

# منتجات الطفل التوحيدي

تأليف الدكتور

محمود عبد الرحمن عيسى النلقاوي

النشر والتوزيع



الطبعة الأولى

# مشكلات الطفل التوحدي

تأليف الدكتور  
محمود عبد الرحمن عيسى الشرفاوي

دار العلم والإيمان  
للنشر والتوزيع

618.9285882

الشرقاوي ، محمود عبد الرحمن عيسى .

و. ا

مشكلات الطفل التوحدي / محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي .- ط1.- دسوق :

دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع .

356 ص ؛ 17.5 × 24.5 سم .

تدمك : 2- 587 - 308 - 977 - 978

1. التوحد (أطفال) .

أ - العنوان .

رقم الإيداع : 16970 .

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع

دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة - بجوار البنك الأهلي المركز

هاتف : 0020472550341 - فاكس: 0020472562023

محمول : 00201285932553-00201277554725

E-mail: [elelm\\_aleman@yahoo.com](mailto:elelm_aleman@yahoo.com)

[elelm\\_aleman2016@hotmail.com](mailto:elelm_aleman2016@hotmail.com)

**حقوق الطبع والتوزيع محفوظة**

تحذير:

يحظر النشر أو النسخ أو التصوير أو الاقتباس بأي شكل

من الأشكال إلا بإذن وموافقة خطية من الناشر

2018

# الفهرس

الصفحة	الموضوع
15	• مقدمة الكتاب
21	<b>الفصل الأول : ذوى الاحتياجات الخاصة</b>
21	• من هم ذوى الاحتياجات الخاصة
23	• تصنيف ذوى الاحتياجات الخاصة
25	• الإعاقة
27	• أسباب الإعاقة
27	أولاً/ الإعاقة الحركية
29	ثانياً / الإعاقة السمعية
30	ثالثاً / البصرية
33	رابعاً / الإعاقة العقلية
33	• المعاقون عقلياً القابلون للتعلم
33	• مقدمة
35	• مفهوم المعاقون عقلياً القابلون للتعلم
36	• تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي
37	• التعريف التربوي
38	• التعريف الاجتماعي

الصفحة	الموضوع
39	• التعريف النفسي
39	• التعريف الطبي
41	• التعريف من وجهة نظر القياس النفسي
42	• نسبة انتشار التخلف العقلي
44	• تشخيص التخلف العقلي
46	• التخلف العقلي وبعض المتغيرات الأخرى
46	• التخلف العقلي والمرض العقلي
47	• التخلف العقلي وبطيء التعلم
49	• التخلف العقلي والتوحد
50	• تصنيف المعاقين عقلياً
51	• التصنيف التربوي
52	• التصنيف السيكومتري
53	• التصنيف الاجتماعي
53	• التصنيف التكيفي
54	• التصنيف الطبي الإكلينيكي
55	• أسباب الإعاقة العقلية
55	• أولاً/العوامل الوراثية
57	• ثانياً/العوامل البيئية

الصفحة	الموضوع
60	ثالثاً/العوامل الاجتماعية النفسية
61	• خصائص الأطفال المعاقون عقلياً
61	• الخصائص الجسمية
63	• الخصائص العقلية المعرفية
65	• الخصائص الانفعالية
66	• الخصائص الاجتماعية
67	• الخصائص اللغوية
69	<b>الفصل الثاني: التوحد</b>
69	• مقدمة
71	1- تعريف التوحد
74	<b>أولاً: النمطية اللفظية (vst)</b>
74	<b>ثانياً: الاختلال في النشاط التخيلي</b>
74	<b>ثالثاً: الاختلال في التواصل مع الآخرين</b>
75	أ- وجود إعاقة كيفية في التعامل الاجتماعي المتبادل
75	ب- خلل كفي في التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي
76	ج- النقص والعجز في الأنشطة والاهتمامات
93	2- انواع اضطراب طيف التوحد
96	3- انتشار اضطراب التوحد

