي إلا قليلاً ومع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير .
5. لا يستطيع الأطفال إلى جانب ذلك خلال الشهور الستة الأولى من حياته أن يلاحظ أمه أو يتابعها ببصره .
6. يكون خلال تلك الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ .
7. لا يبتسم إلا نادراً .

8. تكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة .
9. من الأمور المهمة التي تميز استجاباته إنها دائماً ما تكون متوقعة .
10. لا يبدي الطفل أي اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه .

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

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

1. لا يبدي الطفل أي اهتمام بالألعاب الاجتماعية .
 2. لا يبدي الطفل أي انفعال نتيجة حدوث أي شيء أمامه .
 3. يفتقر الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي .
 4. تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً .
- (عادل عبد الله ، 2004) .

ثالثاً : الأعراض العامة المصاحبة لاضطراب التوحّد :

1. شذوذ في نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام ، وفي معظم الحالات يوجد تشخيص مصاحب من الإعاقة الفكرية غالباً متوسط الدرجة (معامل ذكاء 35 – 49) *Moderate Mental Retardation* .
2. شذوذ في الأكل والشرب والنوم (مثل قصر الطعام على أنواع قليلة أو شرب السوائل بكثرة ، والاستيقاظ المبكر ليلاً بهز الرأس وأرجحتها) .
3. شذوذ الجدان مثل التقلب الوجداني (أي الضحك أو البكاء دون سبب واضح) والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية ، ونقص الخوف

من مخاطر حقيقية ، والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات غير مؤذية أو أحداث *Anxiety* والقلق العام والتوتر *Tension* .

4. سلوك إيذاء النفس *Self - injurious Behavior* مثل خبط الرأس في الحائط أو عض الأصابع أو اليد وقد يصاحب هذه الأعراض بالإضافة إلى ما سبق اضطرابات نفسية أخرى نوبات الاكتئاب العظمى في المرحلة أو الحياة البالغة ، وغياب ابتسامة التعرف التي تظهر عادة في سن أربعة أشهر ، فتشكو الأم من أن الطفل لا يعرفها ، ولا يقبل عليها عندما تلتقطه من فراشه أي لا يأتي بحركات توقعية *Anticipatory Moveement* . (محمود حمودة 1991) .

5. التبلد وعدم الاكتراث بالناس كما قد تجده من بعد ذلك يجلس وحيداً وقد بدأ على عينيه الانشغال ببعض الأمور ، ثم أن هناك أعراض سلوكية شاذة من بينها التأرجح والإصرار على أن تظل البيئة دون تغيير ، أو النمو غير المتماثل بحيث تنمو بعض المهارات إلى حد أكبر من الأخرى ، والطفل التوحدي يبدي الاشتغال أو الانشغال الشديد بالأشياء الميكانيكية ويستجيب بعنف إن قوطع أو أزعه أحد ، وكثيراً من الآباء يتوهمون الصمم في أمثال هؤلاء الأطفال بسبب قلة الاستجابة لديهم والهلاوس لا وجود لها. (ريتشارد سوين ، 1979) .

6. ممارسة أنماط سلوكية نمطية *Stereotyped* شاذة في الوضع والحركة مثل الآلية الحركية (رفرقة الذراعين والقفز وحركات الوجه التكميرية) والمشى على أطراف أصابع القدمين والأوضاع الغريبة لليد والجسم وضعف التحكم الحركي (Wolf, 1988, 576) .

7. الانسحاب الاجتماعي Social Withdrawal والانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، كما يوجد لديهم اضطراب في القدرات الإدراكية المعرفية كما أنهم يعانون من ضعف في الانتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية والتحكم في الحركات الدقيقة فضلاً عن وجود نشاط حركي مفرط. *Hyperkinesia* وعدم الاهتمام بالأحداث والمنبهات الخارجية. (Koegel,et.al,1982 في عبد المنان ملا معمر، 1997).

8. رغبة قلق متسلطة في الإبقاء على حالتهم كما هي *Statuesque* بالإضافة إلى صعوبات اللغة ، وتشمل البكم *Mutism* ، وعدم قبول مرادفات ، والنوع الترجيعي (المصاداه) *Echolalia* في تكرار الجمل الكاملة واستعمال الضمائر مقلوبة كإشارة الطفل لنفسه بضمير "أنت" ولمخاطبه بضمير "أنا" نمط شائع وله دلالة على نوع المرض ، وعلى ما يظهر فالتفوهات بألفاظ لا معنى لها أو بلهاء أو غير ملائمة أو صحيحة كثيرة الحدوث وتمثل في الحقيقة تحولات خاصة ومجازية داخل النفس. (كمال الدسوقي ، 1988)

9. لا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية (مثلاً قد يستعمل الطفل الدمى أو السيارات كمواد بناء بدلاً من استعمالها كأطفال أو كسيارات تسير على الطريق. (كريستين مايلز ، 1994).

10. - مظاهر القلق *Anxiety* والعدوان الذي يتميز بالعنف *Violence* والانفصال الشديد عن الواقع والتكرار الرتيب للأفعال أو الأقوال

(فتحي عبد الرحيم ، 1990) .

11. ظهور الطفل بمظهر الحزين دون أن يعي ذلك ، وبحيث يبدو كأنه غير قادر على إظهار أي من الانفعالات الأخرى بشكل مميز تبعاً لما يستدعيه الموقف .
12. اضطراب النمو العقلي للطفل في بعض المجالات مع ظهور تفوق ملحوظ أحياناً في مجالات أخرى ويبدو على بعض الأطفال أحياناً مهارات ميكانيكية عالية حيث يتواصلون تلقائياً إلى معرفة طرق الإنارة ، وتشغيل الأقفال ، كما قد يجيدون عمليات حل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة ومهارة فائقتين ، وقد يبدي بعض الأطفال تفوقاً ومهارة موسيقية في العزف واستخدام الأدوات الموسيقية (رمضان القذافي ، 1993) .

الاستجابة الدفاعية غير العادية للمس *Tactile Defensive* : عادة ما يكون لدى هؤلاء الأطفال رد فعل غير مناسب ، فعادة ما تكون الاستجابة لحاسة اللمس استجابة عنيفة أو قد ينسحب الطفل أو يحاول أن يتجنب أن يلمسه أحد فنجد هذا الطفل لا يتحمل اللمس في الأمور العادية مثل غسل الشعر أو تسريحه أو قص الأظافر أو ملامسة بعض الأشياء ، مثل ملمس بعض أنواع الطعام أو ملمس ملابس معينة ، وهؤلاء الأطفال يوصفون بأن لديهم حساسية مفرطة للمس وعلى العكس من ذلك فقد نجد أطفال لديهم حساسية ضعيفة لحاسة اللمس فنجد استجاباتهم ضعيفة لهذه المثيرات فنجدهم لا يشعرون بالألم للمسات القوية أو المؤلمة أو لا يستجيبون للألم عند تعرضهم لملامس ساخنة (Toni Hager, 1999)

الاستجابة الدفاعية (غير الطبيعية) للمثيرات السمعية *Auditory Defensive* ويمكن أن تحدث بصورة سلبية أو خوف من الأصوات والضوضاء فنجد أن بعض الأطفال يخافون من أصوات معينة مثل صوت السيفون في الحمام

أو صوت مكبرات الصوت العالية والضوضاء ، ويستجيبون استجابات غريبة بأن يقوموا بالتصفيق بأيديهم أو بأن يضعوا أيديهم على آذانهم .
(Holle,B., 1990 ، محمد صبرى ، 2004) .

ويشير (محمد شعلان ، 1979): إلى أن أعراض التوحد قد تأخذ صورة الهدوء المبالغ فيه في الشهور الأولى ، فتبدو على الطفل الطمأنينة حينما يترك وحده كما أنه لا يخاف الغرباء وإن كان لا يصادقهم ، وتزداد الأعراض وضوحاً بعد العام الأول فالمفروض أن يبدأ الطفل في تعلم الكلام في هذا السن ، إلا أن الطفل التوحدي ينغلق على نفسه ولا تظهر لديه حاجة إلى الاتصال بالآخرين فيصبح استخدامه للغة بالتالي غير ضروري ، وق لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعم الأشياء ، وق يجد صعوبة في التوفيق بين الحركة والصوت (الرقص مثلاً) .

يشير (Gabriels.& Hil, 2003: 16): إلى أن الشكل الأساسي للطفل التوحدي يشمل الفشل التام أو شبه التام في العلاقات الاجتماعية وتحديداً في التفاعل الاجتماعي . ويرجع ذلك إلى مشاكل في اللغة والكلام لدى الطفل التوحدي ، حيث أن لغته تكون مضطربة فهي إما متأخرة أو إنها غير موجودة بالمرّة أو أن بها عجز في ناحية ما ، وخلاصة القول أن هذا الطفل يعاني من مشاكل في اللغة ويتبعها مشاكل في التفاعل الاجتماعي وما نجده أيضاً بوضوح في الطفل التوحدي هو السلوك التكراري ، بمعنى أنه يكرر ما يفعله في كل مرة ويصر على روتين يومي معين وثابت ويواجه تغيير هذا الروتين بالثورة والغضب .

ويشير (عبد العزيز الشخص ، 2003): إلى أنه من أعراض التوحد أن يبدي بعض الأطفال التوحديين مستوى أداء متميز في مجال محدد وضيق جداً بينما يعاني ضعفاً شديداً في بقية المجالات وهي تلك الحالة التي يطلق عليها

العبقري والمعتوه *Idiot Savant* أو المعتوه الحكيم *Wise Idiot* مثال ذلك القدرة الغير عادية على إجراء العمليات الحسابية (الجمع والطرح) بينما قد يتميز آخرون في مجال الموسيقى أو الميكانيكا أو الرسم ، ورغم ذلك فأنها عديمة الفائدة لأنها لاتهدف إلى انجاز الأشياء ، أو تساعد على التفاعل مع الآخرين .

ويصف عثمان لبيب فراج (1995) الاضطراب اللغوي لدى الطفل التوحدي بالقصور اللغوي والعجز عن التواصل حيث يعتقد بعض الآباء أن الطفل يعاني من الصمم وبالتالي من البكم (*Mutism*) حيث لا يستجيب أحياناً للطفل لصوت رغم ارتفاعه ويستجيب في نفس الوقت للأصوات الخافتة مثل ورق الجريدة أو الورقة التي تغلف قطعة الشيكولاتة .

- وبهذا يصبح عدم تجاوبه راجع إلى عدم قدرته على فهم الرموز اللغوية ومعنى الأصوات .
- ولا يتقن اللغة التي يستعملها لوصف ذاته واحتياجاته .
- يصدر أصوات عديمة المعنى أو همهمة غير مفهومة ومتغيرة تجعل المحيطين به يفشلون في تلبية رغباته لتغير المقاطع والنغمات .
- ويردد نفس السؤال إذا سألته إما مباشرة أو بعد فترة .
- لا يستخدم الكلمة في مكانها الصحيح في الجملة بل ويفشل في تكوين جملة صحيحة .
- يعجز في الربط بين الشكل والمعنى والمضمون والأثر الوجداني للكلمة غير موجود لديه ، فلا يميز الأثر النفسي للتعبيرات اللفظية وغير اللفظية .
- تعميم معرفي لوصف الأشياء ويظل ثابت مثلاً كتاب يحكى قصة محددة يظل يطلق هذا الاسم على كل كتاب يراه – كما هو في مراحل النمو المعتادة

في الطفولة المبكرة حيث يسير النمو عادة من العام إلى الخاص من اللاتمايز إلى التمايز مما يدل على عدم النضج في العمليات المعرفية لديه وقدرته على إدراك وتمييز الأشياء بدقة .

- عدم فهم التعليمات اللفظية والشفوية والأوامر والمعنى من وراء اللفظ المستخدم وبالتالي لا يستجيب لما يطلب منه .
- صعوبات في اكتساب اللغة ونموها وفقر في المحصلة اللغوية رغم عدد السنوات العمرية للطفل .

ويتفق كل من محمد إبراهيم عبد الحميد (2003) ، عبد الفتاح عبد الحميد الشريف (2007) على أن أعراض التوحد تظهر فيما بين العام الثاني والثالث وتظهر هذه المشكلة كلما زادت سنوات العمر و زاد ابتعاد الطفل عن الآخرين وفقد إحساسه بالزمن وازدادت الحركات غير الهادفة وفقد قدرته في التعامل مع البيئة والتفاعل معها في نفس الوقت الذي يقف عجزه عن الاتصال اللغوي عن طريق الكلام بالبيئة التي يعيش فيها حائلاً بينه وبين نمو شخصيته وإدراكه لذاته .

ويرى (Michael: 1999) : أن أعراض التوحد يبدأ ظهورها لدى الطفل التوحدي خلال الثلاث سنوات الأولى من عمره وتتضمن عدم التخاطب الطبيعي وغياب الاتصال الاجتماعي ، وغياب السلوك الخاص باللعب المتكرر ، وتصبح لدى الفرد طقوس غريبة لا يقدر الاستغناء عنها ، ويظهر عليه التبلد في الاستجابة للغير وتبلد المشاعر تجاه الأم والخطر ، ويصبح السلوك مشتت ، وقد أوضحت الإحصائيات إن من 75 : 85% من التوحيديون يعانون من تخلف عقلي بدرجات متفاوتة .

ويشير (محمود على محمد ، 2004) : إلى عدة مؤشرات يمكن ملاحظتها على الطفل التوحدي داخل الأسرة ، منها :

- الحركات المتكررة مثل الجري ، وفتح وعلق الباب باستمرار في البيت .
- الاهتمام بالأشياء المتحركة حيث يلاحظ على الطفل التوحدي أنه دائم النظر إلى المروحة في السقف ومشاهدة الأفلام التليفزيونية .
- الطرق والخربشة على الباب .
- إيذاء الذات حيث العبث بالأواني وأدوات المطبخ .
- صك الأسنان عند تناول الطعام .
- الاضطراب من تغيير الروتين ويظهر ذلك في حالة وجود الضيوف أو تغيير مكان النوم .
- الصراخ وإصدار أصوات غريبة وذلك يكون في فترة الصباح قبل الذهاب إلى المدرسة .

❖ ومن أبرز أعراض التوحد:

- أن يجد الطفل صعوبة في تكوين العلاقات الاجتماعية ، وعدم قدرته على التواصل والمشاركة في اللعب الجماعي مع أقرانه من الأطفال ولا يشارك الآخرين في اهتماماته .
- عدم القدرة على التواصل مع الآخرين عن طريق الكلام أو التخاطب فالطفل التوحدي يعاني من انعدام النضج في طريقة الكلام ، ومحدودية فهم الأفكار واستعمال الكلمات دون ربط المعاني المعتادة بها ، وترديد العبارات والجمل إلى يسمعها .
- بطء المهارات التعليمية ، وأثبتت الدراسات أن 20% من الأفراد الذين يعانون من التوحد متأخرون في اكتساب القدرات العقلية ، واكتشف

أن لدى المصابين بالتوحد مهارات ومواهب معينة في مجالات الموسيقى والرياضيات ومهارات يدوية مثل تركيب أجزاء الصور المقطوعة ، بينما يظهر تخلف شديد في مجالات أخرى .

- يظهر على 2% من الأطفال الذين يعانون من التوحد حالات صرع ، ويعانى بعض الأطفال من الحركات الزائدة ، وعدم القدرة على التركيز والاستيعاب .
- التمسك بروتين حياتي معين والالتزام به كأن ينشغل الطفل بلعبة واحدة لفترة طويلة دون الملل منها ، كفتح الباب وغلقه .
- غالبا ما يعانى هؤلاء الأطفال من وجود حركات متكررة للجسم تكون غير طبيعية ، كهز الرأس المستمر ، أو رفرفة اليدين أو ضرب رأسه بالحائط .

❖ أعراض التوحد في الطفولة المبكرة :

تشير الدراسات عن التعرف الوالدى لعدم السواء النمائي في التوحد أن ما يقرب من 30: 53% قبل أن يصل طفلهما إلى عامه الأول ، وأن 80: 90% على الأقل أدركوا عدم السواء لدى طفلهم في الشهر الرابع والعشرين .
(DiGiacomo&Fombonne1998) .

ويضع (عثمان لبيب فراج ، 1994) ثمانية أعراض تشخيصية للطفل التوحدي هي :

- القصور الحسي .
- العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي .
- الاندماج الطويل في سلوك نمطي متكرر .
- نوبات إيذاء الذات .
- القصور اللغوي والعجز عن التواصل .
- التفكير الإجتراري المنكب على الذات .

• قصور في السلوك التوافقي .

• الأفعال القسرية والطقوس النمطية .

❖ أعراض التوحد لطفل بلغ سن المدرسة :

بالنسبة للطفل ذي اضطراب التوحد فإن سنوات المدرسة الابتدائية تجلب تحديات ترتبط بالتوقعات المتغيرة التي تصاحب النضج الفيزيقي والسلوك المتزايد أثناء الفترة من سن (6-12) سنة ، يواجه الطفل ذو اضطراب التوحد انتقالات إلى بيئات تعلم جديدة ، ويحتك بنظائر كبار وجدد ، ويبتعد عن بيئة وروتين الأسرة هذه التغيرات تؤثر في كثير من مجالات الوظيفة ، حيث يلزم الطفل بالتكيف مع البيئات الاجتماعية المعقدة التي تطلبه ، يتعلم مهارات أكثر صعوبة وبالتواصل عند مستوى أعلى ، وبتجهيز معلومات أكثر هذه الخبرات – الطبيعية والشائعة لدى أطفال المدرسة – تمثل تحدياً خاصاً للأطفال ذوي اضطراب التوحد ، الذين لديهم تأخرات نمائية في مجالات متعددة ، وأيضاً صعوبة في التكيف مع المتغيرات في بيئتهم .

ومع ذلك فإن معظم الأطفال ذوي اضطراب التوحد – في الوقت نفسه – يحققوا تقدماً أثناء سنوات المدرسة ، ويكتسبون مهارات جديدة ويتعلمون مواجهة الناس ، والأماكن والأحداث الجديدة . المسار النمائي الذي يتبعه الطفل أثناء هذه الفترة يصعب التنبؤ به فهو المنتج المعقد للعملية الديناميكية التي تربط النضج العصبي بالتأثيرات البيئية . والتعلم ، نشاط التعليم الذاتي للطفل نفسه (Cicchetti&Tvcker,1994) .

❖ التوحد لدى المراهقين والبالغين :

هناك اتفاق بين البحوث والتراث الإكلينيكي يتمثل في أن التوحد حالة

عجز مستمرة طوال الحياة تقريبا ، ومع ذلك فإن هناك كثير من الباحثين الذين أشاروا إلى أن عدداً قليلاً من الأفراد الذين شخصوا على أن لديهم توحد في مرحلة الطفولة لم يلاقوا معايير التوحد في السنوات اللاحقة.

(De Myer et al,1973.Lovaas,2000,Nordin&Gillberg,1998,Piven et al,1996,Rumsey et al,1985,Rutter,1970,Seltzer et al,2003,Szaymari et al 1989,Knorrning&Haeggloef,1993

على الرغم من أنه في بعض الحالات تبقى بعض خصائص فرط الحساسية الاجتماعية ، والسلوكية ، والتواصل .

وفيما يتعلق بالتحسن ، فقد أعلنت بعض الدراسات المتابعة تحسن عام مع العمر ، فقد أشار كانرورفاقه (Kanner et al 1972) إلى حدوث تغير ملحوظ في منتصف مرحلة المراهقة للمجموعات الفرعية من المرضى كما أعلن كوباياشي ورفاقه (Kobayashi et al 1992). عن تحسن ملحوظ لدى 43% من العينة التي بلغت 201 أسرة يابانية بين العاشرة والخامسة عشر من العمر في حين وجد بالابان جيل ورفاقه (Ballaban-Gil et al,1996) تحسناً في السلوك لدى 9% إلى 18% من العينة غير المتجانسة بناء على السلوك كما أعلن ايفزوهو (Evas&Ho,1996) عن تحسن معرفي أو سلوكي لدى 37% من عينته التي بلغ قوامها 76 طفلاً تم متابعتهم لمدة أربعة سنوات إلى أن وصلوا لمرحلة المراهقة البكرة .

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في الصورة الرابعة Dsm-Iv (1994) إلى أن أعراض التوحد تتمثل في ضرورة توافر ست أعراض أو أكثر وهذه الأعراض تظهر قبل سن الثالثة من العمر وتتمثل هذه الأعراض في :

أولاً : وجود عجز أو قصور في النمو قبل سن الثالثة وذلك في واحد على الأقل من الجوانب التالية :

(1) اللغة التعبيرية المستخدمة في الاتصال .

(2) تطور التفاعل الاجتماعي والتفاعل المشترك .

(3) اللعب الرمزي أو الوظيفي .

ثانياً : الاضطرابات النوعية في التواصل ، كما هي ظاهرة بوحدة على الأقل مما يلي :

(1) تأخر أو غياب كلى اللغة المنطوقة .

(2) استخدام نمطي وتكراري للغة ، أو اللغة الفطرية الأولى .

(3) بالنسبة لأطفال التوحد ذوى بعض القدرة اللغوية لديهم إعاقة على ابتداء

المحادثة مع الآخرين والمحافظة عليها .

ثالثاً : - الاضطرابات النوعية في التفاعل الاجتماعي ، كما هي ظاهرة على الأقل في اثنين مما يلي :

(1) اضطراب في استخدام السلوكيات غير اللفظية ، مثل النظر بالعين والتعبير

بالوجه والإيحاء بالجسم والإشارات والإيماءات لتنظيم التفاعل

الاجتماعي

(2) قلة البحث عن أشخاص آخرين لإيجاد الراحة واللعب معهم في أوقات

الضغط العصبي أو تقديم الراحة والحب للآخرين حينما يظهرون القلق

والحزن .

(3) العجز في الطلب التلقائي لمشاركة الاستمتاع والاهتمام والإنجازات

مع الآخرين مثل العجز في الإحضار والإشارة إلى موضوعات اهتمام

الآخرين .

(4) العجز في التفاعلات الاجتماعية والانفعالية .

رابعاً : - أنماط تكرارية ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة المحددة ، كما هي ظاهرة بوحدة على الأقل مما يلي :

- (1) حركات نمطية وتكرارية مثل التلويح بالأيدي وضرب الرأس .
- (2) الانشغال بالأنشطة أو ألعاب محددة والتقيد الإستحوازي بالأنشطة الروتينية والطقوسية .

- (3) الانشغال بأجزاء من الأشياء (مثل يد لعبة بدلا من اللعبة) واستعمال غير اعتيادي غير مألوف للأشياء .

ويرى عبد الرحمن سيد سليمان (2000) أن هناك أعراض رئيسية للتوحد هي :

- (1) المبالغة في رد الفعل للمثيرات السمعية والبصرية .
- (2) الاهتمام الخاص بخبرات إدراكية حقيقية .
- (3) وجود اضطرابات وأنماط غريبة وشاذة في الحديث واللغة .
- (4) سلوك حركي غير عادي ومقاومة للتغيير في البيئة .
- (5) تطرف في التعبير عن الانفعالات وأيضاً في الحالة المزاجية .
- (6) افتقار السلوك التخيلي ويظهر ذلك في اللعب .

(5) تشخيص الاضطراب التوحدى: *Diagnosis Autism Disorder*

تعتبر جهود (كاتر) هي البداية الأولى التي اعتمد عليها كثير من الباحثين في التعرف على اضطراب التوحد وتشخيصه ، فقد أشار في مقالته الأساسية عن التوحد على خصائص 11 طفل كانوا يعانون من مرض غير معروف ، وأن هذه النتائج اعتمدت الملاحظة الدقيقة والمنظمة ، وكان الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على الخصائص السلوكية للمفحوصين والتمييز بينها وبين الصفات التي يظهرها الأطفال المرضى بأمراض نفسية أخرى ، وتشمل الصفات التي أوردها (كاتر) فقدان القدرة على التعلق والانتماء إلى الذات والآخرين والمواقف منذ

الولادة ، تأخر اكتساب الكلام ، عدم استخدام الكلام في عملية التواصل ، إعادة الكلام بشكل نمطي ، عكس صفة الملكية ، سلوك لعب نمطي ، رغبة شديدة في المحافظة على الروتين ، ضعف القدرة على التخيل ، مظهر جسماني طبيعي ومعظم هذه الصفات وردت في دراسات لاحقة عن الأطفال التوحديين كما أضيفت إليها صفات وخصائص سلوكية أخرى ، ومعظم هذه الصفات إن لم يكن كلها قد وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل RSM – 111 – R الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي عام 1987 ، وتتضمن الخصائص التشخيصية للتوحد الطفولي الأعراض التالية :

- (1) بداية المرض أو الاضطراب قبل سن 30 شهراً .
- (2) عدم القدرة على الاستجابة للآخرين .
- (3) اضطراب شديد في النمو اللغوي .
- (4) أنماط كلام غريبة مثل ترديد الكلام المباشر ، أو ترديد العبارة المتأخرة أو قلب الضمائر .
- (5) استجابة غريبة في بعض المواقف مثل : مقاومة التغيير أو التعلق بالأشياء .
- (6) انسحاب اجتماعي وانطواء على الذات .
- (7) نشاط حركي مفرط .
- (8) عجز عن التخيل .
- (9) اضطرابات كيفية في التفاعل الاجتماعي .
- (10) اللعب الإنفرادي ، والتركيز في التعامل على جزء من البيئة .
- (11) حركات جسمية نمطية وقسرية .

ويشير (فهد المغلوث ، 2005) : إلى أن بعض المراجع قد أشارت إلى أن العيوب الارتقائية يجب أن تكون موجودة في الثلاث سنوات الأولى حتى يمكن استخدام التشخيص ، كما أشارت إلى أن الاضطراب يمكن أن تصاحبه كل مستويات الذكاء ، إلا أن ثلاث أرباع الحالات توجد لديها درجة دالة من التخلف العقلي ، إن الخطأ في تشخيص التوحد من الأمور الواردة نظراً لتعقيد هذا الاضطراب ، وقلة عدد الأشخاص المؤهلين لتشخيصه بشكل علمي ومهني صحيح ويحتاج تشخيص هذه الإعاقة إلى ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل ومهارات التواصل لديه ، ومقارنتها بالمستويات الطبيعية المعتادة من النمو والتطور ، ومن هنا تتشكل ضرورة وجود فريق متعدد التخصصات العلمية ليتم التشخيص بشكل دقيق وسليم ، ويضم هذا الفريق أخصائي في الأعصاب ، أخصائي نفسي ، أخصائي للغة وأمراض نطق ، أخصائي تربية خاصة ، أخصائي اجتماعي ، أخصائي علاج وظيفي وطبيب أطفال .