الصفحة	الموضوع
100	4- أسباب الاضطراب التوحدي
108	أ- العوامل النفسية والأسرية
112	ب- العوامل البيولوجية جينية / وراثية
124	ج- العوامل البيوكيميائية
135	4- أعراض التوحد
142	أ- أبرز أعراض التوحد
143	ب- أعراض التوحد في الطفولة المبكرة
144	ج- أعراض التوحد للطفل في سن المدرسة
144	د- التوحد لدى المراهقين والكبار
147	5- تشخيص الاضطراب التوحدي
152	• صعوبات تشخيص التوحد
170	• الطرق المستخدمة في تشخيص اضطراب التوحد
170	• الأدوات والطرق المستخدمة في تشخيص اضطراب التوحد
172	أ- المقابلة الشخصية المعدلة للتوحد
173	ب- قائمة سلوكيات التوحد
174	ج- جدول المراقبة التشخيصية للتوحد
174	د- جدول المراقبة التشخيصية للتوحد ما قبل تطور اللغة
174	هـ قائمة التوحد للأطفال دون سنتين

الصفحة	الموضوع
175	و- قائمة الملاحظة التشخيصية للتوحد
186	• الفرق بين اضطراب التوحد وبعض الاضطرابات المتشابهة
186	1- الاوتيزم التخلف العقلي
191	2- الاوتيزم الإعاقة السمعية
194	3- الاوتيزم فصام الطفولة
198	4- الاوتيزم اضطراب التواصل
200	5- الاضطرابات النمائية الأخرى
200	أ- اضطراب ريت
203	ب- اضطراب اسبيرجير
207	ج- اضطراب الطفولة التفككي
209	د- التوحد والاضطراب النمائي غير المحدد في مكان آخر
210	• اضطراب لاند كلفنر
210	• اضطراب الذهان
211	• اضطراب الذاتية اللا نمطية
212	• اضطراب الخرس أو الصمت الاختياري
212	6- أشكال التوحد
214	7- خصائص الأطفال التوحديين
214	1- الخصائص المعرفية



الصفحة	الموضوع
215	أ- الإدراك
217	ب- الانتباه
218	ج- التذكر
219	د- التخيل
220	2- الخصائص الاجتماعية
230	3- الخصائص الانفعالية
234	4- الخصائص السلوكية
239	5- الخصائص الحركية
243	6- الخصائص الفسيولوجية
244	7- الخصائص الاستقلالية والحياتية
245	8- الخصائص اللغوية
251	<b>الفصل الثالث / مشكلات الطفل التوحدي</b>
251	أ- الإدراك الحسي
252	ب- الانتباه
253	ج- النمو الاجتماعي في التوحد
253	د- اللغة والتواصل في التوحد
253	<b>أولاً / مشكلات اللغة والتواصل لدى الأطفال التوحديين</b>
253	• اضطراب اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين

الصفحة	الموضوع
259	• مرحلة الصراخ والبكاء
259	• مرحلة المناغاة
260	• مرحلة التقليد
260	• مرحلة المعنى
260	• مشكلات مكونات اللغة لدى أطفال التوحد
260	• الصوتيات
261	• المفردات
261	• بناء الجملة الكلامية
261	• دلالات الألفاظ
261	• ملائمة وانسجام اللغة
261	أولاً / استخدام اللغة
262	ثانياً / المفردات
262	ثالثاً / النحو والصرف
262	رابعاً / التطور الصوتي
263	خامساً / الاستيعاب
263	• صعوبة في اللغة والتخاطب واكتساب المعرفة
263	• الاستخدام المتقطع للغة
263	• الانعكاس الضميري

الصفحة	الموضوع
264	• عدم ربط الأحداث وعدم الإدراك بين الأشياء
264	• التظاهر وعدم ربط الأحداث مع بعضها
264	• مشكلات الطفل التوحدي من 2 - 5 سنوات
264	• استجابة غير طبيعية للأحداث
264	• مشكلات في فهم الكلام
265	• مشكلات في التحدث
265	• مشكلات في فهم الأحداث المرئية
265	• مشكلات في فهم الإشارة
265	• مشكلات في حواس اللمس والتذوق والشم
265	• حركات سير غير مألوفة
266	• تصرفات صحية ومشكلات عاطفية
266	• الانعزال الاجتماعي
266	• الخوف من أشياء خاصة
266	• السلوك المخرج اجتماعياً
267	ثانياً / مشكلات الطفل التوحدي بعد 5 سنوات
268	أولاً / مشكلات في التعبير اللغوي
268	• التعارض بين استخدام وفهم اللغة
268	• الحرفية