ويعد تشخيص الاضطراب التوحدي من أصعب الأمور ومن أكثرها تعقيداً وخاصة في المجتمعات العربية ، حيث يقل عدد الأشخاص المهيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد مما يؤدي إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل وبالتالي صعوبة التدخل في أوقات لاحقة ، حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل ومهارات التواصل لديه ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور .

وقد أجمعت كثير من المراجع على أن عملية تشخيص الاضطراب التوحدي عملية بالغة الصعوبة والتعقيد ويرجع ذلك إلى التشابه بين أعراض هذا الاضطراب وأعراض عدد من الاضطرابات الأخرى مثل (التخلف العقلي ، فصام الطفولة

اضطرابات التواصل ، الإعاقة السمعية ، والاضطرابات الانفعالية) كما أن تباين الأعراض من حالة إلى أخرى وعدم وجود أدوات أو اختبارات مقننة عالية الصدق والثبات يمكن الاعتماد عليها يزيد من احتمالات الخطأ في التشخيص .

لقد واجهت مشكلة تشخيص الأطفال التوحديين وحتى مشكلة الاتفاق على مصطلحات موحدة لوصفهم العديد من الأطباء النفسيين ، ونفس المشكلة قد واجهت كل من أخصائي الأعصاب وأخصائي أمراض اللغة حيث تم تشخيص الأطفال التوحديين في بادئ الأمر على أنهم يعانون من الحبسة الكلامية أو إنهم يعانون من اضطراب في اللغة ، فقد اتفق الكثير واختلف الكثيرون حول تشخيص هذا الاضطراب (Bernstein, & Tigerman, 1993, 433) .

تعد عملية تشخيص حالات التوحد من أصعب عمليات التشخيص وذلك لتباين الأعراض من حالة إلى أخرى . ولقد شخّصت العديد من الحالات على إنها حالات توحد وكانت في الحقيقة حالات تخلف عقلي أو اضطراب انفعالي أو فصام الطفولة . ويمكن أن نفرق بين التوحد والفصام عن طريق أن الفصام يظهر بين عمر 15، 30 سنة . بينما يوجد التوحد ويظهر قبل عمر 2: 3 سنة ، والفصام يصيب الإناث والذكور على السواء ولكن التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (4: 1) ، وتظهر في الفصام أعراض الهلوسة ولكن لا تظهر في التوحد ومريض الفصام لا يعاني من قصور لغوي وغياب القدرة على التعبير عن النفس ولكن تظهر لدى التوحدي .

ويشير أحمد عكاشة (2003: 753-754) أنه عند تشخيص التوحد لا توجد مرحلة سابقة أو كبيرة من الارتقاء الطبيعي ، ولكنها إن وجدت لا تتجاوز عمر الثلاث سنوات ، وهناك دائماً اختلافات كيفية في التفاعل الاجتماعي كما يتضح

في فقدان الاستجابات لمشاعر للآخرين ، وعدم تعديل السلوك مع استخدام ضعيف للرموز الاجتماعية ، وكذلك الاختلالات الكيفية في التواصل ، مثل عدم الاستخدام لأية نشاطات ، ويظهر الأطفال المصابون بالتوحد فقدانهم إلى التلقائية والمبادرة ووجود صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية .

ويشير عادل عبد الله (2002: ب: 47) إلى أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة Dsm -1v الصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) APA والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD – 10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (1992) WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص اضطراب التوحد وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هي :

(1) **البداية** : تكون بداية الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلاً في واحد على الأقل من عدد من الجوانب هي التفاعل الاجتماعي . واستخدام اللغة للتواصل الاجتماعي واللعب الرمزي أو الخيالي .

(2) **التفاعلات الاجتماعية** : يوجد لدى الطفل قصور كفي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين على الأقل من أربعة محكات هي التواصل غير اللفظي وإقامة علاقات مع الأقران ، والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات وتبادلية العلاقات الاجتماعية معهم .

(3) **اللغة والتواصل** : يوجد قصور كفي في التواصل في واحد على الأقل من أربعة محكات هي تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة ، وعدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين ، والاستخدام النمطي

أو المتكرر للغة إلى جانب قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي .

(4) **الأنشطة والاهتمامات :** توجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة

مقيدة نمطية وتكرارية في واحد على الأقل من أربعة محكات هي الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادي ، والرتابة والروتين ، وأساليب نمطية الأداء ، والانشغال بأجزاء من الأشياء .

وتشير كريمان بدير (2004: 167-168) : إلى أن تشخيص التوحد جاء بعد

الملاحظة الدقيقة وتقييم الأفراد وعلى الرغم من أن التوحد يعبر عن اضطراب في الجهاز العصبي ، إلا أنه لا يوجد اختبار طبي معين أو إجراء يستطيع أن يؤكد تشخيص التوحد بدلاً من نظرة المتخصصين لأعراض الأشخاص ومقارنتها لتكون محكا لتشخيص التوحد .

ومن أجل كفاءة تشخيص الاضطراب التوحدي هناك عدة نقاط مهمة منها :

- (1) صعوبات التشخيص .
- (2) محكات التشخيص .
- (3) أدوات التشخيص .
- (4) فريق العمل الكلينيكي ودور كلاً منهم في التشخيص .
- (5) التشخيص الفارق .

(1) **صعوبات تشخيص التوحد :**

ترجع الصعوبة في تشخيص الطفل التوحدي إلى التشابه في بعض الأعراض مع بعض الحالات الأخرى ويتفوق كل من محمد حسيب الدفراوى (1993) وعثمان لبيب فراج (1994) (1995) ، وهوبسون Hobson (1998) ، وعمر بن الخطاب (1991) في تحديد أوجه التشابه التي من أهمها :

- التشابه بين أعراض التوحد والإعاقات الأخرى مثل التخلف العقلي والفصام واضطرابات التواصل والصمم والصرع .
- انخفاض نسبة انتشار اضطراب الأوتيزم بين الأطفال .
- يوجد تباين واضح في أعراض الأوتيزم من طفل لآخر وأحياناً لدى نفس الطفل ويؤدى الخطأ في تشخيصه إلى صعوبة تأهيله ورعايته .
- عدم توافر أدوات التشخيص والقياس الصالحة لهذه البيئة ماعدا بعض محاولات لتصميم وبناء مقاييس تشخيصية لهذه البيئة .
- كما توجد صعوبة في تطبيق الاختبارات الحالية لقياس الذكاء والقدرات والعمليات العقلية على الطفل التوحدي . (آمال عبد السميع باظة : 2002 : 32) .
- ويرى (محمد حسيب الدفراوي ، 1993) أن من صعوبة التشخيص أيضا :
 - ندرة انتشار حالات الأوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق عنها .
 - حداثة البحوث التي تجرى على هذه الفئة مقارنة بغيرها من الإعاقات .
- ويشير كل من عمر بن الحُطاب (1991) ، عثمان فراج (2002) :
إلى صعوبات تشخيص التوحد على النحو التالي :
 - عدم التحديد الدقيق للعوامل المسببة لاضطراب التوحد .
 - ندرة انتشار حالات التوحد التي يكشف الفحص الدقيق عنها .
 - حداثة البحوث التي تجرى على هذه الفئة مقارنة بغيرها من الإعاقات .
 - حدوث تغيير في شدة بعض الأعراض ، واختفاء البعض الآخر مع تقدم الطفل في العمر .
 - بعض الأعراض التي حددها الدليل الدولي للتشخيص لا تخضع للقياس الموضوعي .

- مشاركة العديد من الإعاقات الأخرى للتوحد في بعض الأعراض مثل: التأخر في الكلام ، وإعاقات التخاطب ، والإعاقة الفكرية ، وغيرها من الإعاقات .
- التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي ، والمعرفي والاجتماعي والانفعالي ، ولذلك تعوق عمليات التواصل والتخاطب .
- تتعدد وتتنوع أعراض التوحد وتختلف من فرد إلى لآخر ، ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً في نفس الأعراض .
- تتعدد أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ ، والجهاز العصبي ، فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي ، أو تلوث إشعاعي ، أو صناعي أو الإصابة بالفيروسات (أحمد عباس عبد الله، 2000) .
- من صعوبات التشخيص أيضاً :
- أن التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب .
- أن أعراض التوحد تتعدد وتتنوع وتختلف من فرد لآخر ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً في نفس الأعراض .
- أن أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي أيضاً تتعدد وتتنوع فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي أو التلوث الإشعاعي أو الصناعي أو الإصابة بالفيروسات. (عثمان فراج 2002) .

- ويشير (عثمان فراج ، 1996) : إلى عدة عوامل ترتبط بصعوبة التشخيص :
- إن أكثر العوامل المسببة للذاتوية تلف أو إصابات في بعض أجزاء المخ أو الجهاز العصبي .
 - حدوث تغيير في شدة أو بعض الأعراض واختفاء البعض الآخر مع تقدم الطفل في العمر .
 - عدم الوصول إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة لاضطراب التوحد .
 - أن بعض الأعراض التي حددها الدليل الدولي للتشخيص لا تخضع للقياس الموضوعي .
 - مشاركة العديد من الإعاقات الأخرى للذاتوية في بعض الأعراض مثل التأخر في الكلام ، إعاقات التخاطب والتخلف العقلي وغيرها من الإعاقات .
- ويشير (عبر الرحمن محمد العيسوي ، 2005) : إلى أنه من ما يزيد الحالة تعقيداً في صعوبة التشخيص ، أن هؤلاء الأطفال قد يعانون من نواحي مزدوجة من الإعاقة أو اضطراب كالصرع أو الصمم ، وغير ذلك من وجود الإعاقة الفيزيائية فهناك أعراض ترتبط مع الذاتوية . وهناك بعض العلماء الذين لا يهتمون بالصعوبات الموجودة في عملية وضع تعريف دقيق لاضطراب الذاتوية وما قد يرتبط به من أعراض ولكنهم يهتمون بوضع البرامج الضرورية لتعليم هؤلاء الأطفال على اعتبار أنهم من بطيئي التعلم أو برامج للتعليم الخاص *Spical Education* .
- وتشير (آمال عبد السميع باظة : 2003) : إلى أنه يمكن التمييز بين الأطفال ذوى اضطرابات التواصل التوحدي من حيث يبدأ الأطفال في البيئة الأولى بتواصل الإيماءات وتعبيرات الوجه والإشارة بديلاً عن العجز في اللغة بينما لا يبدأ الأطفال التوحديين منها أو استعمالهم لهذه الأدوات للتواصل ، ويمكن

تمييز الأطفال التوحديين عن المعاقين عقلياً فيما يلي :

• يتعلق الأطفال المعاقين عقلياً بالآخرين ولديهم وعى اجتماعي وهذا غير موجود لدى الأطفال التوحديين ، وتوجد لغة تواصل بين الأطفال المعاقين عقلياً وربما لا توجد إطلاقاً لدى الأطفال التوحديين أو توجد مع عيوبها مثل تكرار مقاطع عديمة المعنى أو التكرار لبعض الكلمات الغير مترابطة أو عدم وجود اللغة المنطوقة وغير المفهومة ، والعيوب الجسدية لدى الأطفال التوحديين أقل منها لدى الأطفال المتخلفين عقلياً . ويوجد لدى الأطفال التوحديين سلوكيات نمطية متكررة ومعروفة لدى الطفل والمحيطين به ، أما بالنسبة للمعاقين عقلياً فهي غير اجتماعية .

ويشير عثمان لبيب فراج (1995): إلى صعوبة التشخيص الحقيقي لهذه الفئة لتشابهها مع كل من ذوى التخلف العقلي وصعوبات التعلم والفصام الطفولي والاكنتاب ولذا يجب الاهتمام بالأعراض الفارقة وتراعى كالتالي :

- ليس من الضروري أن تظهر جميع الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعاني من إعاقة التوحد فقد يظهر بعضها في حالة وتتناهى في حالة أخرى .
- يتباين ظهور الأعراض من حيث الشدة والاستمرارية أو السن الذي يظهر عنده العرض .

ومن أهم الصعوبات التي يواجهها المتعاملين مع هذه الفئة هي التشخيص . فتشخيص اضطراب التوحد عملية معقدة ومركبة وذلك لصعوبة تمييز الأطفال ذوى اضطراب التوحد عن غيرهم من أطفال ذوى اضطرابات أخرى مثل الأطفال ذوى الإعاقة العقلية والأطفال ذوى اضطرابات اللغة والأطفال ذوى الإعاقة السمعية ، ويرجع ذلك إلى تداخل الأعراض (سها أحمد أمين، 2001) .

التوحد إعاقة نمائية متداخلة ومعقدة تظهر عادة خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ، ويقدر عدد الأطفال الذين يصابون بالتوحد والاضطرابات السلوكية المرتبطة به حوالي 20 طفل من كل (10,000) تقريباً، وذلك نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر في عمل المخ ويعترض النمو الطبيعي للمخ وذلك في مجالات التفكير والتفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل مع الآخرين ، ويكون لدى المصابين عادة قصور التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وأنشطة اللعب أو أوقات الفراغ ، ويؤثر الاضطراب في قدراتهم على التواصل مع الآخرين على التفاعل مع محيطهم الاجتماعي وبالتالي يجعل من الصعب عليهم التحول كأعضاء مستقلين في المجتمع .

وكثيراً من الأطفال ذوو التوحد ما تم تشخيصهم على أنهم ذوو إعاقة سمعية أو إعاقات أخرى ، مما أضع عليهم سنوات من التدريب الصحيح . وقد يرجع ذلك إلى مشكلات الإدراك الحسي الذي قد يعاني منه الكثيرون من الأطفال ذوو التوحد (محمود على محمد ، 2004) .

ويشير (إبراهيم محمود بدن، 2004، 47) : إلى أنه بسبب تشابك وتعقد الصور الإكلينيكية للتوحد نتيجة لارتباطه باضطرابات نمائية أخرى فإنه يلزم تشخيص اضطراب التوحد عن الاضطرابات المرتبطة والأمراض المصاحبة .

وتشير (National Research Council,2001: 23) : إلى اتفاق الباحثون على أن إعاقة التوحد لها عوامل متعددة تجعل من تشخيصها عملية معقدة ، فعادة ما يكون تشخيص التوحد وسلسلة الاضطرابات المرتبطة به في الأطفال الصغار ذا طبيعة متحدية ، حيث ترتبط التعقيدات في التقييم والتشخيص بمدى التعبير عن الأعراض في هذه الحالات على مدى أبعاد مختلفة مثل القدرات اللغوية والإعاقة الذهنية المرتبطة بها .

ويشير عبد الرحمن سليمان (2001، 36)، عثمان فراج (2002، 68 – 69) إلى أن صعوبة تشخيص إعاقة التوحد لا يزال من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين ، والعاملين في مجال مشكلات الطفولة ، وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ، وأخصائيي التخاطب والتحليلات الطبية وغيرهم .

وترى هدى أمين (1999: 16) : أن ما يزيد من صعوبة تشخيص اضطراب التوحد هو عدم وجود اختبارات أو أدوات مقننة للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات وخاصة في البيئة المصرية . وتضيف أيضا قلة خبرة الوالدين بمظاهر النمو السوي لطفلهم الأول .

ويشير (رشاد موسى ، 2002، 402) : إلى أنه من صعوبات تشخيص اضطراب التوحد هو عدم الوصول إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة لهذا الاضطراب .

وترى (نادية إبراهيم ، 1997، 38) أن من صعوبات تشخيص اضطراب التوحد هو تشابه أعراض التوحد واشتراكها مع أعراض إعاقات وأمراض أخرى مثل الفصام الطفولي ، والتخلف العقلي ، ومشكلات نمو اللغة ، وضعف السمع واضطراب اللوازم والحركات الآلية .

وتشير كريمان بدير (2004: 167 168) إلى أنه مما يزيد من صعوبة التشخيص لاضطراب التوحد أن كثير من سلوك التوحدى يوجد كذلك في اضطرابات أخرى ولذلك يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة ، يمكن أن يضم هذا الفريق :

• طبيب أعصاب

- طبيب نفسي .
- طبيب أطفال متخصص في النمو .
- أخصائي نفسي .
- أخصائي علاج للغة وأمراض نطق .
- أخصائي علاج مهني .
- أخصائي تعليمي . كما يمكن أن يشمل الفريق المتخصصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد.

(2) محكات التشخيص .

نظراً لوجود صعوبات في تشخيص الاضطراب التوحدي فسوف نتناول عملية التشخيص في ضوء التطور التاريخي لمحكات التشخيص حسب ظهور الدليل الإحصائي الرابع لتشخيص الأمراض العقلية عام 1994 (DSM I V) .

❖ **معايير ليو كانر 1949 :**

لقد حدد (ليو كانر) بعض المعايير لتشخيص حالات التوحد عام 1949 للحكم على الحالة وهذه المعايير هي :

1. سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين .
2. المسك الشديد لحد (الهوس) بمقاومة أي تغيير يحدث في البيئة المحيطة به .
3. شدة الارتباط بالأشياء والتعاطف معها أكثر من الارتباط بالأشخاص بما في ذلك أبويه وأخويه .
4. مهارات غير عادية مثل تذكر خبرة قديمة أو حادث أو صوت أو جملة أو يقوم بعملية حسابية صعبة أو يبدي مهارة في الرسم أو الغناء بشكل طفرات هجائية .

5. يبدو عليهم البكم وإذا تكلموا فالكلام في شكل مهمة وغير ذي معنى ولا يحقق جدوى في الاتصال بالآخرين. (عثمان فراج ، 1996).

❖ قائمة كريك 1961 :

قام كريك بوضع قائمة مكونة من تسع نقاط تستخدم في تشخيص الأوتيزم هي :

1. القصور الشديد في العلاقات الاجتماعية .
2. فقدان الإحساس بالهوية الشخصية .
3. الانشغال المرضى بموضوعات معينة .
4. مقاومة التغيير في البيئة .
5. الخبرات إدراكية غير سوية .
6. الشعور بنوبات قلق حاد مفرط يبدو غير منطقي .
7. التأخر في الكلام واللغة .
8. الحركات الشاذة غير العادية (*Unusual – Movements*) .
9. انخفاض في مستوى التوظيف العقلي (*Mental Functioning*) (عبد الرحمن سليمان ، 1999) .

❖ قائمة كلانسي 1969

قام كلانسي بوضع قائمة مكونة من 14 ظاهرة واستنتج أن الطفل التوحدي تتنابه 7 ظواهر على الأقل من الظواهر الأربعة عشر وهم :

1. صعوبة فائقة في الاختلاط مع الأطفال خلال اللعب .
2. التصرف كالأصم .
3. مقاومة شديدة للتعلم .
4. فقدان الشعور بالخوف من الأخطار المحدقة .
5. مقاومة إعادة ترتيب الأشياء أو تغيير روتينها .

6. يفضل طلب احتياجاته بالإشارة .
7. الضحك والقهقهة بدون سبب .
8. فقدان المرح المعتاد لدى الأطفال الأسوياء .
9. يتميز بالاندفاع الدائم وزيادة الحركة (فرط النشاط) .
10. لا يستجيب بالنظر إذا ما تم التحديق إليه .
11. يتعلق بأشياء غير اعتيادية معينة .
12. يبرم الأشياء .
13. تكرار القيام بأعمال معينة دون تعب لفترة طويلة .
14. لا يعير الانتباه لأحد . (موسى شرف الدين ، بدون تاريخ ، 116 - 117) .

❖ الدليل الدولي التاسع 1978 :

ورد التوحد الطفولي *Infantile Autism* لأول مرة في الدليل الدولي الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام 1978 وذلك في الدليل الدولي التاسع والذي شخص التوحد على أنه لزمة تبدأ بدرجات متفاوتة في الثلاثين شهر الأولى من عمر الطفل وتظهر على النحو التالي :

1. استجابات الطفل التوحدي للإثارات السمعية والبصرية غير الطبيعية .
2. صعوبة في فهم اللغة المنطوقة والتأخر في الكلام .
3. التركيب النحوي غير الصحيح وتكرار الكلام .
4. عدم القدرة على استخدام الألفاظ في مكانها .
5. صعوبة في ممارسة التواصل اللفظي وغير اللفظي .
6. مشكلات التفاعل الاجتماعي تكون حادة قبل سن 5 سنوات وتشمل إعاقة التواصل بالعين والارتباطات الاجتماعية واللعب الجماعي .
7. الارتباط الغريب بالموضوعات مع الأسلوبية النمطية في اللعب .

8. صعوبة القدرة على تجريد الأفكار واللعب التخيلي .
9. يتراوح الذكاء مع النقص الشديد إلى حدود السواء أو أكثر من المتوسط .
10. يكون أدائه عادة أفضل من المهام التي تتضمن الذاكرة (W,H,O,) (1978,pp 33-34).

❖ الدليل الدولي العاشر 1992:

- صدر عن منظمة الصحة العالمية عام 1992 الدليل الدولي العاشر (ICD 10) الذي أعطى قدر كبير من الاهتمامات للذاتوية وصنفها تحت اسم الذاتوية الطفلية *Children Autism* ويجدد المؤشرات التشخيصية على النحو التالي :
1. عادة لا توجد مرحلة سابقة من الارتقاء الطبيعي وان وجدت لا تتجاوز عمر ثلاث سنوات .
 2. الطفل التوحدي لديه إختلالات كيفية في التعامل الاجتماعي المتبادل تأخذ شكل غير مناسب للتلميحات الاجتماعية والعاطفية .
 3. خلل في العايب تصديق الخيال والتقليد الاجتماعي وضعف المرونة في التعبير اللغوي .
 4. فقدان القدرة على الابتكار والخيال في عمليات التفكير .
 5. فقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية .
 6. صعوبة استخدام الإشارات المصاحبة التي تساعد في تأكيد أو توضيح التواصل الكلامي .
 7. النمطية المتكررة في السلوك والاهتمامات والنشاطات .
 8. التصلب والروتين على نطاق واسع من أوجه الأداء اليومي .
 9. الإصرار على أداء بعض الأعمال الروتينية من خلال طقوس خاصة لا تؤدي وظيفة معينة .

10. الاهتمام بعناصر وظيفية في الأشياء (مثل تحريك التحف والأثاث) من مكانها في بيئة العيلة .
11. كثيراً ما يظهرون نطاقاً من المشكلات غير المعينة مثل الفزع والخوف واضطرابات النوم والأكل ونوبات المزاج العصبي والعدوان وإيذاء النفس مثل (عض الرسخ) خاصة إذا كان هناك تخلف عقلي شديد .
12. صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية واتخاذ القرار في العمل (حتى إذا كانت المهام تقع في إطار إمكانياتهم) ، وإلى جانب ذلك يشير (أحمد فهمي عكاشة ، 1998) في ملاحظة أن المظاهر المحددة للعيوب التي تميز التوحدين تتبدل عندما ينمو الطفل ولكن العيوب نفسها تستمر حتى الرشد على شكل نمط شبيه في المشكلات الخاصة بالتكيف الاجتماعي والتواصل وأنماط الاهتمامات (أحمد فهمي عكاشة ، 1998) .

❖ الدليل الإحصائي الثالث 1980 :

أشار الدليل الإحصائي الثالث لتشخيص الأمراض العقلية التي تصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي إلى الذاتية مع شرح الأعراض التي يلزم توافرها وذلك على النحو التالي :

1. ظهور الأعراض قبل حلول الشهر الثلاثين من عمر الطفل .
2. قصور لغوي تام في الحالات التي تكتسب بعضاً من الكلمات وبالتالي غياب القدرة على التواصل .
3. غياب الاستجابة للمثيرات الاجتماعية وتجنب المبادأة أو التفاعل مع الآخرين .
4. اندماج الطفل التوحدي في ممارسة حركات نمطية روتينية وتكرارها باستمرار لمدة طويلة من آن لآخر .

5. غياب الأعراض المميزة للفصام الطفولي مع هلوسة وسماع أصوات
وتخيلات غير واقعية *Delusions And Hallucinations* .
(محمود حمودة، 1998، عثمان فراج، 1996) .

❖ الدليل الإحصائي الثالث المعدل 1987 :

ظهر الإصدار الثالث المعدل (DSM III) عام 1987 وفيه يتم تشخيص
الأوتيزم إذا توفرت 8 من المواصفات الـ 16 التالية على أن تشمل على الأقل
2 من المجموعة (أ) وواحدة من المجموعة (ب) وواحدة من المجموعة (ج) .

(المجموعة أ)

وجود إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي كما يظهر في واحدة مما يلي :

1. نقص ملحوظ في الوعي بوجود أو مشاعر الآخرين (يعامل الناس كأشياء
ويلاحظ همومهم)

2. لا يبحث عن الراحة وقت التعب أو يطلبها بطريقة شاذة (مثل عدم سعيه
للراحة عندما يكون مريضاً أو مصاباً أو مجهداً يطلب الراحة بشكل آلي .

3. لا يحاكي الآخرين أو يحاكيهم بصورة مضطربة مثل : لا يلوح مودعاً by ,
التقليد الآلي للآخرين دون هدف أو دون علاقة بالموقف .

4. لا يشارك في اللعب الجماعي ويفضل اللعب الفردي .

5. خلل بارز في القدرة على عمل صداقات مع الرفاق .

(المجموعة ب)

خلل في كيفية التواصل اللفظي وفي النشاط التخيلي كما يظهر فيما يلي :

1- لا توجد وسيلة تواصل لفظي أو التعبير الوجهي أو الإيماءات أو التواصل الحركي .

2- التواصل اللفظي غير الطبيعي الملحوظ مثل استخدام الحملقة بالعينين
والتعبير الوجهي والوضع الجسدي .

- 3- غياب النشاط التخيلي مثل أدوار الكبار والشخصيات الخيالية أو الحيوانات
- 4- شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع مثل الكلام على وتيرة واحدة أو بطريقة تشبه السؤال أو بصوت مرتفع .
- 5- شذوذ ملحوظ في شكل ومحتوى الكلام وتشمل الكلام بصورة آلية متكررة مثل التريديد المباشر للكلام أو التكرار الآلي لإعلانات التليفزيون وسوء استخدام الضمائر مثل قوله أنت بدلاً من أن يقول أنا .
- 6- خلل ملحوظ في قدرة الطفل التوحدي على بدء محادثة مع الآخرين واستمرارها رغم وجود ظروف مناسبة للحديث .

(المجموعة ج)

- القص الملحوظ في ذخيرة الأنشطة والاهتمامات كما يلاحظ بواسطة مايلي :
1. الحركات الآلية للجسم مثل (النقر باليد أو لف اليد في حركة دائرية أو الدوران حول النفس أو هز الرأس للأمام والخلف .
 2. الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء مثل (شم الأشياء) أو الارتباط بموضوع غير معتاد مثل الإصرار على حمل قطعة من الخيط طوال الوقت .
 3. الشعور بالكرب الشديد عند حدوث تغيير في البيئة حتى لو كان تغييراً طفيفاً مثل تحريك فاضلة من مكانها المعتاد إلى مكان آخر .
 4. الإصرار غير المناسب على إتباع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار على أن يسلك نفس الطريق عند شراء شيء معين .
 5. ضيق ملحوظ في الاهتمامات والانشغال بشيء واحد فقط .
- (محمود حمودة ، 1991) .

❖ الدليل الإحصائي الرابع 1994 : (D.S.M IV, 1994)

- لقد ظهرت آخر الدلالات الشخصية لاضطراب التوحد باسم Autistic Disorder وذلك في 1994 DSM4 والذي أشار إلى وجود الدلالات التشخيصية التالية للاضطراب التوحدي :
- 1- مجموعة مواصفات من 6 أو أكثر من البنود (1) . (2) . (3) مع واحد على الأقل من كلاً من (1) . (2) . (3) .
- 1- خلل وظيفي في التفاعل الاجتماعي كما يبدو في اثنان على الأقل مما يلي :
- (أ) خلل واضح في استخدام العديد من السلوكيات غير اللفظية مثل نظرات العين وتعبير الوجه ووضع الجسم وملامح الوجه في تنظيم التفاعل الاجتماعي .
- (ب) الفشل في تنمية علاقات بالرفاق مناسبة لمستوى النمو .
- (ج) نقص البحث الذاتي للمشاركة في الأنشطة والإنجازات مع الآخرين .
- (د) نقص التبادل الاجتماعي أو العاطفي .
- 2- خلل كيني في التواصل كما يظهر في واحدة على الأقل مما يلي :
- (أ) التأخر في نمو اللغة غير مصحوب بمحاولات بديلة للتواصل مثل تعبيرات الوجه أو الإيماءات .
- (ب) خلل في استمرار الحديث مع الآخرين في حالة وجود بعض الكلمات .
- (ج) نقص اللعب التلقائي في تمثيل الأدوار الاجتماعية المناسبة لسن الطفل .
- 3- أنماط سلوكية محدودة ومتكررة وضيق الاهتمامات والأنشطة كما يبدو في واحدة على الأقل مما يلي :
- (أ) الانشغال الدائم بواحد أو أكثر من الأنماط السلوكية المحددة لاهتمامات غير سوية أما في شدتها أو توجيهها .
- (ب) التمسك غير المرن بطقوس معينة غير وظيفية .

(ج) سلوك حركي متكرر مثل (رفرفة الذراعين أو حركة مركبة بكل الجسم)

(د) الانشغال الثابت بأجزاء من الموضوعات .

ب- التأخر أو الشذوذ الوظيفي على الأقل في واحد من المجالات الآتية :

1. التفاعل الاجتماعي .

2. اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي .

3. اللعب الرمزي أو المحاكاة.

ج- هذا الاضطراب لا يتفق مع مواصفات اضطراب (Retts) أو اضطراب تفكك الطفولة . (مرجع سابق ، 1988) .

ويشير (لويس كامل مليكة ، 1998) : إلى المحكات التشخيصية لظهور الاضطراب التوحدي في الطفولة على النحو التالي :

1. خلل كبير ومستمر في العلاقات الاجتماعية مثل غياب الاستجابة الوجدانية المناسبة .

2. ظهور على الأقل ثلاثة مما يلي :

أ- قلق زائد مفاجئ يعبر عنه من خلال أعراض مثل القلق الهائم والاستجابات للأحداث اليومية كما لو كانت كوارث ضخمة ، هجمات لمحاولات التهدئة أو التخفيف من القلق .

ب- وجدان مقيد أو غير مناسب بما في ذلك نقص استجابات الخوف المناسبة واستجابات هياج لا تجد لها شرحاً وتقلب مزاجي متطرف .

ت- مقاومة التغيير في البيئة (مثل الشعور بالضيق والانزعاج إذا تغير موعد

العشاء أو إصرار على فعل الأشياء بنفس الأسلوب كل مرة) مثلاً وضع

الملابس دائماً بنفس الترتيب)

ث- شذوذ في الأفعال الركيية مثل الاحتفاظ بالقمامة في وضع غريب ، تحريك غريب للأصابع والأيدي أو المشي على أطراف الأصابع .

ج- شذوذ في الكلام مثل رتابة الصوت .

ح- حساسية زائدة أو ناقصة للمنبهات الحسية مثل الاستجابات الزائدة

للصوت *Hyperacusis*

خ- تشويه الذات *Self – Mutilation* مثلاً أن يعض جسمه ويخبط رأسه .

د- زهور الزملة الكاملة بعد 30 شهر من الولادة وقبل 12 سنة من العمر .

ذ- غياب الهزئات والهلاوس وعدم التماسك أو التفكك الملحوظ في التدايعات والارتباطات .

ويذكر (علاء الدين كفاي ، 2001) : أن محكات التشخيص الأساسية

في الإجتراية تتمثل في السلوك الحركي المنمط والمتكرر وعمل الأشياء بطريقة واحدة والإصرار على ذلك وكأنها أقرب إلى الطقوس التي لا ينبغي أن تمس مثل الذهاب إلى المدرسة عن طريق واحد لا يتغير وحركات اليدين النمطية التي تتضمن التصفيق أو تحريك الأصابع أو تحريك الجسم كله مع الهز والميل والتأرجح بشكل مستمر والشذوذ في وضع الجسم أو المشي على أطراف القدمين .

(3) أدوات التشخيص : Diagnostic tools

تحتاج عملية تشخيص الاضطراب التوحدي إلى متخصص متدرب واعى ذو خبرة عملية عالية في ملاحظة وتسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة ، وبالتالي فقد تعددت وتنوعت أدوات التشخيص ووجهات النظر من قبل المتخصصين والباحثين في ذلك .

من أجل الوصول إلى تشخيص سليم ودقيق لاضطراب التوحد فإنه لا بد أن يخضع الطفل لمتابعة مختصين ماهرين في تحديد مستويات التواصل والسلوك والنمو، وحيث أن الكثير من السلوكيات المرتبطة بالتوحد هي أيضا أعراض لاضطرابات أخرى فإنه يمكن للطبيب إخضاع الحالة لاختبارات طبية مختلفة لاستبعاد مسببات محتملة أخرى، ولذلك فإن تشخيص حالات التوحد يعتبر صعبا ومعقداً لاسيما بالنسبة للأخصائي قليل الخبرة والتدريب، ومن أجل التوصل إلى تشخيص أكثر دقة ينبغي أن يتم تقييم الطفل من قبل فريق متعدد التخصصات، يضم مختصا في الأعصاب وأحيانا نفسيا، وطبيب أطفال وأخصائي في علاج النطق، وأخصائي تربية خاصة، وغيرهم من المختصين ذوي العلاقة بإعاقة التوحد. مع أهمية التأكيد على أن المراقبة السريعة خلال لقاء أو موقف واحد لن توفر صورة حقيقية لقدرات الطفل وأنماط سلوكه، فمن النظرة الأولى يبدو الطفل المصاب بالتوحد وكأنه يعاني من تخلف عقلي أو صعوبة في التعليم أو إعاقة سمعية، إلا أنه من الأهمية بمكان التمييز بين التوحد وحالات الإعاقات الأخرى، ذلك أن التشخيص الدقيق يمثل القاعدة الأساسية للبرنامج التعليمي والعلاجي الأكثر ملائمة للحالة. ومع كثرة الأعراض التي يمكن أن يظهر عليها التوحد تجعل الصورة الإكلينيكية على مستوى الحالات الفردية متباينة وكأننا أمام أنواع من التوحد مما يتيح المجال لأخطاء في التشخيص، ومما يزيد أخطاء التشخيص تعدد الفئات المرضية الداخلة ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة، ويرى وينج أن مصطلح التوحد هو التعبير الأنسب بديلا عن الاضطرابات النمائية الشاملة والتي تعتبر فئاتها المتعددة درجات على هذا المتصل، وبالتالي فهي ترى أن متلازمة سبيرجير هي الدرجة البسيطة من التوحد، وأعاد بعض

الباحثين تشخيص الحالات التي عرضها سبيرجير ووجدوا أن أربعة منها ينطبق عليها تشخيص التوحد وفقا لمحكات الطبعة الرابعة من الدليل الأمريكي ، كما أُدرج التوحد غير النمطي ضمن فئة الاضطراب الشامل للنمو غير المحدد كما أُضيف مصطلح الاضطراب الدلالي / العملي كفئة تشخيصية مستقلة ، ومحكات التشخيص لهذه الفئة تتشابه من خصائص متلازمة سبيرجير والدرجات البسيطة من التوحد، ولذلك اقترحت "بيثوب" أن التوحد ومتلازمة سبيرجير والدلالي / العملي يقعون على محورين ويمكن اعتبارهم مجالات مختلفة ولكن متداخلة ومما يزيد من صعوبة التشخيص أن هناك بعض الباحثين يرون أن متلازمة سبيرجير هي الشكل الحاد لاضطراب الشخصية شبه الفصامية (محمد عبد الرازق هويدى ، 2000: 85 – 118)

ومن الأدوات والطرق المستخدمة في تشخيص اضطراب التوحد ما يلي :

- (1) المقابلة الشخصية المتضمنة لأسئلة تتناول الخصائص الشخصية للفرد ومقابلة أخرى للتمييز بين التوحد والتخلف العقلي وإعاقات اللغة .
- (2) بعض المقاييس السلوكية والمقاييس التي تستخدم للعب قد أثبتت كفاءة كبيرة في التفريق بين الأوتيزم وفئات التخلف العقلي ومن هذه المقاييس:
 - أ- مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي .
 - ب- مقياس الشخصية للأطفال .
- (3) مقياس لتقدير التأثيرات العلاجية على مرضى التوحد من خلال قياسي النشاط الحركي والاجتماعي والوجداني واللغة والاستجابات الحسية .
- (4) جدارة الملاحظة التشخيصية للأطفال المصابين بالتوحد .
- (5) استمارة فرز حالات التوحد في مجال التخطيط التعليمي وتتضمن المجالات الآتية :

- تسجيل وتحليل عناصر الصوت والكلام واللغة التي تصدر عن الطفل .
- تقييم قدرات التفاعل الاجتماعي بين الطفل والكبار .
- تقييم الاحتياجات التعليمية في المجال اللغوي .
- تقييم القدرة على الاتصال .
- تقدير القابلية للتعليم وسرعة اكتساب الخبرات .
- (عثمان فراج، 1996، إلهامي عبد العزيز إمام 1999) .

ومن أهم الأدوات التشخيصية المتاحة مقياس تقدير التوحد في مرحلة الطفولة (*Childhood autism ratingscale (Cars)*) الذي وضعه سكيلر والذي يعتبر من الأدوات سهلة الاستعمال ويقيس هذا المقياس المفحوصين وفقاً خمسة عشر مقياساً هما كالتالي :

- العلاقة مع الآخرين .
- التقليد .
- استعمال الجسم .
- استعمال الأشياء .
- التكيف مع التغيرات .
- الاستجابة البصرية .
- الاستجابة السمعية .
- استجابات الطعم والشم ، والتذوق واستعمالها .
- الخوف والعصبية .
- الاستجابة الانفعالية .
- التواصل اللفظي .

- التواصل غير اللفظي .
- مستوى النشاط والفاعلية.
- ثبات الاستجابة العقلية أو المعرفية .
- الانطباعات العامة.

ولكل بند من البنود أربع درجات من (1- 9) بحيث يعطى المقياس درجة تتراوح بين 15- 60 ويعطى المقياس الدرجات المختصرة التالية: إذا كانت درجة المفحوصين أقل من 30 يعتبر غير مصاب بالتوحد .

- إذا كانت درجة المفحوصين بين 30 – 36 يعاني من درجة متوسطة من التوحد.
- إذا كانت درجة المفحوصين تزيد عن 36 يعاني من توحد شديد .

وقد أُجريت العديد من الدراسات التي بحثت حول استعمال هذا المقياس في تشخيص التوحد قبل سن العاشرة ومدة أخرى ، بعد الثالثة عشر من العمر فالبرنامج المسمى برنامج معالجة وتربية الأطفال التوحديين (*Treatment and education of autistic and related communication handicapped children (Teacch)*) والذين يعانون من إعاقات في التواصل ذات الصلة بالتوحد قد أظهر لأكثر المفحوصين انخفاضاً في درجاتهم على المقياس مع مرور الوقت مما يشير إلى أن خصائص التوحد أقل تحديداً وتعرفاً في مراحل العمر اللاحقة للطفولة .

وتوجد عدة طرق تستخدم في تشخيص الاضطراب التوحدي منها :
(1) المقابلة التشخيصية المعدلة للتوحد .

Verised autistic diagnostic interview

آلية وضعها لوك وروتريعام 1999 هي مقابلة شبيهة بمنظمة تعتمد على استقصاءات تتم مع أطفال يعانون من التوحد . تستغرق عدة ساعات

لكمالها وتفيد نتائج المقابلة في معرفة ما إذا كانت تنطبق على الحالة التي تتضمنها التشخيص بالتوحد كما هي موضحة بالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الرابعة 1994) . ويعتبر المختصون في مجال التوحد أن مقابلة تشخيص التوحد المراجعة أو المعدلة وسيلة تشخيصية دقيقة إلى حد كبير ويتم التقييم أولاً بزيارة منزلية من قبل المختص الذي يجرى المقابلة مع والدي الطفل ، وتعد الزيارة مفيدة لما توفر من فرصة لمراقبة الطفل في بيته ويمكن كذلك تطبيق هذه المقابلة في العيادة وتستغرق 90 دقيقة – إذا قام بها مختص متمرس ، وتستغرق أكثر من ذلك إذا قام بها الأشخاص غير المتخصصين ويتطلب تطبيق هذا الاختبار تدريباً خاصاً بصرف النظر عما من إذا كان من يقوم به طبيباً نفسياً أو أخصائياً نفسياً ويتم التدريب من خلال ورشة عمل مدتها ثلاثة شهور وتجري في عدة ولايات في الولايات المتحدة الأمريكية وفي بريطانيا .

(2) قائمة سلوكيات التوحد (ABC) *Autism behavior checklist*

وتقيس هذه القائمة الاستجابات الحسية وفهم لغة الجسد والمهارات اللغوية ومهارات خدمة الذات والمهارات الاجتماعية وتشتمل القائمة على (57) عبارة ، تبدأ الإجابة عليهم من خلال مقابلة منظمة مع الوالدين أو المربين وبالرغم من أن هذه القائمة أقل ثباتاً من مقياس تقدير التوحد الطفولي أو مقابلة تشخيص التوحد إلا أنها مفيدة في التمييز بين التخلف العقلي والتوحد عند ذوى الأداء المنخفض وبالتالي فإن هذه القائمة لا تستخدم كأداة للتشخيص ولكنها تعتبر جيدة في توثيق تقدم الطفل واستجابته للمعالجة والخطة التعليمية .

(Lord & Paul 1998) .

(3) جداول المراقبة التشخيصية للتوحد

Observations schedule The autism dighstic (ADOS)

وتعتبر هذه الجداول بروتوكولا موحدًا لمراقبة سلوك التواصل والسلوك الاجتماعي للأطفال من سن 30 شهر فما فوق ممن يستطيعون الكلام والذين يحتمل إصابتهم بالتوحد ، ويعتبر وسيلة إلقاء التحية وسلوك التواصل والسلوك الاجتماعي والتحدث والتعبيرات الاجتماعية والحوار وفهم المزاج وفهم اللغة غير الحرفية (الضمنية) .

(4) جدول المراقبة التشخيصية للتوحد ما قبل تطور اللغة .

Pre linguistic autism diagnostic observation schedule (pl-ADOS)

وهو مقياس شبه منظم لتشخيص حالات الأطفال الذين لم يستخدموا جمل لغوية والذين يحتمل إصابتهم بالتوحد ويتم تطبيق هذا المقياس على الطفل بحضور أحد والديه ، وهو يعطى المختص فرصة مراقبة بعض الجوانب المحددة في سلوك الطفل الاجتماعي مثل الانتباه والتقليد ومشاركة المختص والوالدين في مشاعرهم وقد تم مؤخرًا دمج كل من جداول المراقبة التشخيصية للتوحد قبل تطور اللغة وجدول المراقبة التشخيصية للتوحد في جدول واحد أطلق عليه جدول المراقبة العام لتشخيص التوحد *The autism bighosyic observation schedalale generic (ADOSG)* ويستغرق إجراؤه من (30: 45) دقيقة ويتطلب تدريبًا خاصًا كما هو الحال في المقابلة الشخصية للتوحد (*ADI*) ويقر العلماء والباحثون أن هذا الاختبار له درجة عالية من المصادقية وثبات النتائج .
(وفاء على الشامي، 2004، 318) .

(5) قائمة التوحد للأطفال دون سنتين

Checklist for autism in toddlers: (CHAT)

وهذه القائمة صممت لملاحظة السلوكيات الانذارية المبكرة للإصابة بالتوحد

ابتداءً من عمر 18 شهراً وتساعد هذه القائمة في مسح (وليس تشخيص) حالات التوحد قبل أشهر أو أسابيع من ظهور معظم الأعراض الأخرى كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع إلا أن واضعوا هذا الاختبار يؤكدون على عدم استخدامه كوسيلة لتشخيص التوحد ولكنه يكفي لإنذار المختصين مبكراً بالحاجة إلى تحويل الطفل إلى اختصاصي متمرس ، ولقد استخدمت هذه القائمة على أساس دراسات كشفت عن وجود بعض السلوكيات المنذرة لوجود التوحد في سن 18 شهر، ومن أهم هذه السلوكيات عدم قدرة الطفل على الإشارة إلى الأشياء وعدم اهتمامه بالاختلاط مع الآخرين وبالعب الاجتماعي وغياب الانتباه المشترك .

(6) قائمة الملاحظة التشخيصية للتوحد .

هذه القائمة يمكن أن تساعد في الكشف عن وجود التوحد عند الأطفال قبل عمر ثلاث سنوات علماً أنه لا يوجد بند من بنودها يمكن أن يكون جوهرياً بمفرده وفي حالة اختبار طفلاً ما أظهر 7 أو أكثر من هذه السمات فإن تشخيص التوحد يجب أن يؤخذ في الاعتبار بصورة جادة وبنود هذه القائمة هي :

- الصعوبة في الاختلاف والتفاعل مع الآخرين .
- يتصرف الطفل كأنه أصم .
- يقاوم تغيير الروتين .
- ضحك وقهقهة غير مناسبة .
- لا يبدي خوفاً من المخاطر .
- يشير بالإيماءات .
- لا يحب العناق .

- فارت الحركة .
- انعدام التواصل البصري .
- تدوير الأجسام واللعب بها .
- ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء .
- يطيل الغناء في اللعب الإنفراد .
- أسلوب متحفظ وفاتر للمشاعر .

(Oliver, 1995, 902-928)، (محمد شوقي ، 2003)

ونظير (زينب شقير ، 2005) : إلى مجموعة من الأدوات التي تم استخدامها في العالم العربي في تشخيص اضطراب التوحد : 1. قائمة اختبار التوحد :

وهي قائمة اختبار تعرف الأطفال المصابين باضطراب الاتصال الاجتماعي في سن 18 شهر، وهو اختبار قصير يجريه الوالدان والملاحظون وتتكون القائمة من جزأين :

- أ- البنود التسعة الأولى هي أسئلة موجهة إلى الوالدين .
 - ب- البنود الخمسة الأخيرة هي ملاحظات الأخصائي النفسي .
- على أن تتضمن هذه البنود كلاً من الانتباه المقترن (بما في ذلك الإشارة وتوجه حركة العين) واللعب التخيلي .

2. الملاحظة الدقيقة والمنظمة . 3. قائمة الشطب :

وتشتمل على العلاقات والكلام والحركة والتركيز وإيذاء الذات والاستجابة للألم والمشكلات السلوكية .

4. قائمة ريمان لتشخيص حالة الأطفال مضطربي السلوك :

وتستخدم في التشخيص الفارقى لكل من التوحد والاضطرابات السلوكية والانفعالية وفي الاضطرابات الارتقائية (النمائية) الأخرى من خلال ملاحظات الأهل لأطفالهم ، أثناء فترة السنوات الخمس الأولى .

5. مقياس خصائص الشخصية للمتوحدين :

أعدده عبد الرحمن بخيت ويقيس 16 صفة من خصائص الطفل التوحدي بشرط توافر ثمان من هذه الصفات لتشخيص حالة الطفل بالتوحد .

6. اختبارات الذكاء المقننة :

وقد أشار فريمان وريتفيو إلى أن أداء حوالي 60 % من المتوحدين أقل من 50 على اختبارات الذكاء .

7. المعيار التشخيصي للتوحد (DSM – Iv, 1994) :

ويستخدم للأطفال والمراهقين وهو مقياس متعدد الأبعاد (15 مقياساً فرعياً) تشمل في مضمونها الأعراض المتنوعة للتوحد التي أشار إليها دليل تصنيف الأمراض الذهنية الأمريكية

8. مقياس النضج الاجتماعي Vineland Scial Maturity Scale

إعداد فايتلاند ويشتمل على 117 فقرة تقيس ثمانية مجالات للمهارات

الاجتماعية وهي :

- العناية بالذات .
- التعليم الاجتماعي .
- التواصل والتفاعل .
- العناية بالملبس .
- العناية بالمأكل .
- توجيه الذات .

• الحركة والانتقال .

• القدرة على تحمل المسؤولية المهنية .

9. مقابلة والدي الطفل التوحدي

10. التقييم النفسي التربوي :

ويضم مجموعة من الأدوات التي يتم يمكن استعمالها مع الأطفال الصغار

مثل :

• فقاعات الصابون .

• طين الصلصال .

• الخرز .

• الكتب .

وتصنف هذه المهارات ضمن مجموعات وظيفية : التقليد والمحاكاة

الملاحظة ، الإدراك الحسي ، السلوك الحركي ، تآزر العين واليد ، القدرة على التغيير

مهارات اللغة الاستقبالية .

11. المراقبة المباشرة لتفاعل الوالدين والطفل

12. مقياس تقدير التوحد في مرحلة الطفولة (CARS)

تأليف شويلر ورفاقه 1988 ويقيس 15 محوراً هي :

• العلاقة مع الآخرين .

• التقليد .

• استعمال الجسم .

• استعمال الأشياء .

• التكيف مع التغيرات .

• الاستجابة البصرية .

- الاستجابة السمعية .
- استجابات الشم والطعم والتذوق واستعمالها .
- الخوف والعصبية .
- الاستجابة الانفعالية .
- التواصل اللفظي .
- التواصل غير اللفظي .
- مستوى النشاط والفعلية .
- ثبات الاستجابة العقلية أو المعرفية .
- الانطباعات العامة .

13. المقياس النفسي التربوي المعدل :

وهو مقياس تقييم يطبق عملياً على أطفال التوحد من عمر 6 أشهر إلى وقد تمتد إلى 12 سنة ، وهو مقياس موضوعي على المصادقية ، ولا يعتمد على اللغة بقدر ما يعتمد على الأداء العملي - غير اللفظي لعدد من الأنشطة الموزعة على مجالين هما :

أولاً : المجال التنموي الوظيفي ويتكون من 131 نشاطاً مقسمة إلى 7 محاور هي التقليد ، الإدراك ، حركة العضلات الكبيرة ، حركة العضلات الدقيقة تآزر العين مع اليد ، المعرفة العملية (أي الإجرائية) ، المعرفة اللفظية .

ثانياً : المجال السلوكي للمقياس ويتكون من 43 بنداً موزعة على 4 محاور هي الألفة والارتباط العاطفي ، اللعب وأدواته ، الاستجابة الحسية ، اللغة ويكشف هذا المقياس في قسمه الأول (المجال التنموي الوظيفي) عن تباين كبير في مستويات المهارات المختلفة لطفل التوحد ، وهي تختلف عن

مهارات الطفل السوي التي تتقارب لديه سرعة نمو هذه المهارات ومستوياتها ، ويعتبر هذا المقياس كما أوضح عثمان فراج ، أحدث ما وصل إليه البحث العلمي من أدوات التشخيص والقياس وهو من إعداد جامعة تورث كارولينا ومركز بحوث TEACCH التابع لتلك الجامعة وترجم إلى 6 لغات وأصبح الأداء الأول التي تعتمد عليه العيادات النفسية ومراكز التدخل العلاجي في تأهيل وتدريب أطفال التوحد وإعاقات النمو لدمجهم في المجتمع بعد اكتسابهم المهارات الأساسية للحياة في مجتمعاتهم بما يسمح بتكيفهم وتوافقهم مع حياة أقرب ما تكون للطبيعية. (كريستين نصار ، جانيت يونس ، 2009) .