الصفحة	الموضوع
269	ثانياً / مشكلات في اللغة المنطوقة
269	• الاضطراب في دلالات الألفاظ والكلمات
269	• طرق استخدام الكلمات
270	• ترديد الكلام الحديث
270	• الفظاظة أو التبذل الذهني
271	ثالثاً / مشكلات التفاهم مع المفاهيم المعنوية
271	• التحدث عن المستقبل
271	• التعبير عن المشاعر والأحاديث
271	• حسن الدعابة
272	• النقص في القدرة على تبادلية الحديث
272	رابعاً / المشكلات التي تعاني منها أسرة الطفل
272	• مشكلات في عملية التقليد
273	• مشكلات نفسية
273	• مشكلات صحية
273	• مشكلات حركية
273	5- مشكلات في التكيف الاجتماعي
274	مشكلات في الإدراك الحسي
274	• مشكلات في الدمج الحسي

الصفحة	الموضوع
275	• مشكلات في الاستجابات الحسية البصرية الدفاعية
276	• مشكلات في الاستجابات الدفاعية للفم
276	• مشكلات في اللغة والكلام
278	• مشكلات في التبول الارادي
279	• دور الأسرة في التغلب على مشكلات الطفل التوحدي
281	<b>الفصل الرابع / الدراسات والبحوث السابقة</b>
282	<b>المحور الأول / دراسات تناولت برامج سلوكية عامة في التقليل من سوء التوافق لدى الأطفال المعاقين عقلياً</b>
289	<b>المحور الثاني / دراسات تناولت اضطراب التوحد عند الأطفال التوحديين</b>
302	<b>المحور الثالث / دراسات تناولت مشكلات الأطفال التوحديين</b>
318	<b>المحور الرابع / دراسات تناولت استخدام العلاج باللعب</b>
323	<b>المراجع</b>
323	أولاً / المراجع العربية
348	ثانياً / المراجع الأجنبية

## مقدمة الكتاب

تعتبر مشكلة الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من المشاكل التي يجب أن يخصص لها قدراً كبيراً جداً من الاهتمام والرعاية حتى نستطيع أن نحقق نفعاً نعود من خلاله بأثر واضح وفعال فى صورة منتج يحقق الكفاءة الشخصية والاجتماعية والمهنية لهؤلاء الفئة من الأطفال التي قدر لها أن تكون على هذه الصورة ، ولنحاول أن نزيد من توافقهم في المجتمع مع أقرانهم من الأسوياء . من خلال استثمار إمكانياتهم بما يضمن لهم التوافق مع البيئة المحيطة بهم وتأهيلهم للاندماج في المجتمع الذي يعيشون فيه .

ولقد اهتم الدين الإسلامي بالنمو المتكامل للشخصية في شتى صورها حيث يقول الله سبحانه وتعالى في كتابه الكريم ﴿ ﴿ وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْوَجْدِ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلاً ﴾ [سورة الإسراء:70]

كما وجهت السنة النبوية الاهتمام بذوي الاحتياجات العقلية ، حيث أشار النبي ﷺ إلى ذلك بقوله “نحن معاشر الأنبياء ننازل الناس منازلهم ونكلمهم على قدر عقولهم“ صحيح البخاري

وتشير (نعيمات رقبان ، 2006، 4-5) إلى أنه عند تقديم المساعدة لتأهيل الطفل المتخلف عقلياً فإنه علينا ملاحظة بعض النقاط الهامة منها :

• أن كل طفل حالة خاصة منفردة ، فالفروق بين الأطفال المعاقين عقلياً متفاوتة ولا يمكن تطبيق الأساليب التربوية الناجحة بالنسبة لطفل على طفل آخر.

• إيمان الأسرة بأن إمكانية تعليم وتدريب الطفل شيء أساسي ، فلو فقدت الأسرة الحماس أو شعرت بأن الجهد المبذول جهد ضائع فمن المؤكد أن الطفل لن يتقدم في أي شيء .

• ليس المهم الكمية التي يتعلمها الطفل بل الأهم بالنسبة له هو نوع التعليم فلا يفيد الطفل أن يقضى ساعات طويلة في تعليم مهارات بشكل جيد بل المفيد أن يقضى فترة بسيطة في التعليم تكون بشكل صحيح ومدروس لتكون النتيجة أفضل .