وقدمت (جوديث جولد ، 1997) : اختبار جسدي أو نفسي للتوحد ، وهو اختبار نصف تعليمي جوهري وله خصوصية وملائم لكل عمر من حالات التوحد ويتضمن ما يلي :

- استخدام مواد للتطوير .
- دراسة السلوك في الماضي والحاضر .
- مطابقة الحياة الاجتماعية .
- خلفية العائلة وتاريخها .
- تاريخ الولادة .
- كيفية استخدام الأدوية .
- بداية اكتشاف الحالة .
- تطوير المهارات .
- نشاط الحركات النمطية .

- مشاكل السلوك .
- كمية التواصل الاجتماعي .
- الطب النفسي .
- الحركة .
- التدريب على المهارات الاستقلالية كارتداء الثياب وتناول الطعام واستخدام الحمام .
- التواصل اللفظي وغير اللفظي .
- التفاعل والاجتماعي .
- التقليد والتخيل .
- الصورة المرئية .
- القراءة والكتابة .
- اللغة (الاستقبالية والإرسالية الحسية والجسدية)
- سهولة وبساطة الأسئلة الموجهة للطفل .
- تكرار النشاط .
- الحركة مع النشاط .
- المستوى اللفظي .
- رواية قصة قصيرة .
- معرفة الأفعال .
- كما يتضمن الاختبار :
- الاستجابة الحسية للتوترات الخارجية (اللمس - السمع - الرؤية - التذوق - الشم) .

- إثارة العاطفة .
- الاستجابة والانتباه .
- مستوى النشاط .
- مشاكل سلوكية .
- اضطرابات النوم .
- الشروط النفسية .
- تاريخ المناظرة .

وهذا الاختبار يمكن تقديمه للأهالي وإجراؤه في المنزل وتحديد تاريخ النمو والتطور عند الطفل لمعرفة النتيجة الدقيقة لهذا الاختبار الذي يمكن طرحه وتسهيله للأهالي ، وقد أعطيت مفاتيح التقييم لهذا الاختبار وهي :

1- أسأل السؤال المناسب .

2- استمع إلى الأبوين .

❖ أساليب تشخيصية أخرى لاضطراب التوحد :

يشير (عبد الله محمد الصبي ، 2003) إلى أنه من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق ويكون أقرب إلى الحقيقة فإن الطفل التوحدي يحتاج إلى تقييم من قبل مجموعة من المتخصصين وذوى الخبرة في هذا المجال (طبيب أطفال ، أخصائي نفسي ، طبيب أطفال تطوري ، طبيب أطفال في مجال الأعصاب ، محلل نفسي ، وغيرهم) كل في مجاله يقوم بتقييم الطفل في نواحي معينة ، ويطلق متنوعة ، ومن ثم تتجمع هذه المعلومات والنتائج لتحليلها ، لتقرير وجود التوحد ودرجته ، وأساليب علاجه .

❖ فريق العمل اللبني ودور كل منهم في التشخيص :

لقد أكدت الأبحاث الحديثة أنه لا بد من وجود فريق عمل متكامل لتشخيص حالة الطفل التوحدي وأي لا ينجح طرف واحد فقط في وضع التشخيص بمفرده ، ويحتوى فريق العمل على الأطباء النفسيين والعقليين وأطباء الأطفال وطبيب الأعصاب والسمع والتخاطب والوالدين والمعلمين والمتخصصين وكل هؤلاء لهم دور أساسي في تقديم تشخيص مناسب لحالة الطفل التوحدي .

☒ **الطبيب النفسي ودوره في التشخيص :**

إن المهمة الرئيسية للطبيب عموماً هي التأكد من سلامة التشخيص فيجب على الطبيب معرفة التاريخ المرضي للطفل وسلوكه منذ البداية ومدى مطابقتها نمط سلوكه مع توحدهم المبكر ثم يمضي في التحقق مما إذا كان الطفل مصاباً بأي نوع من الاضطرابات التي شخّصت خطأً على أنها اضطراب التوحدي . (لورنا وينج ، 1994) .

☒ **طبيب اللغة والتخاطب :**

يكون أخصائي التخاطب واحد من فريق العمل المهمين لتقييم عمر الطفل اللغوي وذلك في ضوء الملاحظة المباشرة للطفل فإنه يلاحظ ويقيم الإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه ويقوم أخصائي التخاطب بتحديد عمر الطفل اللغوي (لغة استقبالية – لغة تعبيرية) وبذلك يستطيع أن يخطط للعلاج أي يضع نقطة البداية في تعليم الطفل المهارات اللغوية .

☒ **طبيب السمع :**

يعتبر طبيب السمع من أهم أعضاء الفريق وأول من يجب عرض الحالة عليه لكي يحدد إذا كان الطفل يسمع أولاً لأن من أهم الأشياء التي تلفت نظر آباء الأطفال التحديين أن الطفل يظهر أمامهم كأنه طفل أصم حيث لا يسمع

من يناديه ولكن يستجيب لأصوات معينة فقط من إعلانات التلفزيون وصوت
الثلاجة عند فتحها ، فبالتالي يصيب آبائهم بالحيرة فيعرضوا أطفالهم على أطباء
السمع وذلك لتقييم حدة السمع عندهم ، ويبدأ أطفال السمع باختبار السمع وهو
(مقياس السمع للمجال الصوتي) *Sound Field Audiometry* ويبنى
على أن الطفل يظل يسمع حينما يوضع له ميكروفون في أذنه طوال فترة
استيقاظه وذلك لتدبيره نحو مصدر أي صوت ، ولكن هذه الطريقة لا تعطى التقييم
المناسب لسماع الطفل التوحدي ، لأن كثيراً من هؤلاء الأطفال لا يستجيبون بهذه
الطريقة ، ولذلك تم وضع أسلوب جديد وهو اختبار وظيفة العقل مباشرة
من خلال استجابة المخ سمعياً (*A B R*) *Auditory Brain Response* أو يطلق
عليه أيضاً (*B S E R*) وهذا الاختبار يقيس وظيفة العصب السمعي عند الطفل
ولكن هناك بديل ثالث وهو يتطلب من الطفل الثبات والاستجابة السمعية
من خلال ميكروفون يوضع في أذنه من 20 – 30 ثانية ، ولكن هذا البديل يشترط أن
الطفل لا بد أن يكون عنده القدرة على البقاء ثابتاً لهذه الفترة ويسمى *Otaoustic*
Emersion Tesing وهذا الاختبار لا يزال تحت التجربة .

☒ **طبيب الأعصاب والوراثة :**

يكون طبيب الأعصاب مسئولاً عن الدراسات الذهنية مثل *EEGS* وهو
الذي يختبر (النشاط الكريبي للمخ) و *MRIS* وهو الذي يختبر (هياكل المخ)
أما طبيب الوراثة فيختبر تفسير وعمل الدراسات الكروموزومية والبحث
عن الأخطاء الميلادية لعامل الأيض والتي قد تكون سبب في وجود أعراض عديدة
عند الطفل التوحدي وعادة لا يكون أطباء الأعصاب والوراثة جزءاً مباشراً من
فريق التقييم ولكن يتم استخدامهم كمستشارين خاصين يكملون بعض البيانات

الهامة عن الطفل التوحدي ويتبادلون الحديث مع باقي أعضاء الفريق لوضع أسس تشخيصية وعلاجية (Siegl, B , 1996, pp , 88 : 90) .

❖ الحوار مع الوالدين :

إن إقامة الحوار المتكامل والصريح عندما ينبه الوالدان بأن طفلهما معاق وغير طبيعي من شأنه أن يرسخ انطباعاتاً إيجابياً في ردود أفعالهما واتجاههما نحو مشكلة طفلهما في المستقبل فمعظم الآباء يفضلون أن يعرفوا اسم الاضطراب الذي يعاني منه طفلهما ، ولكن الطبيب المدرك للأمور لا يكتفي بإعطائهم ما يرغبون به فقط أنه يشرح لهما عملية كون ابنهما معاقاً ، فعلى سبيل المثال يستطيع الطبيب أن يخبرهما أن ولدهما الصغير يستطيع فهم التعليمات القصيرة البسيطة وليست تلك المركبة من عدة تعليمات أو الصعبة وبأنه يعاني من اضطرابات كلامية كما أنه يستطيع اطلاع الوالدين بوجود صعوبات لدى الطفل في التعبير كما يراه حوله وكيف أن كل تلك الصعوبات تؤثر في سلوكه وانفعالاته ، وهذا التحليل المفصل هو أمر غاية في الإفادة للوالدين بدلاً من إعطائهما اسم الاضطراب الذي يعاني منه الطفل فقط ، وهم يكونون ممتنين جداً عند اطلاعهم على حقيقة الأمر فما يجب أن يعرفوه هو أن إعاقة الطفل مستمرة معه مدى الحياة ، لكنهما كوالدين يستطيعان تحقيق مجهود عظيم لمساعدة ابنهما حين يبديان ذلك الصورة الصحيحة .

❖ ما يستطيع المدرسون عمله :

إن المدرس عضو واحد في الفريق الذي يهتم ويعنى بمساعدة الطفل التوحدي فعليه أن يعمل ويتعاون مع الأطباء والاختصاصيين النفسيين كمختص في مجال التوحد ولكن مع الاستعداد لاستخدام المعلومات والمشاورات المقدمة من قبل المتخصصين الآخرين .

وأن مهمة المدرسة أن يكون لدى الطفل قدر من السلوك الاجتماعي المعقول وأن يستطيع الاعتماد على نفسه في الأكل والملبس وأن يستطيع أن يغتسل وأن يظل نظيفاً ولا يبلى ملابسه خلال النهار ولكنها غالباً ما يتوجب عليها البدء بتعليمه تلك المبادئ والمهارات الأولية .

وحيثما يتم اتفاق تلك السلوكيات الأساسية فإن المدرسة ستنتقل إلى تدريب الطفل على مهارات أخرى ، ويجب أن تتلاءم مناهج التدريس مع إعاقات الأطفال وان يتم استخدام تقنيات حديثة لحالات العمى ، الصم الاضطرابات الكلامية ، وتعتبر أجهزة مونتيسوري *Montessori Equipment* معدات جديدة لأن غالبيتها تساهم في منح الأطفال فرص استخدام حواس اللمس والمهارة الحركية في عملية التعليم (لورنا وينج ، 1994) .

❖ **التشخيص الفارق Differential Diagnostic**

إن معظم الباحثين المهتمين بتشخيص الذاتوية "إعاقة التوحد" يشيرون دائماً إلى قضية هامة وهي تشابه السلوك المرتبط بالتوحد مع أعراض إعاقات أخرى عديدة منها التخلف العقلي - فصام الطفولة - اضطرابات التواصل - الإعاقة السمعية - إعاقة التخاطب - الذاتوية اللانمطية - الذهان - زملة اسبيرجر زملة ريت .

الفرق بين (اضطراب) التوحد وبعض (الاضطرابات) المتشابهة :

(1) **الأوتيزم - التخلف العقلي Mental Retardation**

غالباً ما نجد أن الأطفال من ذوي التخلف العقلي اجتماعيين ولا يظهرون الأعراض الأولية للتوحد المتمثلة في العجز في تكوين العلاقات مع الآخرين ، بينما نجد أن الأطفال من ذوي التوحد بخلاف ذلك يفشلون في تكوين علاقات

اجتماعية مع الآخرين ويميلون إلى معاملة الآخرين كأهداف أو كمصادر للإشباع المرضى وعلى كل حال فإن وجود التوحد مع متلازمة (داون) قد يؤدي إلى تعقيد الحالة أكثر ويزيد من خطورتها ، خاصة وأن كثير من الناس يعدون حالة التوحد في عداد الحالات الميؤس منها والتي تقل معهم فرص التغيير والاستجابة للعلاج لذلك يعد التعرف على اضطراب التوحد لدى الأشخاص ذوى متلازمة (داون) واكتشافها مبكراً ذو مضامين هامة في التدخلات الطبية والاجتماعية والتعليمية التي تقدم للأطفال وأسرههم ، وقد لوحظ أن 40% من التوحيديون لديهم معامل ذكاء يقل عن (50 - 55) وحوالي 30% يتراوح معامل ذكاؤهم بين (50-70) ويلاحظ أن حدوث التوحد يتزايد مع نقص الذكاء فحوالي 20% من التوحيديون لديهم ذكاء غير لفظي سوى . ويتميز اضطراب التوحد بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواحي أساسية من النمو والسلوك هي :

- خلل في التفاعل الاجتماعي .

- خلل في التواصل والنشاط التخيل.

- القلة الملحوظة للأنشطة والاهتمامات والسلوك المتكرر آليا.

ويشير (عبد المجيد منصور وآخرون ، 2003: 143) إلى أهم الفروق بين توحد الطفل وإعاقة عقليا فيما يلي :

1. الطفل المتخلف عقليا ينتمي ويتعلق بالآخرين ولديه وعى اجتماعي بينما الطفل

التوحدى لا يوجد لديه تعلق بالغير حتى إذا كان له مستوى ذكاء متوسط .

2. الطفل التوحدى له أداء أكثر في المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى ويكون

الأداء أقل في المهمات اللفظية بينما المعوق عقليا يكون الأداء منخفضا

أو متساوياً في المهمات سواء لفظية أو غير لفظية .

3. تتناسب لغة المتخلف عقليا مع نسب ذكاؤه بينما التوحدي يمكن أن تكون لغته غير متوفرة وإن وجدت فهي غير عادية .
4. العيوب الجسمية لدى المعوق عقليا أكثر من العيوب الجسمية لدى التوحدي.
5. للطفل التوحدي إمكانية إبداع مهارات خاصة مثل الرسم والموسيقى وهذا لا يظهر لدى الطفل المعوق عقليا بشكل كبير.
6. للطفل التوحدي سلوكيات نمطية شائعة تختلف عن تلك الموجودة لدى الطفل المعوق عقليا.

ويشير (محمد قاسم عبد الله ، 2001) : إلى أن الأطفال التوحديين ليسوا فقط لا يريدون ولكنهم فعليا لا يستطيعون انجاز العديد من المهمات كما أنهم يعانون من عجز وجداني انفعالي أولى كما أن إمكاناتهم العقلية والمعرفية جيدة وهذا يدفع إلى القول بأن العجز المعرفي في التوحد صغيراً جداً مقارنة بالتخلف العقلي وان 75 % من الأطفال التوحديين يتوقع أن ينجزوا الكثير من المهام العقلية في حياتهم المختلفة .

ويتفق كل من عثمان فراج (2002) ، عبد الحميد منصور وآخرون (2003) ، عبد الرحمن سليمان (2004) على بعض المؤشرات التي تسهل عملية التشخيص الفارقي والتمييز بين إعاقة التوحد والتخلف العقلي والتي تم تسجيلها من تجارب الملاحظة الموضوعية الممتدة للإعاقين ما يلي :

1. أن طفل التخلف العقلي يتميز بنزعة التقرب إلى الوالدين والكبار وغيرهم من الأطفال ، وهي سمة غائبة عن حالة طفل التوحد .

2. أن طفل التخلف العقلي يستطيع أن يبني حصيلة لغوية ويظهر تطوراً أو تقدماً في نمو اللغة بينما طفل التوحد غالباً نموه اللغوي متوقف أو محدود للغاية وحتى إن وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات فمن النادر

أن يستخدمها في التواصل .

3. طفل التخلف العقلي لا يعاني من مشكلة رجح الصدى الذي يعاني منه طفل التوحد الذي يعيد نطق آخر كلمة أو كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه .
4. طفل التخلف العقلي لا يستثيره التغيير في عاداته اليومية سواء في الملابس أو اللعب أو المأكل ولا يندفع في ثورات غضب (مثل طرق رأسه في الحائط) وإيذاء ذاته بعكس ما يحدث للطفل التوحدي .
5. طفل التخلف العقلي لا يعاني من قصور في استعمال الضمائر بعكس ما يفعله طفل التوحد الذي يخلط بين أنا وأنت وكذلك بالنسبة إلى غيرها من الضمائر .
6. طفل التخلف العقلي أسهل مراراً في التعامل معه في برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهود فائقة وصبر في التعامل معه .
7. طفل التوحد يتجنب التواصل البصري بإلقاء العيون بين المحادثين وهي نادراً ما تحدث مع طفل التخلف العقلي .
8. طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر بينما لا يحدث في طفل التخلف العقلي .
9. طفل التوحد ليس لديه القدرة على التعامل مع الآخرين بعكس طفل التخلف العقلي الذي يشارك أقرانه في أنشطتهم ويستمتع باللعب معهم .
10. طفل التوحد قد ينبغ أو يتفوق أو يبدى مهارة فائقة في أحد المجالات كالرياضيات أو في الفن كالرسم والموسيقى أو الشعر أو النشاط الرياضي بشكل قد لا يستطيع الطفل العادي بلوغه وهي سمة لا توجد عند طفل التخلف العقلي .

11. التوحد من حيث انتشاره أقل بمراحل من التخلف العقلي فنسبة حدوثه 2- 3% على الأكثر بينما التخلف العقلي ينتشر بنسبة 3% من المجتمع أو أكثر.
12. طفل التوحد لا يفهم المظاهر الانفعالية أو العاطفية كما أن لديه قصورا وغياب القدرة على التعبير عنها على عكس ما يحدث لطفل التخلف العقلي .
13. طفل التوحد لا يقتصر عجزه على التواصل اللغوي فقط بل يمتد أيضاً ليشمل التواصل غير اللغوي بالعيون بتعبير الوجه – بحركة الأيدي والحركات البدنية وتنغيم نطق الكلمات *Auxiliary Language* بينما لا يحدث ذلك في حالة التخلف العقلي (إلا في الحالات الشديدة).
14. طفل التوحد غالباً نموه اللغوي متوقف أو محدود للغاية وحتى إذا وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات فمن النادر أن يستخدمها في التواصل ومن هنا يأتي القصور في التعبير اللغوي أو استقباله.
15. طفل التخلف العقلي يشارك أقرانه في أنشطتهم ويستمتع باللعب معهم وممارسة تقليد الآخرين بعكس طفل التوحد الذي يعزف عن ممارسة تلك الأنشطة .
16. طفل التوحد غالباً ما يحتاج إلى الرعاية مدى الحياة تقريباً أما طفل التخلف العقلي (البسيط والمتوسط) فإنه قد يحقق استقلالاً ذاتياً بمساعدة برامج التأهيل .
17. طفل التوحد لا يرحب (بل يرفض) حمل الأم له أو احتضانه أو تقبيله بعكس طفل التخلف العقلي .
18. طفل التوحد يعيش في عالمه المغلق وكأن حواسه وجهازه العصبي المركزي قد توقف عن العمل وعن الاهتمام بما حوله ، فهو لا يبالي بمن حوله لدرجة أن

علاقته بأمه ليست أكثر من علاقته بأي شيء في بيئته حتى لو كان كرسيًا أو لعبة أو ملعقة .

19. التوحد إعاقة يولد بها الطفل وتظهر أعراضه مبكراً في حدود زمنية أقصاها 30 شهر أما التخلف العقلي فقد يولد به أو يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدي إلى تلف في الخ أو إصابة بمرض معدي (كالالتهاب السحائي أو الحمى الشوكية).

(2) الأوتيزم - الإعاقة السمعية :

قد يتداخل الأمر على البعض ويخلطون بين تشخيص الطفل التوحدي وغيره أو قد يذهبون في تصنيف الأطفال كتوحيديون في حين قد تستوجب الحالة تشخيصاً آخر أكثر ملائمة فعلى سبيل المثال فإن الطفل المتخلف عقلياً الذي يظهر بعضاً من أعراض التوحد قد تشخص حالته على أنه طفل توحدي وذلك اعتماداً على سمة أو سميتين وحيث أن مصطلح التوحد قد صادف اهتماماً شعبياً واسعاً بحيث نجد أن الأخصائيين الإكلينيكين قد يميلون إلى استخدام هذا المصطلح عند تشخيص الحالات بشكل مشروع . في حين أكد الباحثون على أن تشخيص التوحد يجب أن يعتمد على تقييم موضوعي دقيق . (طارق النمري ، زيدان السرطاوي ، 2002 : 3) .

يوضح (لويس كامل مليكة ، 1998) إلى أنه نظراً لأن الطفل التوحدي غالباً ما يكون صامتاً أو قد يظهر عدم اهتمام انتقائي باللغة المنطوقة في مرحلة مبكرة فإنه قد يظن غالباً أنه أصم ولكن الملامح التالية قد تكون فارقة أو مميزة بينهم :

1. الطفل التوحدي قد يبأبىء *Babble* (أي يتكلم كالأطفال) أحياناً بتواتر قليل.

2. بينما يكون الطفل الأصم تاريخ من الأبأه العاديه التي تتضاءل تدريجياً وقد تتوقف في النصف الثاني من السنه الأولى من حياة الطفل الأصم .
 3. الطفل المصاب بخلل شديد في السمع يستجيب فقط للأصوات المرتفعه .
 4. بينما يتجاهل الطفل التوحدي الصوت المرتفع أو الصوت العادي ويستجيب للصوت الناعم الذي يهمله .
 5. الطفل الأصم يكون عادة مرتبطاً بوالديه ويسعى إلى حبهم وهو كوليده يستمتع برفع والديه له بين زراعيهم .
 6. الطفل التوحدي لا يستجيب لوالديه ولا يظهر استجابة لهم عند اهتمامهم به .
- ويتفق كل من عبد الرحمن سليمان (2000) ، محمد الخطيب (2005) على توضيح أهم الفروق بين الأطفال التوحيديون والأطفال ذوي الإعاقة السمعية على النحو التالي :
- معدلات الذكاء في حالات الإصابة بالإعاقة السمعية أعلى من نظيرتها في حالات التوحد .
 - حالات الإعاقة السمعية لها القدرة على تكوين علاقات اجتماعية على عكس أطفال التوحد .
 - يميل أطفال التوحد إلى الانسحاب الاجتماعي والانزعاج من الروتين بشكل أساسي مقرنة بالأطفال المعاقين سمعياً .
 - يمكن للطفل التوحدي تحقيق تواصل لفظي بينما لا يستطيع الأصم .
 - يسهل تشخيص الإعاقة السمعية بالفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام بينما توجد صعوبة في تشخيص التوحد نظراً لعدم وجود أدوات مقننة لهذا العرض .

ويشير كل من سيمونز وأوشي (Simons & Oishi, 1987: P.31) : إلى أن الفرق بين الأوتيزميين والمعاقين سمعياً في أن المعاقين سمعياً يحاولون التواصل عن طريق الإشارات والإيماءات ، كما أنها تقوم بالتواصل العيني وهو ما يفتقر إليه التوحديون ، وفي حين يوجد قصور عام في الاستجابة لدى الأوتيزم حيث يستجيب الأطفال الأوتيزميين للأصوات بشكل متنافر ومتناقض فإن ذلك لا يوجد لدى الأطفال المعاقين سمعياً .

ويشير بيركي (Berke, 2003) إلى أنه يتم إساءة التشخيص لكل من التوحد والإعاقة السمعية أو الخلط بينهما حيث أن الطفل التوحدي قد يبدي بعض السمات التي يبديها الطفل الأصم إذ نجده أحياناً وكأنه لا يسمع ومن هنا فقد يتم تشخيصه على أنه أصم وقد تم تشخيص الأصم في الجانب الآخر على أنه توحدي نظراً لما قد يصدر عنه من سلوكيات .

ويرى (رشاد موسى ، 2002، 390) أن تشخيص التوحد بين الأطفال تاريخياً اقتصر على الأحكام التي يصدرها الإكلينيكيون ، حيث قام عليها في أغلب الأحيان أخصائيو الطب النفسي والأخصائيون النفسيون ممن لديهم الخبرة من واقع عملهم مع هذا المجتمع وتعتبر أكثر الإجراءات المناسبة في الوقت الحاضر للتعرف على أفراد التوحد هي قوائم ومقاييس التقدير وتمتاز هذه الإجراءات بعدد من الميزات حيث تسمح بمشاركة أكبر من الوالدين والمعلمين والعاملين الآخرين ممن لديهم أثر غير مباشر على عملية التشخيص ، على عكس إجراءات التشخيص الكلينيكية ، وتتمتع مقاييس التقدير وقوائم الشطب بإجراءات مقننة للاستخدام وبمعايير ودرجات كمية ، وهكذا يمكن تقييمها سيكومترياً ، ويمثل تشخيص التوحد لدى الأطفال تحدياً خاصاً

للأخصائيين النفسيين والمهنيين الآخرين ممن يتعاملون مع اضطرابات الطفولة إذ تظهر صعوبة ذلك في التعرف والتصنيف الدقيق للتوحد لأن أعراضه تظهر بدرجات متفاوتة وغالبا ما تتداخل مع اضطرابات نمائية أخرى .

ويشير (عبد الرحمن سيد سليمان ، 2000) : إلى أنه من بين الأعراض والسلوكيات الثانوية التي قد يظهرها الأطفال المعاقون سمعياً السلوك الإنسحابي ، والانزعاج من تغيير الروتين أو بعض السلوكيات الأخرى المتشابهة وهم في هذا قد يشتركون مع بعض سلوكيات الأطفال التوحديين مع وجود فارق جوهري هو أن السلوك الإنسحابي والانزعاج من تغيير الروتين وما إلى ذلك أعراض أولية وأساسية لدى الأطفال التوحديين ، وعلاوة على ذلك فإن الأطفال التوحديين لا يعانون من الصمم في أغلب الأحيان وإذا ساق الطبيب المعالج الشك في أن الطفل توحدياً فإنه يتعين فحص سمعه للتأكد من إصابته بالصمم أم لا .

(3) الأوتيزم – فصام الطفولة *Childhood Schizophrenia*

يمكن تشخيص فصام الطفولة في السنوات الخمس الأولى بحيث يمكن تفريقه عن التوحد وذلك من خلال غلبة الأعراض المرضية وانتشارها (وخاصة اضطرابات التفكير والهوسات) والتي لا تحدث عند الأطفال التوحديين من جهة ثانية فإن أكثر الأطفال الفصاميين لا يملكون تاريخاً سابقاً في أعراض التوحد كما أن أكثر الأطفال التوحديين لا تتطور الحالة عندهم إلى فصام أم بالنسبة للذين يكون أداؤهم اللفظي مرتفعاً منهم فقط تتطور الحالة عندهم إلى فصام نمطي في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة أو في المراهقة والشد باعتبارها عواقب لتطور حالة توحد سابقة ، وقد وصف عدد من العلماء مجموعة من الأطفال بعضهم يملك أعراض التوحد خلال سنوات الطفولة المبكرة وفقاً لمعيار

الفصام كما وضعه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والرابع للأمراض النفسية ظهر عند الراشدين التوحديين الاضطراب الانفعالي نفسه الذي ظهر عند الراشدين الفصاميين ولكنهم لم يظهروا اضطرابات التفكير مثل الهذيان والذهول (Durand M & Carr, 1988, pp, 29) .

يشير (عبد الرحمن سليمان ، 2000) إلى أن البداية في التعرف على اضطراب التوحد كانت استخدام أعراضه كأحد الأعراض الرئيسية في اضطراب الفصام الانسحاب أو الشعور بالوحدة النفسية ، وعلى هذا الأساس كان افتراض حدوث خلط بين أعراض الإضطرابين أمر وارد ولذلك لم يكن من المستغرب أن يرادف بعض الباحثين بين المصطلحين ويستخدمونهما بشكل تبادلي (بمعنى أن الإجتزاري هو الشخص الفصامي والعكس) ، وبتعدد الدراسات في مجال التوحد أمكن الوقوف على أوجه التفريق بينهما ، وهذه الفروق يمكن الإشارة إليها على النحو الآتي :

1. الفصاميون قادرون على استخدام الرموز في حين أن التوحديون ليس بإمكانهم ذلك .
2. التوحديون لا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة بينما الفصاميون بإمكانهم إقامة علاقات مع الآخرين ، وعلاقتهم بصفة عامة مع البيئة قلقة ومشوشة .
3. الفصاميون يعانون من الهلوس والهذيان وهو غير موجود عند التوحديون .
4. التوحد تبدأ أعراضه في الظهور قبل الشهر الثلاثين في حين تبدأ أعراض الفصام عادة في بداية المراهقة أو في عمر متأخر من الطفولة .

5. نسبة الإصابة بين الذكور والإناث في التوحد هي تقريباً 4 - 1 بينما يتساوى الذكور والإناث في نسبة الإصابة بالفصام فضلاً عن أن الجينات قد تفسر الفصام أكثر من تفسيرها للتوحد .

ويشير (محمود حمودة، 1991، 105) إلى أن العلاقة بين الفصام والتوحد في أن الإصابة بالفصام نادراً ما تحدث في الطفولة بينما المصابين بالتوحد قد يكون لديهم عديد من الأعراض السالبة للمرحلة المتبقية من الفصام مثل العزلة الاجتماعية ، والانسحاب ، والسلوك مفرط الغرابة ، والوجدان المتبلد غير المناسب وغرابة اللغة ، والآلية المتكررة للأفعال .

ولذلك فإن برونو (Bruno, 1993: 29)، (Frith, 2003: 68- 69) يشيرا إلى ضرورة التمييز بين الأوتيزم والفصام في وقت مبكر، حيث كان يعتقد أنهما متماثلان إلا أن الفصام في الطفولة يحدث بعد فترة من النمو الطبيعي كما أنه يوجد لهم ضلالات وهلاوس ، أما الطفل التوحدي فلا يعاني من ذلك . كما أوضح جولدستين وآخرون (1986) أن التشابه بين الاضطرابات كان منطقياً لدرجة أن بعض الباحثين كانوا يسمون التوحد بالفصام إلى أن استخدمت التفرقة النسبية بينهما من خلال نتائج بعض الدراسات وكان أهم أوجه الاختلاف ما يلي :

1. أن الطفل التوحدي غير قادر على استخدام الرموز بالمقارنة بالفصامى .
2. ضعف النمو الاجتماعي عامة لدى الطفل التوحدي أكثر من الفصامى .
3. يبدأ ظهور التوحد قبل سن عامين ونصف بينما الفصام يبدأ في عمر متأخر من الطفولة أو مع بداية المراهقة .

4. عدم وجود هلاوس وهذا يانات لدى الأطفال التوحيديون بينما يكثر وجودها لدى الفصامين .

5. ضعف النمو اللغوي عامة لدى الأطفال التوحيديون أكثر من الفصامين .

6. ضعف النمو الانفعالي عامة لدى الأطفال التوحيديون أكثر من الفصامين. (Goldstein , et al , 1986 , 640) .

وقد خصص (Rimland) الفرق بين كلا من فصام الطفولة والتوحد كما هو في الجدول الآتي
جدول يوضح الفروق بين كلا من فصام الطفولة والتوحد
(Rimland,1994: 543).

المظاهر الإكلينيكية	فصام الطفولة	التوحد
بداية ظهور العرض	بشكل تدريجي وبين عمر سنتين إلى 11 سنة بعد فترة نمو الطبيعية	ظهوره تدريجيا بعد الولادة بثلاثين شهرا
المظاهر الاجتماعية	اهتمام منخفض مع الآخرين ، وانسحاب، وفقدان التواصل، وعلاقات معاقبة مع الآخرين	الفشل في إظهار حركات إيمائية متوقعة، إصرار على التماثل، البقاء في عالمه الخاص حتى عندما يكون مع الآخرين
المظاهر المعرفية والذهنية	اضطراب التفكير، تشوه في التوجيه المكاني والزمني، ومتوسط متدني في الذكاء، مشكلات إدراكية	قدرة مكانية عالية، ذاكرة جيدة ، ذكاء متعدد
الانفعالات	عيوب الاستجابة الانفعالية ، الانفعالات غير المناسبة، ومتندية	عدم الاستجابة انفعاليا مع الآخرين، ويمكن أن يستجيب بالتدريب لبعض الانفعالات البسيطة مثل: التقليد، الابتسامة، الضحك، السرور، من خلال تعبيرات الوجه
اللغة	اضطراب في الكلام، بكم في الكلام غير المستعمل في التواصل	اضطراب في الكلام، بكم في الكلام غير المستعمل في التواصل، حرفية، مصاداة، عكس الضمائر

المظاهر الإكلينيكية	فصام الطفولة	التوحد
الحركة	حركات جسمية غريبة ،حركات نمطية وتكرارية ،تشوه في الحركة أو التنقل	تمايل الجسم والرأس،انشغال بالأشياء الميكانيكية،حركات نمطية
الأنماط الحركية والجسمية	نمو جسمي غير معتاد أو اضطراب الأنماط الإيقاعية ،التخطيط الكهربائي للدماغ EEG شاذ	عادات تناول طعام شاذة،تفضيل أطعمة معينة،التخطيط الكهربائي للدماغ EEG طبيعية،مستوى ذكائي وتربوي ومهني وانفعالي أفضل.

(4) الأوتيزم - اضطرابات التواصل. *Communication Disorders.*

أوضحت دراسة سميت (Smith, 1995) بعض الفروق بين الأوتيزم واضطرابات التواصل على النحو التالي :

1. العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل لدى الطفل التوحدي بينما يتعلم مضطرب التواصل معاني مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين .
 2. يُظهر الطفل التوحدي تعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة بينما المضطرب في التواصل يحقق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه تعويضا عن مشكلة الكلام .
 3. كلاهما يمكنهما إعادة الكلام إلا أن التوحدي يظهر إعادة الكلام المتأخر من الجمل والعبارات بعكس الطفل المضطرب تواصليا .
- وتتميز آمال باظة (2001، 76) بين أطفال التوحد وذوى اضطراب التواصل حيث يبدى أطفال التواصل تواعلا بالإيماءات وتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلات الكلام ، بينما أطفال التوحد لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة .

ويشير (عبد الرحمن سليمان، سميرة محمد سند، إيمان فوزي سعيد 2004

80) إلى بعض الفروق بين اضطراب التوحد واضطرابات التواصل كما يلي :

1. يظهر التوحديون وذو اضطرابات النطق والتواصل إعادة الكلام وترديده غير أن التوحديون يتميزون بترديد أواخر الكلمات بدرجة أكبر.
2. يظهر الطفل التوحدي تعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة ، بينما ذو اضطراب التواصل يمكنه تحقيق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه وذلك تعويضاً عن مشكلة الكلام .
3. يعجز الأطفال التوحديون عن استخدام اللغة كأداة للتواصل ، بينما يتعلم الطفل ذو اضطراب التواصل معاني ومفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين .

ويشير علاء كفاني (2001: 14) إلى أن اضطراب اللغة سواءً كان في اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية – التعبيرية المختلطة فإنه يكون هناك عطب في استخدام اللغة ، ولكنه يكون مصحوباً بوجود تضرر كبير في كيفية التفاعل الاجتماعي والأنماط المحددة والمكررة من السلوك التي نجدها في الاضطراب التوحدي .

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، 2002) : إلى أن محمود حمودة قد قدم النمطية اللفظية كأحد المحاور الثلاثة للتشخيص الفارق للتوحد لدى الأطفال وشمل تكرار الكلمات أو الجمل دون فهم للمعنى وأحياناً ناتجة لتذكر قصير المدى أو طويل المدى وأضاف أيضاً وجود شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته أو الضغط على المقاطع والكلام على وتيرة واحدة وأحياناً ينخفض الصوت أو يرفعه بدون داعي وكأن لا يشعر بوجود الآخرين وأيضاً شذوذ في شكل

ومحتوى الكلام ، وعدم القدرة على تسمية الأشياء ، ويرجع ذلك إلى ضعف الإدراك وعدم القدرة على استخدام الرموز ، وذلك لضعف القدرة التخيلية التي يظهرها لديه العجز عن اللعب التخيلي للأدوات أو الأشخاص أو القصص الخيالية .

ويرى (عبد الرحمن سيد سليمان: 2000: 78) أن الدراسات أشارت إلى أن هناك أوجه تشابه بين اضطرابات اللغة الاستقبالية واضطرابات اللغة التي يظهرها الأطفال التوحيديون كما أشارت نتائج الدراسات في هذين الإضطرابين ، وكذا التمييز يمكن التعرف عليه من خلال أن الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل مع الآخرين بالإيماءات وبتعابير الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام بينما لا يظهر الأطفال التوحيديون أية تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة ، وقد تظهر المجموعتان إعادة الكلام وترديده غير أن الأطفال التوحيديين مميزين بتريدهم للكلام (المعاداه) وخاصة ترديد أواخر الكلمات أكثر وفي حين يخفق الأطفال التوحيديون في استخدام اللغة كوسيلة اتصال يكون بإمكان الأطفال المضطربين لغويا أن يكتسبوا مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية ويحاولون التواصل مع الآخرين وهكذا يمكن النظر إلى القدرة على التعلم (أو القابلية للتعلم) والقدرة على التعامل مع الرموز على إنها قدرات فارقة ومميزة بين الأطفال التوحيديين والأطفال المضطربين لغويا .

(5) الإضطرابات النمائية الأخرى :

1- اضطراب ريت *Reets Disorter* :

يشير (أحمد فهمي عكاشة ، 1998) إلى أن السمة المميزة لهذه الفئة (زملة ريت) هي فقدان حركات اليد الهادفة والمهارات اليدوية الحركية الدقيقة

يُصاحبها فقدان كامل أو جزئي أو انعدام في ارتقاء اللغة وحركات نمطية معينة تلتف فيها اليد أحدهما حول الأخرى أو تقوم بحركة غسيل مع وضع الذراعين في حالة انثناء أمام الصدر أو الذقن بلل نمطي لليدين بواسطة اللعاب ، عدم المضغ الجيد للطعام ، نوبات كثيرة من فرط التنفس ، فشل دائم تقريباً في القدرة على التحكم في التبول والتبرز ، والشيء الاجتماعي المميز لهم هو أن يحتفظ الأطفال بنوع من الابتسامة الاجتماعية على وجوههم فينظرون إلى الآخرين أو خلالهم ولكنهم لا يتفاعلون معهم وخاصة في الطفولة المبكرة ، وإن كان التفاعل الاجتماعي كثيراً ما يرتقى في مرحلة متأخرة .

ويشير عثمان فراج (2003: 119-131) إلى متلازمة ريت بأنها إحدى اضطرابات النمو الشاملة *disorder, pevelopmental* بل تعتبر من أشد إعاقات تلك المجموعة حيث تأثيرها على مخ الفرد المصاب وفقدانه القدرة على الاحتفاظ بما اكتسبه من خبرات وما تعلمه من مهارات (كالمشي والكلام... الخ) وكثيراً ما تصاحبها درجة من درجات التخلف العقلي بالإضافة إلى ما تسببه من إعاقات حركية أو إعاقاة تواصل ونوبات صراعية تزيد من إعاقاة الفرد عنفاً وتحدث بمعدل حالة واحدة من كل 10.000 حالة ولادة حية .

ويشير (علاء عبد الباقي إبراهيم ، 2011) : إلى أوجه التشابه بين التوحد ومتلازمة ريت :

- نمو طبيعي خلال السنتين الأولى والثانية من العمر يليه حالة من القصور الشديد في نمو المهارات اللغوية والاجتماعية ، ومهارات التفاعل المكتسبة .
- قصور في القدرة على الكلام وأحياناً فقدان كامل للكلام .
- نقص شديد في القدرات المعرفية والتفكير .

- تفكك الأفكار وعدم القدرة على التعبير .
- عدم القدرة على التواصل مع الآخرين .
- اضطراب الانفعالات ونوبات ضحك أو صراخ بدون مبرر .

ويشير (عثمان فراج) إلى أهم أوجه الاختلاف بين الريت والتوحد موضحة بالجدول التالي:

جدول يوضح التشخيص الفارق بين التوحد والريت
(عثمان فراج: 2002، 131).

التوحد autisme	الريت ret	مسلسل
قصور النمو موجود وظاهر بعد الميلاد (مبكرا)	يبدى المصاب تدهورا واضحا تدريجيا في النمو مع تقدم العمر	1
غالبا لا توجد وإذا وجدت فهي غالبا نتيجة عادات مكتسبة	اضطراب وعشوائية ومنطوية حركية اليد (عرض مميز)	2
الوظائف العضلية الكبيرة سليمة	غياب التوازن - ترنح في المشي - غياب التناسق الحركي	3
قد يوجد اضطراب في استخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها	فقدان تام للوظائف اللغوية	4
اضطرابات التنفس نادرة أو لا توجد	اضطراب التنفس أحد الأعراض الرئيسية	5
ثبات في مهارات محاور النمو المختلفة دون تدهور	التدهور في محاور النمو عرض أساسي حتى يصل في مرحلة البلوغ إلى عمر 6- 12 شهراً على المحور اللغوي	6
نوبات الصرع قليلة أو نادرة وإذا ظهرت ففي مرحلة المراهقة يحدث عند الذكور والإناث وينتشر بين الذكور أكثر من للإناث .	نوبات الصرع تظهر مبكراً في 75% من الحالات عنيفة ومتكررة ويصاحبها إفرزات فميه يحدث عند الإناث فقط .	7

ويتفق كل من عادل عبد الله (2002: 216) ، سها أمين (2002: 36)

على أن زملة ريت هي اضطراب يصيب الإناث فقط ، ويظهر في صورة سلوك يشبه التوحد حيث اختلال في نمو الرأس ومشاكل في تناعم العضلات ومشكلات

في حركات أو استخدام اليد متمثلة في عدم القدرة على الكتابة أو الحركة ويبدأ ذلك في السن من 1- 4 سنوات .

2- اضطراب أسبيرجر *Aspergers syadrome* :

هذا الاضطراب اكتشفه هانز اسبيجير *Aspergers* عام 1944 واعتبره أحد اضطرابات الشخصية وكان يتشابه في أعراضه مع بعض أعراض التوحد ، حيث أن اكتشافات (اسبيجير) ظهرت في نفس الوقت الذي أعلن فيه (كانر) عن ملاحظاته للأطفال ذوي التوحد وقد أطلق (اسبيجير) على الاضطراب الذي اكتشفه المرض النفسي الأوتيستي *Autistic psychopath* واعتبره حالة مخففة من التوحد. ويشير (عادل عبد الله محمد، 2002) : إلى أن هذه المتلازمة تنتسب إلى مكتشفها النمساوي هانز اسبيجير *Hans Asperger* حيث اعتقد في البداية أن هذا الاضطراب يعد أهم الاضطرابات الشخصية ، ويتسم بالحديث المتكرر واستخدام الألفاظ غير الشائعة مع قصور في التفاعلات الثنائية ، وقدرة باهرة على التفكير المجرد ، ووجود مجالات اهتمام خاصة إلى جانب اللعب النمطي والمتكرر ، وتجاهل المتطلبات البيئية مع الأصالة والابتكار في مجالات منتقاة وكذلك لاحظ أنه يحدث بين الأطفال بنسب 1: 10000 طفل ويزداد انتشاره بين البنين قياساً بالبنات ، وكما أن من الأكثر احتمالاً أن تتم ملاحظة أعراضه بين الأطفال ذوي مستوى الذكاء المرتفع ، أو ممن يتميزون بارتفاع مستوى قدرات معينة لديهم ، إلا أنه من الممكن ملاحظة مثل هذه الأعراض بين الأطفال ذوي معامل الذكاء المتوسط ، أو الأقل من المتوسط ، وأنه نادراً ما يحدث بين الأطفال ذوي الإعاقات الفكرية .

ويشير (إبراهيم العثمان ، إيهاب البيلوى ، 2012) : إلى أهم الفروق بين متلازمة اسبيرجر والتوحد :

1. المصابين بمتلازمة اسبيرجر هم ذوى اضطراب توحد ذو أداء مرتفع .
 2. المصابين بمتلازمة اسبيرجر لا يعانون من إعاقة فكرية بل قد يتمتعون بقدرات ذكاء طبيعية أو ما يفوق ذلك ، وفي المقابل يعانى نحو 75-77% من المصابين بالتوحد تأخراً فكرياً بالإضافة إلى أن جميعهم دون استثناء ومهما كانت قدراتهم الإدراكية يواجهون تأخراً ملحوظاً في النمو اللغوي ، وهى مشكلة لا تواجه ذوى متلازمة اسبيرجر .
 3. أن النتائج المتوقع تحقيقها مع ذوى متلازمة اسبيرجر أكثر إيجابية .
 4. الاضطرابات العصبية أقل شيوعاً لدى ذوى متلازمة اسبيرجر .
 5. صعوبات التواصل ، والتفاعل الاجتماعي أكثر شدة لدى المصابين بالتوحد مستوى الذكاء اللغوي يكون عادةً أعلى من مستوى الذكاء العلمي لدى ذوى متلازمة اسبيرجر في حين أن عكس ذلك هو الصحيح لدى المصابين بالتوحد تظهر الحركات غير المتقنة لدى ذوى متلازمة اسبيرجر أكثر مما تظهر لدى ذوى اضطرابات التوحد .
 6. تظهر الأعراض في مرحلة متأخرة لدى ذوى متلازمة اسبيرجر بينما تظهر بعد سن الثالثة لدى التوحد .
 7. ليس هناك حتى الآن حالات موثقة عن متلازمة اسبيرجر تبين حدوث انتكاس أو تراجع في النمو كما هو الحال في التوحد .
- ويشير (أحمد فهمي عكاشة ، 1998) : إلى أن زملة اسبيرجر هي نوع من الاضطراب غير المؤكد في قيمته التصنيفية ، يتميز بنفس النوع من الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعي المتبادل الذي يميز الذاتوية بالإضافة إلى مخزون

محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات ، وتختلف عن الذاتية أساساً في أنه لا يوجد تأخر أو تخلف عام في اللغة أو في الارتقاء المعرفي ، وعادة ما تظهر في الذكور .

كما يمكن أن نفرق بين الاضطراب الاجترارى وبين اضطراب اسبيرجر في أن الاضطراب الأخير يتميز بالنقص أو التأخر في الارتقاء اللغوي ، علماً بأنه لا يتم تشخيص اضطراب اسبيرجر إذا ما انطبقت محكات تشخيص الاضطراب الاجترارى على الحالة. (علاء الدين كفاي، 2001) .

وقد يأتي تشخيص متلازمة اسبيرجر في مرحلة متأخرة عن التوحد أي في الطفولة المتأخرة والمراهقة وهذا لا يعنى أن الحالة أخف ويمكن أن تغفل في مرحلة مبكرة من النمو ومع ذلك فإن تأثيرات الحالة ليست بالضرورة أن تكون بسيطة بل أنها تصبح أكثر ملاحظة مع زيادة السن. (Frit,2003: 11)

ويشير (عثمان لبيب فراج ، 2002) : إلى أنه توجد جوانب تشابه وجوانب اختلاف بين الذاتية وبين زملة اسبيرجر وتدور أوجه التشابه حول نواحي القصور في القدرة على التفاعل الاجتماعي والتواصل وفي محدودية الاهتمامات وأوجه النشاط أما عن أوجه الاختلاف بينهما فيمكن عرضها على النحو التالي :

1. طفل التوحد يعاني من تأخر أو توقف تام في النمو اللغوي والقدرة على التخاطب بينما طفل الاسبيرجر لا يعاني من هذه الأعراض ولو أنه قد يعاني من صعوبة في تفهم كلام الآخرين .

2. طفل التوحد يعاني من قصوراً ملحوظاً في النمو المعرفي مقارنة بطفل الاسبيرجر .

3. أكثر من 70% من حالات التوحد تعاني من تخلف عقلي مما يزيد

من صعوبة وشدة هذه الإعاقة بينما تلاحظ في حالات الأسبيرجر ندرة في حالات التخلف العقلي .

4. طفل الأسبيرجر لا يتجنب الآخرين من الأقران أو الكبار كما يفعل طفل التوحد بل يقبل على التعامل معهم بنشاط ضيق ومحدود .

5. إعاقة الاسبيرجر من حيث الشدة أخف بدرجة كبيرة من إعاقة التوحد حيث يعتبر البعض أن الأسبيرجر هو نوع من التوحد الخفيف .

6. أعراض التوحد تبدأ في الظهور قبل عمر سنتين بينما أعراض الأسبيرجر غالباً ما تظهر متأخرة عند عمر 4-6 سنوات وأحياناً بعد ذلك .

7. كلاهما يعاني من العزلة الاجتماعية إلا أن الفرق بينهما هو أن طفل التوحد غير واعي بوجود الآخرين حوله بينما طفل الاسبيرجر يدرك جيداً وجود الآخرين حوله ويشعر بهم ويبذل محاولات مستميتة للحديث معهم .

ويقول عادل عبد الله (2005 : 232) أن البعض يطلق على هذا الاضطراب

اضطراب التوحد ذو المستوى المرتفع من الأداء الوظيفي ويتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية ووجود أنشطة واهتمامات مقيدة ومحددة جداً مع عدم وجود تأخر عام دال من الناحية الكلينيكية في اللغة وتتراوح نسبة ذكاء الفرد في هذا الاضطراب بين المتوسط إلى المرتفع وربما المرتفع جداً ، حيث من الملاحظ أن هذه الفئة تضم أطفالاً موهوبين .

ويرى شيورمان وويبر (Scheurman & Webber,2002,11) أن الطلاب

ذو المستوى الوظيفي العالي للتوحد أو اضطراب اسبيرجر قد يحصلون على متوسط أو فوق المتوسط في اختبارات الذكاء وقد يكون لديهم مهارات شفوية إلى حد كبير وبالرغم من ذلك فإنهم قد يتواصلون بشكل ضعيف ،لديهم عدد ضئيل

من الأصدقاء يصابون بالغضب والضيق إذا ما تم خرق النظم المعتادة ، ولديهم مهارات حركية سيئة بما فيها الكتابة ، وقد يظهرون سلوكيات نمطية .

3- اضطراب الطفولة التفككي : *Childhood Disintegrative Disorder*

يتميز بالنمو الطبيعي في أول عامين من حياة الطفل ثم يحدث فقدان في المهارات السابق اكتسابها في التعبير والفهم اللغوي والتكيفية في التحكم في التبول والتبرز واللعب والمهارات الحركية . (عمر بن الخطاب، 2001، 20) .

ويعتبر هيلر (Heller) (1908) هو أول من اكتشف حالة اضطراب الطفولة التفككي وذلك بعد وصفه نتائج متابعة ستة أطفال تراجعت قدراتهم اللغوية والاجتماعية ، ولقد كان لهذا الاضطراب الذي اكتشفه هيلر عدة أسماء عبر السنين منها ، الخوف الطفولي ، ومتلازمة هيلر ، والذهان التفككي ، وهذا الاضطراب جديد ونادر جداً حيث لا تتعدى نسبته واحد لكل 10000 ولادة تقريباً ، وفي إحدى الفحوصات التي أجريت في اليابان لوحظ بأن حوالي 80% من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب قد أظهروا بعض التحسن في استرجاع مهاراتهم المفقودة ، وذلك بعد سن الرابعة رغم استمرار معاناتهم من الإعاقات .

كما يتسم هذا الاضطراب بحدوث نمو طبيعي للطفل خلال أول عامين من حياته على الأقل ثم يفقد الطفل المهارات التي اكتسبها من قبل . (عادل عبد الله ، 2002) .

وقد حددت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين المعايير التشخيصية لاضطراب الطفولة التفككي على النحو التالي :

1. نمو طبيعي لا يقل عن سنتين بعد الولادة مع وجود تواصل لفظي ، وغير لفظي مناسب للعمر الزمني والعلاقات الاجتماعية ، واللعب ، والسلوك التكيفي .
2. فقدان الملحوظ سريرياً للمهارات المكتسبة سابقاً قبل سن العاشرة فيما

لا يقل عن اثنين من المجالات الآتية :

- اللغة التعبيرية أو الاستقبالية .
- المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي .
- التحكم في الأمعاء والمثانة .
- اللعب .
- المهارات الحركية .

3. أنشطة غير طبيعية فيما لا يقل عن اثنين في المجالات التالية :

- إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي مثل ضعف السلوك غير اللفظي وال فشل في تكوين صداقات ، ونقص التفاعل الاجتماعي والعاطفي .
- أنماط محددة ومتكررة ونمطية للسلوك ، والاهتمامات والأنشطة .
- إعاقة نوعية في التواصل ، وتأخر أو عدم وجود لغة منطوقة ، وعدم المبادرة بالكلام ، وعدم القدرة على اللعب التظاهري .