• نمو الطفل المعاق عقلياً أبطأ من الطفل العادي فمعرفة مراحل النمو الطبيعية للأطفال الأسوياء تساعد في تقديم برامج تأهيلية ناجحة للطفل المعاق وتجعله يلحق بقدر الإمكان بإطار النمو الطبيعي ، فعندما نقول أننا نُعلم الطفل شيئاً يعني أننا نعطيه معلومات أو مهارات أو خبرات لم تتوفر لديه من قبل فكلمة تعلم لا تنطبق فقط على المواد الدراسية بل هي أعم من ذلك وتشمل كل ما يكتسبه الطفل من الميلاد وحتى لحظة الموت ، وما نُعلمه للطفل لابد أن يكون مفيداً له ويدفعه للتطور والنمو .

ولذلك يشير ( عبد الحميد حكيم ، 1999 ، 12 ) إلى أن النصف الثاني من القرن العشرين شهد تطوراً هائلاً في مجال الاهتمام بالأطفال المتخلفين عقلياً تمثل على المستوى العلمي في العديد من الإعلانات والمواثيق العالمية التي صدرت عن هيئة الأمم المتحدة ومنظماتها المتخصصة والتي شملت الأهداف التالية :

• مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة على التكيف الجسمي والنفسي مع المجتمع.

- تشجيع الجهود المبذولة على الصعيدين الدولي والوطني لتقديم المساعدة والتدريب والإرشاد لذوى الاحتياجات الخاصة وإتاحة فرص العمل المناسبة لهم وتأمين اندماجهم الكامل في المجتمع .
- تشجيع مشاريع الدراسة والبحث الرامية إلى تيسير مشاركة ذوى الاحتياجات الخاصة في المشاركة في مختلف نواحي الحياة .
- تشجيع اتخاذ تدابير فعالة للوقاية من العجز لإعادة تأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة .

ولقد تضمنت توصيات بعض المؤتمرات التي اهتمت بالطفولة ضرورة الاهتمام بتربية الأطفال المعاقين ، واعتبار رعايتهم حقاً إنسانياً تفننه التشريعات والقوانين ( أسماء السرسى وأماني عبد المقصود ، 2002 )

وتؤكد الدراسات التربوية والنفسية الحديثة في الآونة الأخيرة على أهمية مفهوم الكفاءة الاجتماعية وعلى استغلال طاقات الطفل التي يعتبرها علماء النفس غاية في النشاط والقوة في سنوات العمر الأولى وجعل هذه الطاقات تصب في دافع ومحرك ذهني الأمر الذي ينمي حتما مهارات وقدرات الأطفال المعاقين عقلياً وهذا لا يتأتى إلا من خلال البرامج التدريبية السلوكية ، والبرامج العلاجية المتنوعة لما لها من أهمية في تنمية فاعليتهم الذاتية والحد من مشكلاتهم السلوكية.

ويعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة ، فهو شكل من أشكال الاضطرابات السلوكية التي يحوطها الكثير من الغموض الذي يرتبط بأسباب الإصابة والتشخيص وطرق العلاج فهو من الاضطرابات النمائية المنتشرة . (pervasive desearch Council,2001) لأنه يبدأ في السنوات الأولى من العمر ومثل كل الاضطرابات أو الإعاقات التي تبدأ مبكراً ، فإنه يؤثر في جوانب النمو



المختلفة لدى الطفل ، فيترك آثاراً سلبية على تلك الجوانب ، فقد يؤثر على النمو المعرفي الاجتماعي والانفعالي للطفل وعلى سلوكه بوجه عام . بحيث يتشكل لدى الأشخاص ذوي التوحد نمط خاص من النمو يختلف عن النمط العادي (سهي أحمد أمين ، 2001).

ويرجع الفضل إلى العالم ليوكانر Leokanner (1943) في بزوغ مصطلح الأوتيزم Autism حيث لفت اهتمامه أنماطا سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلا كانوا مصنفيين على أنهم متخلفين عقليا فقد لاحظ استغراق هؤلاء الأطفال المستمر في انغلاق كامل على الذات والتفكير المتميز بالاجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس وبعدهم عن الواقعية وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث فهم دائموا الانطواء والعزلة ، ولا يتجاوبون مع أى مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أى من المثيرات الخارجية إلى داخلهم (Schopler, 1992: 3, wagner, 2001: 1, Otten, et al, 2004: 1). عثمان لبيب فراج، 1994).

ومصطلح أو كلمة التوحد مشتقة في الأصل من الكلمة اليونانية ( الذات ) وربما تم اختيار تلك الكلمة أو المصطلح هذا تحديداً ليصف أعراضاً معينة لما لها من دلالة هامة وهى أن مصطلح التوحد يشير بشكل أو بآخر إلى أعراض محددة وتظهر تلك الأعراض في الطفل المصاب حيث نجده كما لو إنه يعيش في عالمه الخاص به أو يتعامل داخل عالمه دون الاعتبار بمن حوله وكأنه لا يراهم ( Davis, B, 2002: 13 ).

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 أى مستوى من الذكاء بالتوحد مع الخيال وقد يكونوا طبيعيين أو أذكاء جداً أو متخلفين عقلياً. ( كريستين مايلز، 1994: 185 ).

وقد بدأ الاعتراف بالتوحد كاضطراب مستقل وليس نوع من الفصام الطفولي أو ذهان الطفولة المبكرة حيث كان هناك خليط بين هذه الاضطرابات العقلية منذ عام 1978 مع نشر الدليل الدولي التاسع تحت عنوان التوحد الطفولي . إضافة إلى هذا يوجد فرق بين زملة أعراض التوحد وزملة أعراض الفصام في الطفولة . (رشاد موسى ، 2002: 387) .

وفي عام 1912 استخدم الطبيب النفسي أوجين بلولر (*Eugen Bleruler*) كلمة توحد وكان يقصد بها آنذاك الهروب من الواقع فعندما نقول أن هذا شخص توحيدي فنحن نعنى بذلك أنه لا صلة له بالواقع وكان معنى التوحد عند بلولر هوالذهان (13: 2004: Corbier) .

والشخص ألتوحيدي ذو شخصية مغلقة وهو ملتفت إلى داخله ومنشغل انشغالا كاملاً بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كلية إلى حد كبير في الخيال ونراه دائماً منشغلاً انشغالا كاملاً بخيالاته وأفكاره وبأنماط السلوكية المقلوبة كبرم الأشياء أو لفها والهزهزة بالإضافة إلى اللامبالاة تجاه الوالدين والآخرين ومقاومة التغيير. وعيوب في النطق .

وفي هذا الكتاب نحاول أن نتعرف على فئة الأطفال التوحيديين ونلقى الضوء على أسباب التوحد ، وأعراضه ، وتشخيصه ، وأشكاله ، ومشكلات الطفل ألتوحيدي

وما قدم من دراسات سابقة لنقف على الكثير من البرامج العلاجية لهذه الإعاقة  
النمائية. وأسأل الله تعالى أن يوفقني وأن أنفع بما أقدمه عامةً وخاصةً لهذه الفئة  
من الأطفال التوحديين وأن يجعله الله في ميزان حسناتنا .  
وأخيراً فإن الكمال لله وحده وإن كان فيما قدمته بعض القصور فهذا  
من طبيعة البشر، وإن كان غير ذلك فتوفيق من الله عز وجل ، وما توفيقني  
إلا بالله.

المؤلف .....

# الفصل الأول

## ذوى الاحتياجات الخاصة

### من هم ذوى الاحتياجات الخاصة؟

اختلفت كثير من آراء العلماء والباحثين العاملين في ذلك المجال وتباينت في تحديد المسميات والمصطلحات التي تنطبق على الأفراد الذين يعانون عن غيرهم من الأسوياء في جانب أو أكثر من جوانب الشخصية أو في مظهر أو أكثر من مظاهر النمو، وجاءت آرائهم مترجمة في مسميات ما لبثت أن أصبحت مصطلحات قائمة تتداولها الآن في ذلك المجال ومنها الضعف *Impairment* والعجز *Disability* والاضطراب *Disorders* والإعاقة *Handicap* وأصبحنا ننظر لمن تنطبق عليهم إحدى هذه المسميات نظرة تختلف عن ما لا نطلقها على غيرهم من الأسوياء وكأنها وصمة اجتماعية، مما ترتب عليه انخفاض مستوى إدراك هؤلاء الأفراد لأنفسهم والإقلال من تقديرهم لذاتهم، مما أدى إلى زيادة الإحساس لديهم بالعجز وتألمهم نفسياً واجتماعياً، وإلى جانب ذلك فقد لاحظنا أن بعض هذه المسميات أو بالأحرى جميعها لا تحدد مجال أو أكثر من مجالات القصور التربوية التي يمكن من خلالها تحديد احتياجاتهم والخدمات التي يمكن أن تقدم لهم، ومما نلاحظه أيضاً أن هذه المسميات أو المصطلحات تناولت النواحي السلبية لهؤلاء الأفراد ولم تتناول النواحي الإيجابية كالتفوق العلمي والموهبة والإبداع والتي يمكن من خلالها أن نحدد احتياجاتهم والخدمات التي يمكن أن تقدم لهم، ولذلك فقد لاحظنا بعضاً من العلماء والباحثين استخدموا مصطلحات أخرى تعبر عن التوجه الإيجابي منها ذوى الاحتياجات الخاصة *Persons with special needs* ومنها