4. إن هذا الاضطراب غير مفسر بشكل مقبول ضمن أي اضطراب تطوري عام أو فصام .

أهم الفروق بين اضطراب الطفولة التفككي واضطراب التوحد (إبراهيم العثمان ، ايهاب الببلاوى 2012).

الاضطراب	اضطراب الطفولة التفككي	التوحد
وجه المقارنة		
العمر عند ظهور الإعاقة	من 3- 5 سنوات وقد يصل إلى ما بعد العاشرة من العمر	قبل سن الثالثة من العمر
مستوى التراجع الناتج/التوقعات	فقدان تام للقدرة على التحدث بعد اكتسابه جمل طويلة غالباً ما نتوقع صعوبة القدرة على استعادة ما فقده الطفل.	يفقد بعض الكلمات عندما لا يتجاوز 10 كلمات غالباً ما نتوقع نتائج أكثر ايجابية من الاضطراب التفككي .

ويشير حسن عبد العاطي (2003: 579) إلى أن اضطراب عدم التكامل في الطفولة يتميز عن التوحد بفقدان النمو السابق اكتسابه قبل بداية عدم تكامل الطفولة ، حيث تكون اللغة قد تقدمت إلى مستوى تكوين الجمل وهذا يختلف عن التوحد الذي تزيد اللغة فيه عن كلمات مفردة أو عبارات قبل تشخيص اضطرابه وإن الأطفال المصابين بعدم التكامل من المحتمل ألا تكون لديهم قدرات لغوية.

4- التوحد والاضطراب النمائي غير المحدد في مكان آخر *Pervasive Developmental Disorder - Not otherwise Specified*

يشير خالد عبد الله (2004: 202) إلى أن هذا الاضطراب يشار إليه عادة على أنه اضطراب توحدي غير نمطي أو غير نمذجي ، ويتم تشخيص الحالة على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل تلك المحكات الخاصة بتشخيص معين مع وجود خلل أو قصور شامل وشديد في عدد من السلوكيات المحددة

ويرى هارتمان وآخرون (Hartman et al,2006,320) أنه طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي DSM-IV-TR (2002) فإن هذا الاضطراب يتم تشخيصه لدى الطفل عندما يعاني من إعاقة شديدة وشاملة في نمو التفاعل الاجتماعي التبادلي والمرتبطة بالإعاقة في كل من مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي مع وجود السلوك النمطي والأنشطة والاهتمامات النمطية دون التوصل إلى المحك الخاص بإحدى الاضطرابات النمائية الشائعة أو اضطراب الشخصية التجنبية .

ويشير (إبراهيم عبد الله الزريقات ، 2004) : إلى أن هذا الاضطراب يعرف بالتوحد غير النمطي ويستخدم هذا التصنيف في حالة وجود إعاقة شديدة عامة في تطور التفاعل الاجتماعي المتبادل ، أو في مهارات التواصل اللفظية ، وغير اللفظية ، أو عندما توجد أنشطة واهتمامات وسلوكيات نمطية ولكنها

غير مصنفة على أنها اضطراب نمائى عام محدد ، أو فصام ، أو اضطراب الشخصية الفصامية أو اضطراب الشخصية التجنبى .

5- اضطرابات لاند كلفنر- Land- Kleffner Syndrome

الأطفال المصابون بزملة السندروم يظهرن العديد من السلوكيات الذاتية مثل الانسحاب الاجتماعى ، الإصرار على نفس الشيء ومشكلات اللغة ويعتقد أن لديهم نكوصاً ذاتوياً بسبب ظهورهم كأسياء حتى بعض الوقت من 3- 7 سنوات غالباً لديهم مهارات لغوية جيدة في طفولتهم المبكرة ولكن يفقدون قدرتهم على الكلام تدريجياً كما أن لديهم موجات غير طبيعية في تخطيط الدماغ يمكن تحليلها ورسمها خلال فترات ما (محمود حمودة ، 1998) .

6- اضطرابات الذهان Psychosis

يشير (محمد عشيى ، 1993) : إلى أن الذهان حالة تعيق الطفل عن فهم الواقع وعن فهم واقع غيره ، ونسبة وجوده بالمجتمعات من 5، 0 إلى واحد في الألف حسب الإحصائيات ، ويقسم الذهان إلى نوعين رئيسين :

(أ) الذهان المبكر : ويشمل :

1- الذهان الأنطوائى : وتظهر أعراضه في السنة الثانية من العمر ويتصرف الطفل كأنه وحيد منعزل لا يسمع الأصوات من حوله كأنه لا يرى الناس المحيطين به .

2- الذهان التكاوئى : ويظهر في سن متأخر نسبياً عن النوع السابق حيث يفقد الطفل حدود ذاته وتظهر عليه حركات غريبة أو ترديد مرضى لما يقوله الآخرون (echolalia) .

3- الذهان التخلفى : حيث تظهر أعراض الذهان والتخلف العقلى معاً أي الذهان

المصحوب بتخلف عقلي .

(ب) الذهان المتأخر

من الممكن أن يتطور الذهان لدى الأطفال بعد سن الخامسة ولكنه يختلف عن ذلك الذي يلاحظ في الطفولة المبكرة – ففي معظم الحالات يكون الذهان ضمن حالات الطبيب النفسي والذي يلاحظ غالباً لدى الراشدين مثل الفصام *Schizophrenia* والهوس *Mania* أو الاكتئاب الذهاني *Psychotic Depression* ومثل تلك الإضطرابات هي نادرة كلية في الطفولة وبالمقارنة فأن الشائع لدى الأطفال هو "ذهان الطفولة الأولى المبكر" *Childhood Psychoses* (لورنا وينج ، 1994)

ويشير (شاكر عطية قنديل ، 2000) : إلى وجود بعض الاختلافات بين الذهان والأوتيزم على النحو التالي :

1. تدهور واضح واضطراب في الانتباه لدى التوحدي بعكس الذهاني .
2. نقص الواصل اللفظي وغير اللفظي لدى التوحدي مقارنة بالذهاني .
3. نشاط حركي مفرط لدى التوحدي .
4. نسبة الإعاقة بين الذكور أكثر من الإناث (4 – 1) في التوحد بينما تتساوى بين الجنسين في الذهان .
5. وجود هلاوس وهذيانات لدى الذهاني وعدم وجودها لدى التوحدي .
6. ظهور بعض أعراض التخلف العقلي لدى الذهاني وعدم وجودها لدى التوحدي .
7. التوحد اضطراب نمائي وسلوكي وانفعالي بينما الذهاني اضطراب عقلي .

7- اضطرابات الذاتوية اللانمطية Atypical Autism

الذاتوية اللانمطية نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يتميز عن ذاتوية الطفولة أما في عمر الطفل عند بدايته أو في عجزه عن استيفاء مجموعات المعايير

الثلاث سنوات ، وتستخدم هذه الفئة ، حيث يظهر الارتقاء غير الطبيعي أو المختل لأول مرة بعد عمر الثلاث سنوات أو في غياب ما يكفي من العلامات غير الطبيعية في واحد أو اثنين من المناطق المرضية النفسية الثلاثة الضرورية كلها في تشخيص الذاتوية ألا وهى " التفاعلات الاجتماعية المتبادلة - التواصل - السلوك النمطي المحدود والمتكرر " وتنشأ الذاتوية اللاشمطية غالباً في الأفراد ذوى التخلف العقلي جسيم الشدة . (أحمد فهمي عكاشة ، 1998)

8- اضطرابات الخرس أو الصمت الاختياري

هناك عدد قليل من الأطفال الذين يتكلمون عند ظرف معين (مثل أن يتواجدوا في منزلهم) ويمتنعون عن الكلام في مكان آخر (مثلاً في المدرسة) وهذا شائع عادة عند الأطفال حديثي الحبو أو المشي عندما يبدءون في الكلام ، ولكن إذا استمر ذلك حتى سن المدرسة فحينذاك يجب أن يؤخذ في الاعتبار وقد تكون لدى الأطفال ذوى الخرس الاختياري مجموعة متنوعة من المشكلات الكلامية ، والسلوكية ، ولكن النمط السلوكي الخاص بهم يختلف عن ذلك الملاحظ لدى الطفل التوحدي ويجب أن يأخذ الشخص في حسبانته كل الأعراض مجتمعة دون أن يعتمد فقط على أن الطفل يظل صامتاً في بعض الأماكن ، وأحد أهم وابرز السمات هي أن الطفل ذي " الخرس الاختياري " يستطيع استخدام الكلام والإيماءات الجسدية بطلاقة وسهولة عندما يتحدث وأنه لا يوجد لديه أي نوع من الاضطرابات الكلامية التي تنشأ في توحده الطفولة المبكر .

(أحمد فهمي عكاشة ، 1998) .

(7) أشكال التوحد :

في الغالب يتم تشخيص التوحد بناء على سلوك الشخص الذي يتم تشخيصه ، ولذلك فإن هناك أعراض كثيرة للتوحد ، ويختلف ظهور هذه الأعراض

من شخص لآخر فقد تظهر عند طفل بينما لا تظهر عند طفل آخر . بالرغم من أنه قد تم تشخيصهما على أنهما مصابان بالتوحد . كذلك فقد تختلف حدة التوحد من شخص لآخر .

وعادة ما يستخدم المتخصصون مرجعا يسمى الدليل الأمريكي التشخيصي الرابع *DSM-IV Diagnostic and Atatistical Manual* الذي يصدره إتحاد علماء النفس الأمريكيين . وذلك للوصول إلى تشخيص علمي للتوحد ، حيث يتم تشخيص الاضطرابات المتعلقة بالتوحد من خلال هذا الدليل بالعناوين الآتية :

• اضطرابات النمو الدائمة.

• التوحد.

• اضطرابات النمو الدائمة غير المحددة تحت مسمى آخر.

• متلازمة اسبيرجر *Aspergers syndrome*.

• متلازمة ريت *Retts syndrome*.

• اضطراب الطفولة التراجعي .

ويتم استخدام هذه المصطلحات بشكل مختلف أحيانا من قبل بعض المتخصصين للإشارة إلى بعض الأشخاص الذين يظهرون بعض وليس كل علامات التوحد فمثلا يتم تشخيص الشخص على أنه مصاب " بالتوحد " حينما يظهر عدداً معيناً من أعراض التوحد المذكورة في الموسوعة الإحصائية التشخيصية *DSM-IV* بينما يتم مثلا تشخيصه على أنه مصاب باضطراب النمو غير المحدد تحت مسمى آخر ، حينما يظهر الشخص أعراضا يقل عددها عن تلك الموجودة في " التوحد " على الرغم من أن الأعراض الموجودة مطابقة لتلك الموجودة في التوحد . بينما يظهر الأطفال المصابون بمتلازمتي اسبيرجر وريت أعراضا تختلف بشكل أوضح

عن أعراض التوحد ، لكن ذلك لا يعنى وجود إجماع بين المتخصصين حول هذه المسميات بطريقة تختلف عن الآخر.

(8) خصائص الأطفال التوحديون *Characteristics of Astism*

تشير آمال باظة (2003) إلى بعض الأعراض والخصائص الفارقة للأوتيزم تبعاً للدليل الرابع (DSM-IV) (1994) ، والذي ورد ضمن الاضطرابات النمائية المنتشرة وغير المحددة وليس ضمن الاضطرابات الانفعالية والوجدانية :

- ضعف في التواصل بالآخرين .
- قصور في فهم الانفعالات وبالتالي فقد الاستجابة للآخرين .
- عجز في التواصل غير اللفظي لعدم القدرة على تمييز الانفعالات .
- قصور في الأنشطة والاهتمامات لضعف التخيل .
- ظهور الأعراض في عمر (30) شهر أي قبل إتمام العام الثالث من عمر الطفل .
- عجز في التواصل غير اللفظي لعدم القدرة على تمييز الإشارات والأوامر اللفظية .
- قصور واضح في النمو اللغوي مما يقلل من التواصل اللفظي .
- تكرار المقاطع والكلمات .
- الخوف والفرع ومقاومة التغيير والإصرار على التكرار النمطي والروتيني .

(1) الخصائص المعرفية :-

تتفاوت القدرات المعرفية عند الأطفال التوحديين ، فقد يكونوا على مستوى عالي في شيء معين ، بينما يكونون متأخرين في أدائهم لشيء آخر، ويرتبط هذا الاختلاف أحيانا بعدم قدرة هؤلاء الأطفال على فهم المفاهيم الأساسية (Simons,J., and Oishi,S., :1985,p178)

ويختلف الأطفال التوحديين من حيث مستواهم العقلي فالغالبية حوالي 75% منهم يعانون من الإعاقة الفكرية ، أما النسبة الباقية 25% والتي يطلق عليهم ذوى الأداء المرتفع ، فهم يعانون من العجز الانفعالي والاجتماعي ،ولكنهم لا يعانون من العجز المعرفي كما أن لديهم بعض القدرة على الحديث مع الآخرين وهؤلاء يمكنهم في المستقبل الالتحاق ببعض الوظائف التي تتطلب انتباهاً للتفاصيل أو تفاعلاً اجتماعياً محدوداً مثل العمل في مكتبة ، أو تشغيل ماكينة مفاتيح ، ويستطيعون القيام بهذه الوظائف على نحو مقبول. (Sigman&Capps,1997).

(أ) الإدراك:

تشير دراسة مارجورى (1994) إلى أن الأطفال التوحديين لديهم مشكلات في الاستمرار في الأداء المعرفي كالتذكر لفترة كبيرة ، وهناك أطفال يعانون من مشكلات بصرية ومشكلات في استخدام الرموز وحل المشكلات . (سها أحمد أمين : 2002: 40-41).

ويشير (شاكر قنديل ، 2000) : عن دراسة لفيرارى (1983) قام فيها بملاحظة أطفال التوحد في سلوكهم لأعمار تتراوح ما بين 3 : 10 سنوات حيث قام بملاحظة ردود أفعالهم تجاه رؤيتهم لأنفسهم في المرآة وذلك بعد وضع لون أحمر على الأنف وبعد ذلك لاحظ أن الطفل قام بوضع يديه على أنفه لإدراكه بانعكاس صورته في المرآة ، وقد لوحظ هذا على الأطفال العاديين في سن 21 شهرا أنهم كانوا يلمسون أنفهم في التجربة ، ومن خلال ذلك نجد أن الطفل التوحدى قد يكون لديه نوع من الفهم لنفسه مثل العاديين ، وإن كان ذلك يأتي في مرحلة متأخرة من العمر من إدراكه لنفسه .

وتشير (نادية أبو السعود ، 2000) : إلى أن نتائج الدراسات المختلفة تبين أن الأطفال التوحديين يعانون من عجز في وظيفة الإدراك بصفها إحدى القدرات المعرفية ، حيث اتضح من خلال التقارير الإكلينيكية إن استجابات أطفال التوحد للمنبهات الحسية شاذة ، ورغم أنهم قد يغطون أعينهم أو آذانهم لتجنب منبهات معينة فإنهم يميلون إلى اللعب بالعاب الحركة السريعة ، وقد تبين من خلال ملاحظة التوحديين أنهم يميلون إلى تحريك أصابعهم أمام أعينهم كما يميلون إلى هز الأشياء ، وهذا يؤكد على أن الأطفال التوحديين يعانون من اضطراب في عملية الإدراك .

وقد يجد الطفل التوحدي صعوبة في التوفيق بين الحركة والصوت ولا يستطيع تقليد الآخرين كما لا يستطيع اكتساب مهارات من خلال التقليد والمحاكاة ويميل إلى الخلط بين الشكل والأرضية ، ويكاد يوزع نظره على الأشياء بدون تركيز ، وقد لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعم الأشياء ، ويوجد قصور في تنظيم وتكامل الإحساس لديه ، فالعيوب الإدراكية تمثل جزءاً من الصورة الإكلينيكية للتوحد .

وتؤكد دراسة (حسن مصطفى عبد المعطى ، 2001) : أن أطفال التوحد لديهم قصور في مدى الانتباه ، وانعدام القدرة الكاملة للتركيز على مهمة ما ، ويتفق معه في ذلك (عمر بن الخطاب خليل ، 1991) : على أن مشكلة الاضطراب التوحدي تتمثل في اضطراب الإدراك حيث يهتم الطفل التوحدي ويستجيب لمنبهات بعينها بغض النظر عن كونها استجابة شاذة ولا يستجيب لمنبهات أخرى مما يعنى أن الخلط والقصور يكونان في الإدراك ، هذا بالإضافة إلى عدم قدرته على التفاعل والتواصل مع الآخرين كما يعوقه عن الملل على زيادة المخزون في الذاكرة والارتفاع بمستوى القدرة المعرفية .

(ب) الانتباه:

يشير محمد أحمد خطاب (2005: 31 : 32) إلى أن الأطفال التوحيديون يظهرون انتقائية الانتباه وذلك من خلال الأحداث البيئية المحيطة بهم ، حيث أنهم يستجيبون بخبراتهم الحسية الأشياء . كما أن قدرتهم على التصنيف النواحي المعرفية من أكثر الملامح المميزة للاضطراب تتسم بالجمود . ولذا يعد الاضطراب في التوحدي وذلك لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين .

وتشير بعض الدراسات إلى أن ضعف الانتباه لدى التوحيديين يرجع لعدم قدرتهم على انتقاء المثيرات والربط بينها ، كما وجدت أيضاً صعوبات في الانتباه المتصل والمنفصل لديهم تبعاً لزيادة متطلبات المعالجة للمهمة ، وقد قام جولدستين بدراسة على عينة تتكون من 130 من المصابين بالتوحد ، وتم تطبيق بعض الاختبارات مثل توصيل الحروف والأرقام وشطب الكلمات ، وتم تقديم المثيرات من خلال الكمبيوتر ، وقد أشارت النتائج إلى أن الأطفال التوحيديين يعانون من صعوبات في الانتباه تتمثل في ضعف الإدراك وغيرها من مكونات الانتباه (Goldstein,G.,et al 2001,p.,433,Jessica,B.,et al:2003,p552-560)

وتظهر الصعوبات المعرفية الأساسية للأطفال المصابين بالتوحد في منطقتين رئيسيتين هما: الانتباه المشترك واستخدام الرمز ، فيعكس الانتباه المشترك صعوبة في الانتباه التعاوني كما يعكس استخدام الرمز صعوبة في تعلم المعاني المشتركة والتقليدية

وأثبتت الدراسات أن الأطفال التوحيديين يعانون من اضطرابات الانتباه من حيث التعرف البصري المكاني على الأشياء . كما أن قدرتهم على التصنيف النواحي المعرفية من أكثر الملامح المميزة للاضطراب تتسم بالجمود . ولذا يعد

الاضطراب في التوحى وذلك لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين. (Susan,M.,et al:2003,p.329).
كما تشير دراسة أولية إلى قصور في الانتباه لدى الأطفال ذوى متلازمة اسبيرجر ، ويظهر خصوصاً في استجابة غير ثابتة أو متباينة للمثيرات في مهام الانتباه البصري (Schatz et al,2001) .

ونلاحظ أن الملاحظات السلوكية المعينة ، بالإضافة إلى برامج البحوث تؤكد على اضطرابات في الانتباه لدى الأطفال التوحديين ، فالانتباه قدرة رئيسية حيث أنه أساس عمليات اختصار المعلومات ، وانتقاء الاستجابة ، والاستعداد للفعل النهائي . تصل المعلومات الجديدة في شكل تدفق مستمر للمثيرات الداخلية والخارجية ، ويقوم الفرد بتنمية قدرة متزايدة يتجاوز الدافع للانتباه لما هو جديد أو مرغوب فيه حتى يتأهل أو يوجه أو يرشد الانتباه بناءً على القدرة المعرفية السابقة والأهداف الداخلية ، ويتميز الأطفال التوحديون بانتباه قوى للمعلومات البصرية التكرارية البسيطة مقارنة بنظرائهم من ذوى الاضطرابات النمائية الأخرى كما يقاس بالأداء المستمر على المهام

(Buchsbbaum et al,Cosey et al,1993,Garretson et al, 1990,
Goldstein et al, 2001, Minshew et al,1997,Pascualvaca ey al, 1998)

ج) التذكر :

يشير إبراهيم عبد الله الزريقات (2004 : 152) إلى أن الذاكرة قصيرة المدى لدى الأطفال التوحديين ، تظهر في المثيرات السمعية والبصرية ، حيث أنهم يظهرن حدثاً في الاستدعاء الفوري للجمل المختلطة المتضمنة جزءاً من الجمل وجزءاً من غير الجمل ، والوصف الإكلينيكي لهؤلاء الأطفال يظهر ميلهم لإعادة الجمل التي قيلت لهم لتستعمل في كلام المصاداة ، أما الذاكرة طويلة المدى وهذه

الذاكرة جزء آخر لدى الأطفال التوحيديون حيث نجد أن لديهم قدرة معاقلة لاستدعاء الأنشطة التي قاموا بها حديثاً وهذا ما يؤكد أن الشذوذات اللغوية لدى الأطفال التوحيديون قد تنتج عن صعوبات تذكر الأشياء المناسبة لقولها .

كما يشير (Scheuevmann&Webber,2002:7) إلى أن الأطفال التوحيديون يستخدمون مخزون الذاكرة وهو يشبه صندوق التكرار ويظهر ذلك في قدرة الأطفال التوحيديون البارعة في رسم الصور كما هي ، وتجميع الصور .

وتشير (سوسن شاكر الحلي ، 2005) : إلى أن الأشخاص المصابين بالتوحد يعتمدون على طريقة معينة من التفكير تتميز في معظم الأحيان بما يلي :

- التفكير بالصورة وليس بالكلمات .
- عرض الأفكار في مخيلتهم على شكل شريط فيديو مما يجعلهم بحاجة إلى وقت أكثر لاسترجاعها .
- صعوبة في معالجة سلسلة طويلة من المعلومات الشفوية .
- صعوبة في الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم أثناء محاولة معالجة معلومات أخرى .
- صعوبة في تعميم الأشياء التي يدرسونها أو يعرفونها .
- يواجهون صعوبات في معالجة المعلومات الحسية التي تصل إليهم مما يؤدي إلى وجود عبء حسي *Sensory overload*
- يستخدمون العقل بدلاً من المشاعر في عمليات التفاعل الاجتماعي .
- يعانون من صعوبات في عدم انتظام إدراكهم لبعض الأحاسيس .

(د) التخيل :

يشير عمر بن الخطاب (2001 : 27) إلى أن الطفل التوحدي لديه محدودية في النشاط الخيالي ، يتسم ذلك في التقليد وعدم إدراك الأهداف المتصلة بالكلمات

مثل الأدب والأحاديث الاجتماعية .

ويرى (Loma,M.D.,2007: 23) أن الأطفال التوحديون لديهم ضعف في النشاط الخيالي حيث لا يلفت انتباههم سوى ما يرون ، لأن ليس لديهم فهم لمشاعر الآخرين ، لذلك يجدون من الصعب مشاركة السعادة أو الحزن .
ومن خلال ما سبق نستطيع أن نلاحظ الخصائص المعرفية لأطفال التوحد فيما يلي :

- صعوبة في الإدراك الاجتماعي .
- مدى انتباههم قصير .
- الصعوبة في الاستجابة للمثيرات المختلفة .
- لديهم صعوبة في الانتباه لمثير معين .
- لديهم شذوذ في الإدراك الحسي .
- يتمتعون بذاكرة صماء جامدة غير مرتبة ولا مرتبطة.

(2) الخصائص الاجتماعية Socil Characteristics

يعتبر انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أكثر وأشد الملامح المميزة للاضطراب التوحدي ، ومعظم الأطفال التوحديون يكونون قليلي التفاعل الاجتماعي وغالباً ما يصفون على أنهم في معزل عن الآخرون أو في عالمهم الخاص (Siegl, B, 1996,p.25).

هناك مشكلة في المعرفة الاجتماعية لدى أطفال التوحد ذوي الأداء المرتفع هي اتجاههم لإعطاء انتباه أكبر للتفاصيل الخارجية ، خاصة الخصائص المادية المتضمنة في الموقف الاجتماعي ، أكثر من أعضاء المعاني الاجتماعية للمثيرات فهناك إحدى الدراسات تشير إلى أن هؤلاء الأطفال كانوا يميلون إلى وصف التفاصيل البدنية لصورة تخص اثنين من الأصدقاء بينهم أسرار (الملازمة

والمجاورة الشديدة ، والأنشطة التي يقومون بها ، ولون ملابسهم) ، أكثر من إنهم أصدقاء حميميون ، ومن خلال ذلك فإن هؤلاء الأطفال لديهم فهم جزئي للحالات النفسية للآخرين ، لذلك فإن البرامج يجب أن تقوم على أساس هدفين الأول: توسيع فهم الطفل للحالات النفسية للأطفال الآخرين ، الثاني: توجيه الطفل بصورة مباشرة لتطبيق هذه المعرفة لزيادة التبادل في التفاعلات الاجتماعية اليومية (Bauminger,2002 : 288).

ويشير (إلهامي عبد العزيز إمام ، 2000): إلى أن العزلة الاجتماعية تعتبر من أهم السمات التي تميز الأطفال التوحديين حيث يظهر هذا الاضطراب بصورة واضحة عندما يدخل التوحديين طرفاً في علاقة تفاعل مع الآخرين ، ولاشك أن غياب التفاعلية في عملية التفاعل هي العنصر الأساسي في تخلف السلوك الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين عن أقرانهم في مثل سنهم وذلك نظراً لأن أطفال التوحد يعجزون عن التنبؤ بما سيفعله الآخرون ، كما أنهم يبذلون غير قادرين على تعديل سلوكهم بما يساير سلوك الآخرين .

وتشير (سوسن شاكر الحلبي ، 2005) : إلى أن القصور في السلوك

الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين يمكن تحديده بثلاث مجالات هي :

1- التجنب الاجتماعي *Socially Avoidant*

يتجنب الأطفال التوحديين كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يؤديون التفاعل معهم .

2- اللامبالاة الاجتماعية *Socially different*

وُصف الأطفال التوحديين بأنهم غير مباليين ، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين .

3- الإرباك الجماعي *Socially awkward*

يعانى الأطفال التوحديين من صعوبة في الحصول على الأصدقاء ، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي ، حيث يتصف الأشخاص ذوي اضطراب التوحد بمشكلات تتعلق بإقامة علاقات اجتماعية ، والمحافظة عليها حيث أن الشخص التوحدي ينسحب من الكثير من أشكال التفاعل الاجتماعي ، مما يؤدي إلى صعوبة في تكوين وإقامة علاقات اجتماعية ، كما أن الطفل التوحدي لا يتضايق من بقاءه بمفرده .

ويؤكد هشام الخولى (2008: 20) وكارينتر وآخرون (Carpenter, et,al,2002) ، وكامبس وآخرون (Camps,et,al 2002) على أن الأطفال التوحديين لديهم ضعف في التفاعل الاجتماعي ويظهر ذلك في عدم تكوين صداقات وعلاقات مع الآخرين ، والانسحاب الاجتماعي ونقص القدرة على الاستجابة لأفعال الآخرين وقصور في المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية .

ويشير كل من روبال Ruble (2001: 472) ، ولونجينكر Longenecker (2002: 11) ، وكارينتر وآخرون (Carpenter,et,al 2002) إلى أن اضطراب النمو في الجوانب الاجتماعية إنما يمثل المشكلة الجوهرية لدى أطفال التوحد وتستخدم هذه الإعاقة بصورة جوهرية في تعريف زملة أعراض هذا الاضطراب ، وتعتبر على المستوى الكمي والكيفي مختلفة عن الأعراض الملاحظة في اضطرابات الطفولة الأخرى ، ويتم تحديد الإعاقة الاجتماعية بأنها الافتقار إلى المهارة الاجتماعية والفهم الاجتماعي، كما أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يخبرون بعض الرغبة الاجتماعية والتعلق الانفعالي ، إلا أنهم يواجهون مشكلات في تعلم التفاعلات

الاجتماعية وفي الاستجابة وفي المبادأة وفي إمكانية التفاعلات الاجتماعية التبادلية ، وفي التواصل بدقة وكفاءة مع الآخرين ، وفي تفسير وجهات نظرهم .

أشار (كانر) Canner إلى العديد من المظاهر الاجتماعية للتوحد وما زال الكثير منها حتى الآن يستحق اهتماماً خاصاً حيث شدد على أن السمة الرئيسية في هذا الاضطراب هي العنف والانحراف الاجتماعي *Social Deviance* وقارن بين السلوك الاجتماعي للأطفال الأسوياء والأطفال التوحديين وما تزال هذه المظاهر من أهم المعايير التي يعتمد عليها في تشخيص الاضطراب منذ التقرير الأول للعالم كانر (محمد قاسم عبد الله، 2001) حيث يعتبر انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أكثر واشد الملامح المميزة للاضطراب ، وان معظم الأطفال التوحديين يكونون قليلي التفاعل الاجتماعي وغالباً ما يوصفوا على أنهم في معزل عن الآخرين أو مفصولين عن المجتمع أو عن عالمهم الخارجي (Sigel,B.,1996,25) .

ويشير(حسن مصطفى عبد المعطى ، 2001) : إلى أن الأطفال التوحديين يتسمون بنقص (إن لم يكن غياباً كلياً) لسلوك التعلق الطفلي وفشل مبكر في الارتباط النوعي بشخص ما ، والأطفال التوحديين غالباً ما لا يبدون التعرف أو التمييز لمعظم الناس المهمين في حياتهم كالأباء والأخوة والمعلمين ، ويمكن أن يظهروا عملياً انعداماً في قلق الاتصال عند تركهم في بيئة غير مألوفة مع أشخاص غرباء .

ويرى (محمد على كامل ، 1998) : أن الأطفال الصغار العاديين يظهرون بسلوكيات متواصلة متعلمة من خلال رؤية البالغين المؤلفين لهم (أب- أم - أخوات) ويتعلمون بسرعة الاستجابة بطريقة اجتماعية ملائمة وفعالة ، وبالتتابع

يتعلمون أن يميزوا في المعاملة سلوكياتهم للتحية مثلاً أي من هو الشخص الذي يقبلونه أو يعانقونه أو من هو الشخص الذي يتحفظون معه في الكلام إلا أن الأمر يختلف بالنسبة للتوحيدين ، فهم غالباً ما يفتقرون إلى هذه المقدرة الطبيعية للاستجابة للآخرين بطريقة ملائمة ، أو التفريق بين التفاعل مع البالغين المؤلفين أو الغرباء .

كما أن العيوب المحددة التي تظهر بين الأطفال التوحيدين هي الفشل في فهم وإصدار الاستجابة الملائمة لمشاعر الآخرين ، وأيضاً نقص القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات (Cray C., 1995) . حيث أن العلاقة التي يكرزها الطفل التوحدي بالآخرين تكون علاقة سببية أكثر منها تعبيرية بمعنى أنه يتخذ من الآخرين وسيلة لتنفيذ ما يريد فمثلاً إذا أراد شيء ما يأخذ يد الأب ويضعها تجاه هذا الشيء ، أي أن الأب يكون الوسيلة أو الأداة التي تحقق للطفل مريده عندما يشاء ، وهذه العلاقة الوسيلة غالباً ما توحى لأباء الأطفال التوحيدين أن أطفالهم مهتمين أكثر بالحصول على ما يريدون أكثر من اهتمامهم بمن يلبي لهم هذه المطالب (Sigel. B, 1996, 26-28) .

كما أن التوحيدين لديهم مشكلة في التعبير عن أبسط المشاعر من السعادة والحزن بطريقة صحيحة أن مجال استخدام الإشارات الجسدية والتعبيرات بالوجه محدودة للغاية ، أما التعرف على مشاعر الآخرين الخاصة بالسعادة والحزن فلديهم مشكلة بها أيضاً (محمد على كامل، 1998) .

وأكد كانر Kanner (1943) ، وبارى وآخرون Barry et al (2003) على أن السمة الأساسية في اضطراب التوحد هو الضعف والانحراف عن المستوى الاجتماعي ، حيث يعد انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أبرز

الملامح المميزة لهذا الاضطراب ، فمعظم أطفال التوحد قليل التفاعل الاجتماعي وغالبا ما يوصفون على أنهم في معزل عن الآخرين ، وفي بعد عن المجتمع الذي يعيشون فيه .

ويشير بيرسون وميتشيل (Parsos&Mitchell) (2003: 43) إلى أن الإعاقة التي تظهر لدى الأطفال التوحديون في المجال الاجتماعي تؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي وصعوبة تحقيق صداقات وعلاقات والاحتفاظ بهذه الصداقة ، وقد قامت العديد من المحاولات لتحسين المهارة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال ، وزيادة التقبل من جانب الأقران والمحيطين ، حيث تقوم الأساليب المعرفية الأكثر حداثة لتعليم المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التوحد على افتراضات نظرية العقل *(TOM) yeory of Mind* والخاصة بالاوتيزم حيث ترى هذه النظرية أن الصعوبات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال تنضج عن طريق عدم القدرة على التفكير حول الحالات الذهنية والنفسية للذات الأخرى .

ويشير (Siegel,1996,46) ، وشاكر قنديل (2000: 89) ، محمد كمال (2009: 68) إلى أن الأطفال التوحديون يظهرون درجات من شذوذ الاتصال بالعين في نهاية السنة الثانية من العمر ، والذي قد يأخذ شكل تحديق العين وعادة فإن الأطفال التوحديون يقومون باتصال بالعين أفضل مع أفراد العائلة عنه مع الناس غير المألوفين . وأيضا عندما يتكلمون مع الآخرين ، وإن كان شكل هذا التواصل يختلف في طبيعته ، حيث أنهم نظروا إلى الآخر لفترة أطول حينما كانوا هم المتكلمين ، والعكس كان صحيحا حين كانوا في موقف الاستماع .

ويوضح كل من جولدشين وثمان *Goldstion&Theiman* (2000) ، والين وآخرون *whalen, et al* (2006: 662) ، ونوريس وداتيلو *Norris&Datilo*

(1999) أن العجز الرئيسي الذي يواجهه الأطفال ذوى اضطراب التوحد على المستوى الاجتماعي هو فقدان الفهم الاجتماعي ، والذي يتمثل في فقدان القدرة على إعزاء المشاعر والانفعالات للآخرين وللذات حيث تنقص الأطفال التوحيديون القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات ، حيث تقتصر العلاقة مع الآخرين على تلبية الاحتياجات الضرورية لهم إذا أرادوا ، وإنهم لا يستطيعون التعبير عن المشاعر الأساسية كالحنن والفرح وهذا نتيجة عدم قدرتهم على الانتباه وصعوبة التقليد .

ويرى إلهامي عبد العزيز إمام (2003 : 279)، وروفمان وآخرون Ruffman et,al (2001) ، إنجرسول ، شرييمان Ingersol &Schreibman (2006 : 487)، كوتش ومايريند Cuoch & Miren (2003) أن أصعب ما يواجه الأطفال ذوى اضطراب التوحد هو في تكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ، وهى علاقة مهمة لمنع العزلة الاجتماعية وشعورهم بالفرحة والسرور نتيجة للتواصل الاجتماعي ، وعدم وجود هذه المهارة ينعكس على اكتساب مهارات اللعب كما أن الصعوبات في التقليد هي السبب الأول للنمو غير الطبيعي للسلوكيات التواصلية الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال .

ويشير أوروردان ، باسيتي Oriordan & Passetti (2006: 665) هيبورد، ستون Hepburd & Stone (2006 : 641) إلى أن المعالجة البصرية لدى أطفال التوحد تتضمن التركيز على مثيرات محددة واستبعاد مثيرات أخرى والقدرة الشديدة للملاحظة ملامح وتغيرات محدودة في البيئة والحساسية الشديدة لأصوات معينة .

ويتفق كل من ترافاجليني *Travaglini* (2001) ، جيلفيه *Gelveh* (2002: 2) على أنه في اضطراب التوحد تصيب الإعاقة جميع جوانب التواصل باعتبار أن التواصل عملية مشاركة للمعلومات والأفكار مع شخص آخر على جعل فرد آخر يعرف أنك تريد شيئاً ، والتسليم بوجود أشخاص آخرين والتفاعل الاجتماعي بين شخصين أو أكثر من الناس ، والمبادأة ، ومعرفة أولويات الاستجابة والتقليد .

وقد أوضحت بعض الدراسات أن غياب التفاعل الاجتماعي يبدو على وعى الطفل بالآخرين مثل معاملة الطفل للناس على أنهم أشياء لا يتطلبون تفاعلاً متبادلاً (Aarons, M., & Gittens, T., 1993, 11) .

ويتضح مما سبق أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد لديهم قصور في العلاقات الاجتماعية تتمثل في علاقتهم بوالديهم ، وأقرانهم حيث أننا لا نلاحظ أي تفاعل متبادل بين هؤلاء الأطفال والطرف الآخر وكأنهم لا يستمتعون بوجود الآخرين ولا يشاركونهم الاهتمام بالأشياء ولا ينظرون للأشخاص الذين يتكلمون معهم ولا يحبون الاختلاط بمن في عمرهم من الأطفال .

كما أن اضطراب السلوك الاجتماعي لا يقتصر على جانب سلوكي واحد فقط بل أنه يشمل أنماطاً وجوانب عديدة يمكن أن تصف السلوك الاجتماعي لدى الطفل التوحدي ومنها :

- عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين فنجد أنه ينسحب من المواقف الاجتماعية ويتوقع في عالمه الخاص .
- لا يأبه بالأشخاص الموجودين حوله في الغرفة ويتجاهلهم تماماً ويلتفت إلى الجوانب المادية الموجودة في الغرفة .

• يتعامل مع أجزاء جسم الإنسان كما لو كانت أجزاء منفصلة فعند ما يمد شخص إليه يده تجده يلعب بها ويقابلها كما لو كانت اليد جزءاً غير متصل بالشخص .

• يفتقد القدرة على التواصل البصري .

• يتعامل مع الأشخاص كما لو كانوا جمادات أو كائنات غير حية فهو لا ينظر إلى وجوه الأشخاص حوله .

• يفتقد السلوكيات المقبولة والمعايير الاجتماعية فقد يأكل أجزاء من النباتات عندما يكون في موقف تعليمي للعناية بالنباتات .

• يهتم بالجوانب غير الاجتماعية لمن حوله كأن يتعرف على أسماء الأطفال الذين معه ولون أعينهم والأسرة التي ينامون عليها .

• عدم قدرته على فهم تغيرات الوجه .

• صعوبة الانتباه المشترك من جانبه .

• عدم القدرة على التعاطف مع الآخرين .

• صعوبة فهم القواعد الاجتماعية .

• عجزه عن الارتباط بالأقران . (سايمون كوهين ، باتريك بولتون ، 2000) .

وقد لخصت (لورنا وينج) السمات الاجتماعية للطفل التوحدي

في النقاط التالية :

• قصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الوجداني .

• لأخذ الاستعداد عندما يقترب من أحد الوالدين لرفعه بين يديه .

• لا يسير في أعتاب والديه ولا يجرى لاستقبالهما عند عودتهما إلى المنزل .

• لا يسعى إلى استدراك العطف والحنان إذا أصيب بأذى .

- لا يتعود على إلقاء التحية أو التوديع للوالدين أو من يقوم برعايته .
- لا يهتم بالاستجابات الانفعالية أو العاطفية من قبل والديه .
- ضعف القدرة على التواصل البصري ولا يجيد استخدام العين .
- لا تظهر عليه ملامح الضيق والقلق عند انفصاله عن والديه .
- يتجنب النظر بالعين في وجوه الآخرين ولا يستطيع تحويل نظره من مؤثر لآخر .
- تظهر عليه تغيرات وجهية لا يستطيع المحيطين به الحكم عليها .
- صعوبة اكتساب مهارات اللعب الجماعي .
- الفشل في تكوين صداقة أو علاقات .
- لديه قصور في استقبال المشاعر والاستجابات الاجتماعية .
- لديه تأخر في النمو اللغوي والانفعالي بدرجة كبيرة .
- صعوبة في فهم واستيعاب الكلمات المنطوقة والحديث الموجه .
- عادة يرتبط كلامه إن وجد بالاحتياجات الأساسية .
- لا ينشغل إلا باللحظة الحاضرة .
- يردد الكلام بشكل نمطي وتكرار غير مناسب مع الموقف .
- لا يميز بين الضمائر (أنا - أنت - نحن) .
- يظهر ضرباً سلوكياً تتسم بالنمطية والتكرارية .
- لديه قصور في القدرة على التخيل وخاصة في مواقف اللعب والمشاركة مع الأطفال .
- يظهر اهتماماً غير عادياً برائحة الأشياء وملمسها .

- يبدو عليه مقاومة للتغيير في البيئة المحيطة وتتسم الأنشطة التي يمارسها بالصلابة وعدم المرونة .
- يبدو على الطفل التوحدي أنه طفل عادي ويوحى وجهه أنه على درجة كبيرة من الذكاء .
- أحيانا يصاب ببعض اضطرابات الجهاز العصبي التي تظهر في شكل ضعف القدرة على التآزر الحركي مع وجود بعض الحركات الثانوية اللاإرادية .
(Lorna Wing, 1994, p25-26)

(3) الخصائص الانفعالية :-

- تشير (آمال عبد السلام باظة ، 2003 ،) : إلى أن أهم صفات الطفل التوحدي كما جاءت في الدليل الإحصائي الرابع (DSM – Iv – 1994) هي :
- ضعف التواصل بالآخرين .
 - قصور في فهم الانفعالات وبالتالي فقد الاستجابة للآخرين .
 - عجز في التواصل غير اللفظي لعدم القدرة على تمييز الانفعالات .
 - وتكرار للمقاطع والكلمات .
 - الخوف والفرع ومقاومة التغيير والإصرار على التكرار النمطي والروتيني .
 - قصور في الأنشطة والاهتمامات لضعف التخيل .
 - ظهور الأعراض في عمر (30) شهر أي قبل إتمام العام الثالث من عمر الطفل .
 - قصور واضح في النمو اللغوي مما يقلل من التواصل اللفظي .
- ويشير (شاكر قنديل ، 2000) : إلى أن السبب في المشكلات الانفعالية هو أن طبيعة الطفل التوحدي تسبب له أقصى درجات التوتر، ولذا يبدو هؤلاء الأطفال غير سعداء ، وقد يبكون أو يضحكون دون سبب واضح ، ويكون مصدر الألم

لديهم محددًا مثل التغيير اليومي المعتاد ، كل ذلك يوحي بأن لديهم وعيا بمدى اختلاف حالتهم عن الآخرين .

ويرى (Yimya,1996: 78) أن الأطفال التوحيديون لديهم قصور انفعالية ويعبرون عن انفعالاتهم ببعض أشكال السلوك على النحو التالي :

1. النشاط الزائد .

يرى عبد الرحمن سليمان (2001: 115) أن فرط الحركة مشكلة حركية شائعة لدى الأطفال التوحيديون في حيث أن نقص الحركة أقل تكراراً ، وعندما تظهر فإنها غالباً ما تتبدل إلى فرط النشاط .

2. سلوكيات شاذة .

يرى شاكر قنديل (2000 – 91) أن الطفل التوحيدي يختلف في إعاقته عن إعاقات أخرى ، فهو لا يبدي أدنى حد من الإشارات التي توضح أنه يشعر بإعاقته ، ولذلك فهو لا يبدو واعياً بمدى الغرابة في سلوكه على الرغم من أنه قد يكشف في حالات خاصة عن سلوكيات غاية في الشذوذ مثل خلع جميع ملابسه في الشارع أو إبداء عبارات مخجلة بشأن الآخرين .

3. مقاومة التغيير .

يظهر الأطفال التوحيديون هذه السلوكيات بشكل مبالغ فيه ، فبعض منهم يعترضهم نوبات غضب شديدة لو أن الأثاث في المنزل تحرك من مكانه (Rosenhan & Seligman, 1995 : 636)

4. سلوكيات إيذاء الذات :

يلاحظ أن بعض الأفراد التوحيديين يقومون بضرب رأسهم في الحائط أو عض أيديهم أو ضرب أنفسهم بصورة متكررة ، وقد أثبتت الدراسات أن هذه السلوكيات قد يكون لها بعض وظائف التواصل .

5. الإثارة الذاتية :

حيث ينهك الأطفال التوحيديون في أنشطة مثل :

• الدوران حول الذات أو الأشياء

• الهمهمة .

• ترتيب الأشياء وإعادة تنظيمها .

• القفز لأعلى ولأسفل .

• إمعان النظر في اليد .

• لف الخيوط أو الأشرطة .

• تحريك اليد بين العينين .

• ضحك غير مصحوب بالمشاركة الاجتماعية .

(Scheuermann, B., and Jowebber. 2002, p6-8)

ويقرر (حسن عبد المعطى ، 2001) : أن كل الأطفال التوحيديون يفشلون

في إظهار علاقات عادية مع والديهم ومع الناس الآخرين ويظهرون الفشل في نمو التعاطف وهذا ما أكدته دراسة (إسماعيل بدر ، 1997) من أن الطفل التوحدي قد لا يبتسم ولا يضحك وإذا ضحك لا يعبر ذلك عن الفرح لديه والبعض لا يعانقه حتى أمه والبعض لا يظهر أي مظاهر انفعالية كالدهشة أو الحزن أو الفرح ، مع عدم الاستقرار الانفعالي في البيت أو المدرسة ، وقد يقلد الآخرون في بعض التغيرات الانفعالية دون فهم أو تفاعل .

ويشير (جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاي ، 1995 ، عبد الرحمن سليمان ،

2002) : إلى أن البرود العاطفي الشديد يعد من أهم الخصائص التي تلاحظ على أطفال التوحد حيث يظهر عليهم عدم استجابتهم لمحاولة الحب والعناق أو إظهار مشاعر العطف ويذهب الوالدان إلى أن طفليهما لا يعرف أحد ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين فضلاً عن القصور والإخفاق في تطوير

علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين .

ويشير (عثمان فراج ، 2002) : إلى أن كثيراً من الآباء يشكون من عدم اكتراث أو تجارب طفليهما مع أية محاولات لإبداء العطف أو الحب له أو محاولات تدليله أو تقبيله أو مداعبته بل وربما لا يظهر اهتماماً بحضورهم أو غيابهم ، وقد تضى ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد الآخرين معه ، ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين بل تنقصه في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية .

وقامت (نادية عبد القادر ، 2002) : بدراسة فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم ، والتي استهدفت استثارة انفعالات وعواطف الطفل ، وكذلك الوالدين في محاولة لمساعدة الطفل للخروج من عزلته واختراق الحاجز الموجود بينه وبين المحيطين به ، وقد بينت نتائجها حدوث انخفاض ملحوظ في العزلة العاطفية والانفعالات السلبية وتفاعلاً أفضل بين الوالدين وطفليهما .

ويرى (عبد الرحمن سليمان ، 2000) : أن التشابه بين الأعراض بين الأعراض والسمات التي قدمها الكثيرون للأطفال الأوتيستك يمكننا من الخروج بالعناصر الرئيسية للتوحد كالتالي :

- المبالغة في رد الفعل للمثيرات السمعية والبصرية .
- الاهتمام الخاص بخبرات إدراكية حقيقية .
- وجود اضطرابات وأنماط غريبة وشاذة في الحديث واللغة .
- سلوك حركي غير عادي ومقاومة للتغير في البيئة .
- تطرف في التعبير عن الانفعالات وأيضاً في الحالة المزاجية .
- افتقار للسلوك التخيلي ويظهر ذلك في اللعب .

(4) الخصائص السلوكية Behavioral Characteristics

تشير (آمال باظة ، 2003) : إلى أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد في سن ما قبل المدرسة يظهر عليهم نقص واضح في القدرة على اللعب الخيالي مثل اللعب بالأدوات وغياب لعب أدوار الكبار واللعب الجماعي ، ويكون اللعب التخيلي بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام ولا يشترك في اللعب الجماعي ويفضل اللعب الفردي وإذا اشترك في اللعب الجماعي يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة .

ويعرض (محمد بن عبد العزيز الفوزان ، 2000) : الملامح أو الصفات التي تميز وتحدد الأطفال التوحدين على النحو التالي :

1. العجز في توسيع العلاقات مع الغير : ويقصد بذلك عدم قدرة الطفل التوحدي على تكوين تفاعل وروابط وعلاقات مع الناس الآخرين ، ويهتم فقط بالأشياء المدركة بالحواس بدلاً من اهتمامه بالأشخاص ، بمعنى أنه ليست لديه أية رغبة في التعرف أو سماع الآخرين ، ولا يعنيه أحد لأنه يفضل الوحدة الخيالية ، كما أن لديه صعوبة كبيرة لفهم وإظهار عواطفه .
2. صعوبة في اللغة والتخاطب واكتساب المعرفة : لاشك أن لغة التخاطب تعتبر من المعوقات إلى تواجه طفل التوحد إذ أن هناك 40% من أطفال التوحد في العالم لا يحسنون التحدث وليس لديهم لغة التخاطب كما أن الأطفال الذين لديهم لغة التخاطب ويتحدثون فإن حديثهم هو عبارة عن كلام بالترديد مثل الببغاء أي يردد ما قاله الشخص الذي يخاطبه مثل خذ يا أحمد التفاحة ، يردد ما قلته ويقول خذ يا أحمد التفاحة ، وهذا الحديث غير مقبول في المجتمع .
3. الاستخدام المتقطع للغة : يتصف أطفال التوحد بهذه الخصوصية حيث

أنهم يمتلكون رصيداً كبيراً من الكلمات ولكنهم لا يمتلكون المقدرة على استخدام هذه الكلمات في محادثات ذات معنى ، وهذه هي المشكلة التي يعاني منها أطفال التوحد .

4. **الانعكاس الضميري** : وهذا يعنى أن الطفل التوحدي يثبت ضمير (أنت) عوضاً عن ضمير (أنا) مثال ذلك لو أننى خاطبت أحمد بان أقول له : هل تريد البسكويت يا أحمد ؟ فالإجابة بكل بساطة يكرر نفس السؤال الموجه إليه ويقول هل تريد البسكويت يا أحمد ؟ وكذلك عدم القدرة على استخدام حرف الجر مثل (الطعام على الطاولة) لأنه لا يفهم بل يجب أن يقال له طعام طاولة وهكذا .

5. **النمطية Typically** : أي تكرار التصرفات الغير معقولة بصورة تلقائية أطفال التوحد حركتهم ونشاطهم محدود جداً حيث يميلون إلى تكرار نفس النشاط دون تطوير لنشاط تخيلي بارع التصوير .

6. **التمسك بالرتابة** : أطفال التوحد يقاومون أي تغير في حياتهم اليومية بمعنى أنهم يفضلون العمل الروتيني ، لذلك يشعرون باليأس والخيبة عندما تتغير البيئة أو الجو الذي اعتادوا عليه في المنزل أو غيره فمثلاً لو تغير على الطفل جدول النوم أو مكان النوم المعتاد فإنه يشعر بالتوتر والقلق .

7. **عدم ربط الأحداث وعدم إدراك معنى الأشياء** : فمثلاً عدم ربط الأحداث مع بعضها كأن يكون لديه لعب وقد يلعب بها ولكن ليس لديه أي معنى لهذه اللعبة أو الهدف منها أو كيفية استعمالها ، كما أن أطفال التوحد ليس لديهم غريزة التملك مثل الأطفال العاديين فأعطى لعبة فيأخذها ثم يرميها في أي مكان .

8. الاستظهار من غير فهم وعدم ربط الأحداث مع بعضها : حيث يقوم الأطفال التوحديين معظمهم بأعمال غريبة ولافتة للنظر من ذاكرته واستظهار أشياء في خياله من غير فهم كأن يردد حديثاً أو حركة شاهدها أو سمعها من جهاز التلفاز ويظل يكرر هذا الحديث طوال الوقت طالما أن ذاكرته تملأ عليه هذا الشيء من غير فهم أو ربط هذا الحديث بالوقت المناسب .
9. المظهر البدني أو الجسم العادي : الكثير من أطفال التوحد يتمتعون بالرشاقة في الجسم والوسامة في المنظر .

ويشير (كوهين وبولتون ، 2000) : إلى أن سلوك الطفل التوحدي يتسم بأنه ضيق ومحدود مع وجود نوبات انفعالية حادة وهذا السلوك لا يؤدي على نمو الذات ، ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين ، ويمثل السلوك الإستحواذي المتكرر مشكلة كبيرة لكثير من الأطفال ذوي اضطراب التوحد ويتصف هذا السلوك بفقدان المرونة وعدم القدرة على التخيل ، ويعد السلوك الإستحواذي أحد المظاهر السلوكية الواضحة للأطفال ذوي اضطراب التوحد إلا أنه قد لا يظهر بنفس الشكل أو الدرجة عند كل الأطفال فبعض الأطفال يظهر سلوكه الإستحواذي أثناء اللعب ، ونجده يصف الأشياء بطريقة نمطية في المنزل في حين يظهر لدى آخرين أثناء أدائهم لواجباتهم المدرسية يضعوا نقطة أو علامة بعد كل كلمة تكتب ، ومجموعة ثالثة يستحوذ عليها سماع نشرة الأحوال الجوية في كل الإذاعات ، وقنوات البث التلفزيوني ، ومجموعة رابعة يسيطر عليهم سلوك استحواذي أثناء تناول الطعام كأن يصر الواحد منهم على نوع معين من الجبن تقدم يومياً على طبقه بنفس الطريقة ، في حين يكون السلوك الإستحواذي أخف شكلاً ودرجة لدى بعض الأطفال الآخرين .

ويلخص (محمد على كامل ، 2003) : الخصائص السلوكية للتوحد
على النحو التالي :

- يتصرف الطفل وكأنه لا يسمع ولا يهتم بمن حوله.
 - لا يحب أن يحضنه أحد .
 - يقاوم الطرق التقليدية في التعليم .
 - لا يخاف من الخطر .
 - يكرر كلام الآخرين .
 - أما نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه .
 - لا يلعب مع الأطفال الآخرين .
 - ضحك واستنارة في أوقات غير مناسبة .
 - بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة .
 - يقاوم التغيير أو الروتين .
 - لا ينظر في عين من يكلمه .
 - يستمتع بلف الأشياء ويرمها .
 - لا يستطيع التعبير عن الألم .
 - تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة .
 - فقدان الخيال والإبداع في طريقة لعبة .
 - وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل هز الرأس أو الجسم أو اليدين .
 - قصور أو غياب في القدرة على الاتصال والتواصل .
- المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال التوحديون عديدة ، وتختلف
من طفل إلى آخر وذلك لأن أطفال الأوتيزم ليسوا على نمط سلوكي واحد
(محمد الفوزان، 2000 : 41) .

يتسم سلوك الطفل التوحدي بأنه محدود وضيق المدى كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة ، وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين ، ومعظم سلوكيات الطفل التوحدي تبدو بسيطة من قبل تكوير قطعة من اللبان بيديه ، أو تدوير قلم بين أصابعه أو تكرار فك وربط رباط حذائه ، وهذا قد يجعل الملاحظ لسلوك الطفل التوحدي يراه وكأنه مقهور على ذاته ، أو كأن هناك نزعة قهرية لتحقيق التشابه في كل شيء ، حيث أن التغيير في أي صورة من صورته يؤدي إلى استنارة مشاعر مؤلمة لديه (عبد الرحمن سليمان ، 2002) .

كما يلاحظ قصوراً حاداً في أداء الطفل عموماً مما يؤدي إلى عجز في عمليات نمو الشخصية ، فالمستوى المتدني في الأداء أو السلوك يحول دون اتساع أفق الشخصية ، أو حدوث ثراء في خبرات الطفل ، وهذا بدوره يجعل سلوك الطفل التوحدي عاجزاً عن التأثير في بيئته ، ولا يسمح لسلوكه بأن يؤدي دوراً مؤثراً في مثيرات البيئة ، وتكون المحصلة أن ذلك كله يحول دون تحقيق تعزيز لسلوكيات جديدة حيث أن من الحقائق المعروفة أنه كلما اتسع مدى السلوك كلما تعاضمت الرغبة في أداء سلوك جديد وكلما زادت احتمالية أن تؤدي نتائج هذا السلوك إلى زيادة القابلية لتعزيزه ، أي أنه كلما اتسعت خبرات الطفل وتفاعلاته الاجتماعية كلما امتد سلوكه إلى نطاقات جديدة ، أما بالنسبة للطفل التوحدي فإن تعرضه المفاجئ لأي بيئة جديدة وفي نطاق خبراته السلوكية المحدودة فإن ذلك يعرضه إلى اضطرابات حادة في شخصيته (شاكرا عطية قنديل ، 2000) .

وتتضح المشكلات السلوكية لدى الأطفال التوحديين فيما يلي :-
1. السلوك النمطي التكراري .

يشير إلهامي عبد العزيز (1999 : 9) إلى أن التوحديون كلما تطور نموهم

فإن السلوكيات النمطية البسيطة تميل لأن تقل وتستبدل بسلوكيات متكررة أكثر تعقيداً ، وقد يندمجون في جمع أنواع معينة ، وقد يندمجون في تنظيم الموضوعات في شكل خطوط ويصرون على روتين خاص مثل تتبع نفس الطريق تماما عند الذهاب إلى المدرسة .

2. سلوك إيذاء الذات .

هو السلوك الذي يتسبب في إصابة جسدية هامة للطفل ، ويأخذ أشكال عديدة مثل عض الشخص لذراعيه ، أو خدش الوجه ، أو عض الشخص لسانه .
(Scott,et al , 2000,24-25)

(5) الخصائص الحركية *Locomotors Characteristics*

يشير (عثمان فراج ، 2002) : إلى أن الأطفال التوحديين غالباً ما يكون مظهرهم مقبولاً إن لم يكن جذاباً مع ملاحظة أنهم من حيث طول القامة وخاصة في المرحلة من عمر سنتين إلى سبع سنوات يكونون أقصر طولاً من أقرانهم الأسوياء المساوين لهم في نفس العمر ، ويختلف الطفل التوحدي عن الطفل العادي في عدم الثبات على استخدام يد معينة بحيث يتردد أو يتبادل استعمال اليد اليمنى مع اليسرى ، مما يدل على وجود اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر كما يوجد اختلافاً عن الطفل الطبيعي من حيث خصائص الجلد وبصمات الأصابع التي تنتشر بين أطفال التوحد أكثر منها بين بقية أفراد المجتمع مما يشير إلى خلل في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم ، كما يتعرض أطفال التوحد منذ طفولتهم المبكرة لأمراض الجهاز التنفسي ونوبات ضيق التنفس والسعال ، كما يعانون من اضطرابات معوية وحالات الإمساك أو شلل في حركة الأمعاء أكثر من حدوثها بين الأطفال العاديين .

وتشير (وفاء الشامي ، 2004) : إلى أنه فيما يتعلق بالتنسيق الحركي فقد بينت الملاحظات المباشرة والدراسات البحثية أن الغالبية العظمى من الأطفال التوحديين يواجهون صعوبة في التصرفات الحركية التي تتطلب مستويات معالجة عالية كالتخطيط والتنسيق والانتباه والمحاكاة وتنفيذ حركات حسب تسلسل معين ، حيث يصعب عليهم تعلم نشاطات حركية متناسقة كالرقص وفقاً لأنغام موسيقية ، وتنفيذ خطوات عديدة في الوقت نفسه ، كما يصعب عليهم ممارسة نشاطات توازن كالوقوف على سطح غير ثابتة أو الوقوف على ساق واحدة ويلخص (محمد جميل يوسف، 1994) : سمات السلوك الحركي عند

الأطفال التوحديين في النقاط التالية :

1- حركات تشمل الجسم كله :

- الوقوف المفاجئ .
- الدوران حول نفسه بسرعة دون أن يصاب بالدوار .
- السير في شكل دائرة صغيرة مقفلة باستمرار .
- الجري أو المشي على أطراف الأصابع .
- المشي بطريقة شاذة .

2- حركات الأيدي :

- الصفح بالأيدي .
- إسقاط الأشياء .
- النقر بالأصابع .
- تذبذب اليد .

3- الكف الحركي :

- حبس الاستجابات .

• اتخاذ وضع ثابت للجسم .

4- الحركات الإيقاعية :

• اهتزاز الجسم وتأرجحه .

• القفز المتكرر .

• ميل الرأس وتأرجحها .

ويشير (جوزيف ريزو ، روبرت زايل ، 1999) : إلى أن بعض الأطفال التوحيديين لهم طريقة خاصة بهم في الوقوف ففي معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم ، كما أن أزرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع ، وعندما يتحركون فإن كثيراً منهم لا يحرك زراعيه إلى جانبه وفي معظم الأحيان فإنهم يكررون حركات معينة مرات ومرات فهم مثلاً يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو الخلف بشكل متكرر ، وفي بعض الأحيان قد يحركون أيديهم أو أرجلهم في شكل حركات الطائر ، وتلك السلوكيات المتكررة ترتبط بأوقات يكونون فيها مبتهجين ، أو مستغرقين في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدر الضوء يضاء ويطفى .

يشير (شاكر عطية قنديل ، 2000) : إلى أن هناك بعض جوانب النمو الحركي غير العادية التي يتسم بها الأطفال التوحيديون ، فلهم مثلاً طريقة خاصة في الوقوف ، فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم ، كما أن أزرعتهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع ، وعندما يتحركون فإن كثيراً منهم لا يحرك زراعيه إلى جانبه ، وفي معظم الأحيان فإن الأطفال التوحيديين يكررون حركات معينة مرات ومرات ، فهم مثلاً يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو إلى الخلف بشكل متكرر ، وفي بعض الأحيان قد يحركون

أيديهم وأرجلهم في شكل حركة الطائر ، وتلك السلوكيات المتكررة مرتبطة بأوقات يكونون فيها مبتهجين ، أو مستغرقين في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدراً للنور يضاء ويطفأ .

ويشير (برنارد ريميلاند ، ستيفن إديلسون ، 2006) : إلى أن أنماط لعب الأطفال التوحديين تكون تكرارية ونمطية فهم قد يقومون بجمع أشياء معينة غالباً ما تكون غير ذات قيمة أو جدوى لهم ويحرصون على وضعها بنظام محدد لا يتغير ، كذلك من أهم الأمور التي تميزهم التعلق بأشياء غير عادية والانجذاب إليها والانشغال الشديد بموضوعات أو أمور معينة ومقاومة أو تغيير يمكن أن يطرأ على بيئتهم المحيطة ، حتى وإن كان تغييراً بسيطاً ، والإصرار على التمسك بنظام صارم في أداء الأشياء إلى جانب القيام بحركات نمطية معينة مثل السير على رؤوس أصابع القدم والاهتزاز .

وغالباً ما يختار الأطفال التوحديون اختيارات تتسم بالغرابة وبالنسبة لألعابهم ربما يتجاهلون الألعاب ويلعبون بأشياء غير عادية وغير متوقعة مثل (الأوراق ، أعطية الزجاجات ، العصي) ، وربما يستخدمونها في لفها وتدويرها بدلاً من أن يستخدموها في اللعب التخيلي وحتى إن استخدم الطفل التوحدي لعبة مألوفة كالعربة فإنه يستخدمها بشكل غريب كأن يلف مثلاً عجلات العربة بدلاً من أن يمررها على الأرض أو أنه يحمل قطع البازل في جيبه بدلاً من أن يضعها في اللوحة ، وبعض الأطفال التوحديين يرتبطون بالأشياء بشكل مبالغ فيه يحملونها معهم طوال الوقت وربما ينامون بها ويرفضون التخلي عنها حتى وقت الطعام ، وتتضمن أنماط اللعب الغريب لدى الأطفال التوحديين سلوكيات نمطية مثل رفرقة اليدين ، واللف ، الاهتزاز للأمام والخلف . (Hart,1993,21).

(6) الخصائص الفسيولوجية :

يشير (إبراهيم العثمان ، إيهاب الببلاوى ، 2012) : إلى أن الطفل التوحدي يولد عادة طبيعياً ويبدو بصحة جيدة ولكن هناك عدد من السمات الجسمية التي تبدأ في الظهور بعد الميلاد ، من بينها تضخم الرأس ، والتي هي أحد العلامات الشائعة بين أطفال التوحد ، وتظهر معدلات نمو الرأس غير الطبيعية في الطفولة المبكرة والمتوسطة لدى حوالي 37% من أطفال التوحد ، فقد تمت دراسة محيط الرأس عند الميلاد ، وفي الطفولة المبكرة لعينة من الأطفال التوحديين وأظهرت نتائج الدراسة أن 14% من عينة البحث كانوا يعانون من تضخم بالرأس ، وتبين تأثير الجنس في مدى الإصابة من خلال إصابة 11% من الذكور 24% من الإناث ، وفي الغالب لم يكن تضخم الرأس موجوداً في العينة عند الميلاد وقد ظهر ذلك التضخم عند البعض في الطفولة المبكرة والمتوسطة نتيجة لارتفاع معدلات إفراز هرمون النمو، وقد لوحظت علاقة بين الرقم المثني المحيط بالرأس وسمات التوحد ، ولم يرتبط تضخم الرأس بالذكاء غير اللفظي أو اللفظي واضطراب الصرع والعلامات العصبية البسيطة ، أو الشذوذ العضوي البسيط لدى الباحثين المتوحدين .

ولقد كشفت نتائج العديد من الدراسات التي أجرت الاختبارات على بعض أطفال التوحد ، فقد تبين من الاختبارات التي أجريت على أنسجة 36 طفلاً مصابون بالتوحد أنهم مصابون في أنسجة المريء ، وذلك في 25 طفلاً توحدياً بنسب 4 ، 69 % ، والتهاب حاد ومزمن في المعدة في 15 طفلاً توحدياً ويعانى 24 طفلاً توحدياً من التهاب حاد ومزمن في الإثني عشر، وان عدد من الخلايا المرضية في تجويف الإثني عشر ازدادت بصورة معنوية في حالة أطفال التوحد مقارنة بأطفال العينة الضابطة من غير المصابين في حين كان معدل نشاط

إنزيمات هضم الكربوهيدرات في الأمعاء الدقيقة منخفضة بنسبة 58، 3% في 21 طفل توحدى ولم يكن هناك اختلاف في وظائف البنكرياس وعانى 27 طفلاً توحدياً من زيادة إفراز العصارة الصفراوية. وقد أكدت العديد من الدراسات الفسيولوجية تكون العقد الليمفاوية بالأمعاء الدقيقة بين أطفال التوحد مقارنة بالعينة الضابطة، ولوحظ زيادة في تكوين العقد الليمفاوية بالقولون في أطفال التوحد بنسبة 59% في مقابل 23% من العينة الضابطة مما يؤكد تكون العقد الليمفاوية بالأمعاء الدقيقة والقولون لدى أطفال التوحد.

(Anthony Sigel & Ashwood, Limp, 2005: p, 2- 8)

المهارات الاستغلاية والحياتية :

يشير (ماجد عمارة ، 2005) : إلى أن الطفل التوحدي لديه قصور وعجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداءها الأطفال العاديون من هم في نفس سنه ومستواه الاجتماعي والاقتصادي ، ففي سن (5) أو (10) سنوات من عمه قد لا يستطيع الطفل التوحدي أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني سنتين أو أقل ، كما يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع الملابس وارتدائها ، وقد لا يهتم عند إعطائه لعبة يلعب بها بل يسارع بوضعها في فمه أو الطرق المستمر عليها بيده أو أصابعه وهو في نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التي يتعرض لها ، وتشيع لدى أطفال التوحد أعراض التبول الليلي ومشكلات الأكل والأرق .

ومن أنماط السلوك التي يتصف بها الطفل التوحدي هو التأخر في نمو السلوك التوافقي ، فالطفل التوحدي الذي يبلغ من العمر خمس سنوات قد يظهر سلوكاً يتناسب مع الطفل العادي الذي يبلغ من العمر عاماً واحداً ، ولذلك يفتقد الطفل التوحدي إلى مهارات العناية بالذات حيث يحتاج إلى من يقوم بإطعامه

وإلى من يساعده على ارتداء ملابسه كما يقوم بوضع الألعاب الخاصة به في فمه مثل الطفل الرضيع أو يضرب عليها بأصابعه بشكل مستمر، كما أنه لا يعياً بمواطن الخطر (Goodman,R&Soott, 1997, p42)

وقد يتأخر بعض الأطفال التوحديين في اكتساب مهارات الرعاية الذاتية وذلك لأن غالبيتهم لا يفضلون التغيير ويرفضون محاولات تغيير الروتين مثل تناول الطعام أو ارتداء الملابس، فالطفل الذي يعتاد على تناول نوعية معينة من الطعام يرفض أطعمة أخرى ومع ذلك فإن الأطفال التوحديين يستطيعون تعلم كيفية الاهتمام بأنفسهم من خلال برامج تعديل السلوك (Bhrll,M.,2001,p.31-32)

(7) الخصائص اللغوية Linguistic Characteristics

يشير (لويس كامل مليكه، 1998) : إلى أن الأطفال التوحديين يعانون من انحرافات ارتقائية خاصة على المستوى الارتقائي اللغوي والاجتماعي والحركي وفي عمليات الانتباه والإدراك واختبار الواقع .
وان تطور اللغة يمثل عاملاً حاسماً وهاماً جداً بالنسبة للتطورات المحتملة من اضطرابات الأطفال التوحديين حيث أنه إذا لم يكن هناك أي حصيلة لغوية لدى الطفل التوحدي يكون قد اكتسبها من البيئة المحيطة به حتى سن الخامسة أو السادسة من عمره فإن نمو قدراته وتطورها في المستقبل سوف يكون محدوداً. (محمد على كامل ، 1998) .

يشير (Colman,1996,p.919) : إلى أنه من أهم الخصائص البارزة التي يتميز بها الأطفال التوحديين هو العجز في تنمية اللغة أو الاتصال بالطريقة العادية مع الآخرين ، وقد يتبع ذلك أنواع عديدة من الشذوذ في مجال اللغة والتواصل ، حيث يوصف عدد كبير من هؤلاء الأطفال بأنهم مصابون بالخرس التام ، والبعض الآخر لا تنمولى لديهم لغة مفهومة تساعدهم على التواصل مع الآخرين .

وتشير (علا عبد الباقي إبراهيم ، 2011) : إلى أن تأخر نمو اللغة والقدرة على التخاطب لدى الأطفال المصابين بالتوحد يرجع إلى ضعف الإدراك والانتباه لديهم ، والنقص الشديد لديهم في القدرة على التقليد ومتابعة الآخرين ومحاكاتهم فالانتباه يساعد على اكتساب اللغة والتواصل مع الآخرين ومتابعتهم بالنظر والإصغاء إلى ما يقولون ويفعلون مما يؤدي إلى نمو القدرة على التعلم والتخاطب واكتساب اللغة ، لكن هؤلاء الأطفال يفتقدون إلى ذلك ومن ثم لا يستطيعون تكوين حصيلة كلمات لها معنى أو عبارات لها مفهوم واضح ، فيبطئ التطور اللغوي لديهم كثيراً عن الأطفال الآخرين ، ويعانون من ضعف شديد في التعبير عما يريدون ويلاحظ أنهم يستخدمون كلمات غريبة خالية من المعنى ويرددونها كثيراً ، ومعظم كلماتهم ترددية لما يقوله الآخرون وليس رداً عليهم ، وليستخدمون الضمائر (أنا - أنت - هو... الخ) بل كلمات متقطعة وتشير الإحصائيات إلى أن حوالي 40% من الأطفال المصابين باضطراب التوحد ليست لديهم لغة التخاطب ولا يستطيعون الحديث وان منهم من يصدر همهمات غير مفهومة .

وتشير (سوسن شاكر الحلي ، 2005) : إلى أنه من أهم مظاهر اضطراب اللغة عند الأطفال التوحديين (المصاداة : *Echololia*) حيث يردد الطفل ما قد سمعه توتاً وفي نفس اللحظة وكأنه صدى والخلط بين الضمائر ، وعدم القدرة على تسمية الأشياء ، وعدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة ، والخلط في ترتيب الكلمات وصعوبة في فهم بعض التعليمات اللفظية ، ويكون للطفل نطق خاص اسماء (كانر) اللغة المجازية (*Metaphorical language*) ، ويكون الكلام على وتيرة واحدة ، أما التواصل الغير لفظي كتعبيرات الوجه والإيماءات فغائبة أو نادرة ، وإذا وجدت فتكون غير مناسبة اجتماعياً وق يقتصر كلام الطفل على استخدام بعض الكلمات ولا يستخدم كلمة أو جملة صحيحة في مكانها 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 .

كما يعاني الطفل التوحدي من شذوذ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع (مثلاً أن يكون نبرة الصوت على وتيرة واحدة مثل الآلة) وترديد الكلام دون أن يفهم وربما يكون في بعض المواقف ويردد كلمات أو جملاً قيلت أمامه ، فيتخيل الآخرون أنه على فهم ودراية بما يقول وهو عكس ذلك ، وأيضاً لا ينتبه إلى الصوت الإنساني رغم أن لديه حاسة سمع طبيعية ، وقد يكون على دراية بالأصوات التي تعير اهتمامه فمثلاً ينتبه لصوت ورقة بسكويت يتم فتحها أو صوت علبة شيكولاته ، وأيضاً يكون الفهم عنده ضعيفاً أو منعدماً ويبدى اهتماماً قليلاً في التواصل مع الآخرين إلا في حالة أنه يريد شيئاً ما فيحاول أن يجد طريقة مبسطة لسد احتياجاته التي يريدها وتوجد عنده محاولات بسيطة لتوجيه بعض الرسائل باستخدام العين أو الإيماءات أو عن طريق الإشارات وهذه المعلومات القليلة يفعلها الطفل التوحدي لتلبية احتياج خاص به ، وتنمولىه خاصية تسمى بالترديد المرضى لكل ما يقال أو جزء منه ، ويجد صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام ، وعنده مشكلة في حروف الجر مثل في ، على الخ ويستطيع فهمها من خلال التدريب في نطاق البيئة الضيق ومهارات الإيصال الداخلي تبدو ضعيفة ، وهى تعنى أن الطفل التوحدي لا يستطيع المشاركة في الحوار مع الآخرين ، ويعانى من شذوذ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع (مثل نبرة الصوت تكون مثلاً على وتيرة واحدة مثل الآلة ، ويفشل في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به ، ويستخدم طرق وأساليب (اللغة الوسيلىة) وليست (التعبيرية) ، قد لا يتكلم البعض مع الأطفال التوحدين .

(Aarons, M., Gittens, T., 1992, 59-62).

ويذكر كلا من (جوردن ، بيول ، 2007) : إلى أنه يوجد بين الأطفال المصابين بالتوحد نقصاً واضحاً في اللغة والاتصال اللفظي وغير اللفظي ويتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة لديهم : فهناك مشكلات ترتبط بفهم تعبيرات الوجه واستخدامها والإيماءات التعبيرية ولغة الجسم وموضع الجسم ، ومشكلات أخرى ترتبط بفهم الحالات المختلفة لاستخدام اللغة ، هذا بالإضافة إلى مشكلات ترتبط بالمعنى والجوانب الخاصة بدلالات الألفاظ والجوانب العملية للمعنى .

ويشير (وليام كرين ، 2002) : إلى أن الطفل التوحدي يبدو وكأن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي ، فإذا مر شخص قريب منه وضحك أو عطس إمامه أو نادى عليه فإنه يبدو كما لو كان لم يمر أو يسمع أو أنه أصابه الصمم أو كف البصر ، عندما تزداد معرفتنا بالطفل فإننا ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية ، ويمكن أن نلاحظ بالإضافة إلى ذلك نقص الاستجابة للمثيرات الحسية وقد تكون متناقضة كأن يخفي عينيه عند سماع صوت مرتفع .

ويشير (محمد فتيحة ، 2001) : إلى أهم الخصائص اللغوية التي تظهر عند الأطفال الناطقين المصابين بالتوحد :

1- استخدام اللغة Pragmatic

- صعوبة في البدء في المحادثة أو الاستمرار فيها .
- محادثة قصيرة جداً .
- استخدام مدى محدد من وسائل الاتصال حيث يركز على وظائف لغوية محددة مثل الاحتجاج
- صعوبة في الربط بين الشكل والمحتوى فعلى سبيل المثال استخدام كلمة في غير موضعها كاستخدام كلمة مرحباً عند الانصراف .

- التحدث في موضوعات خارجة عن السياق .
- إعادة كلام التحدث أو ترديد الكلام .
- جمل روتينية حيث يتبع الطفل روتيناً معيناً في كلامه عادة .
- صعوبة في تغيير أسلوب الحديث مع تغيير الأشخاص فعلى سبيل المثال عندما يتحدث مع والده أو مع مدرسه يجد صعوبة في تغيير أسلوب حديثه .
- استخدام الأسئلة بكثرة .

2- المفردات Semantics

- عدم القدرة على استعادة الكلمات من الذاكرة .
- الإجابة على الأسئلة بطريقة غير مناسبة .
- ضعف في العلاقة التي تربط بين المعاني (العلاقة بين الكلمة والكلمة – العلاقة بين الصوت والصوت) .

3- النحو / الصرف Syntax Morphology

- صعوبة في التصريف خصوصاً في استخدام الضمائر والأفعال .
- جمل سطحية وبدون معنى وأقل تعقيداً بالمقارنة بأقرانهم العاديين .
- التركيز على ترتيب معين للجمل .

4- التطور الصوتي Phonology

- الإبدال في نفس الصوت بأخطاء لفظية .
- الترتيب التطوري في اكتساب الأصوات يشبه الأطفال الطبيعيين .
- التطور الصوتي عادة ما يكون الجزء الأقل تأثراً في اللغة .

5- خامساً : الاستيعاب Comprehension

- تأخر الاستيعاب بشكل عام خصوصاً في الحديث المتصل مثل المحادثة .