غير العاديين *exceptional* أو *up normality* للإشارة إلى من ينحرف أداؤه في جانب أو أكثر من الشخصية عن متوسط أقرانه من العاديين إلى الحد الذي يلزم معه ضرورة تقديم خدمات أو مظاهر عناية ورعاية خاصة لهم كالخدمات التربوية أو الطبية أو التأهيلية أو الاجتماعية أو النفسية .

( عبد المطلب القريطى ، 1996 ، 20).

وقد حدد المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة (1995) مصطلح (الفرد ذو الحاجات الخاصة ) على أنه كل فرد يحتاج إلى خدمات خاصة لكي ينمو أو يتعلم أو يتدرب أو يتوافق مع متطلبات حياته اليومية أو الأسرية أو الوظيفية أو المهنية، ويمكن أن يشارك في عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية بقدر ما يستطيع وبأقصى طاقاته كمواطن .

ويشير ( إسماعيل إبراهيم بدر، 2007 ) في تعريفه للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بأنهم الأطفال الذين لديهم تأخر أو إعاقة في إحدى المجالات التالية : النمو الجسمي ، والنمو العقلي المعرفي ، والنمو الانفعالي ، والنمو الاجتماعي ، والنمو اللغوي ، وممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين (3-9) سنوات ، ولكي يطلق على طفل ذوي احتياجات خاصة ، لا بد أن يتوافر محكين أساسيين هما :

1. أن يكون لدى الطفل واحد أو أكثر من التأخر أو العجز أو الإعاقة

في المجالات السابقة .

2. أن يتطلب الطفل برامج تربوية أو خدمات خاصة .

ويشير ( محمد عباس ، 2003 ، 13 ) إلى أن الحاجة ظهرت إلى ضرورة الاهتمام بالطفل المعاق ومشكلاته خاصة مع التزايد المطرد في نسبة الأطفال المعاقين في مصر ، حيث بلغت هذه النسبة 6% من مجموع السكان ، وهى نسبة

عالية تبعث كثيراً من القلق في ظل غيبة الوعي وضعف الإمكانيات المتمثلة في قلة الجمعيات والمراكز المتخصصة في رعاية المعاقين الذين تم الاتفاق على تسميتهم بالفئات الخاصة أو ذوى الاحتياجات الخاصة .

وقد اهتمت بعض الدول التي تسعى إلى التقدم والنماء بجهود جميع الأفراد ولذلك أصبحت رعاية ذوى الحاجات الخاصة من العوامل التي من خلالها نستطيع الحكم على مدى تقدم المجتمعات ، ومن أجل هذا الهدف تحاول الدول التي تقدم كافة الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية لهم ، وتوفير كافة احتياجاتهم من أجل أن يحيا كل فرد منهم حياة كريمة شريفة دون الشعور بالعجز أو القصور .  
ولذلك فإننا نلاحظ أن مجال التربية الخاصة قد أسهم إسهاماً بليغاً في تحسين ظروف هذه الفئات في كافة النواحي التشخيصية والعلاجية والصحية والنفسية .

### **تصنيف ذوى الفئات الخاصة :**

تعددت تصنيفات ذوى الفئات الخاصة سواء من قبل هيئات عالمية أو علمية أو من قبل العلماء والباحثين ، ومن أهم هذه التصنيفات :

أ- ما أقره المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة في مصر ( 1995 .65 ) والذي أكد

أن الفرد من ذوى الحاجات الخاصة ينتمي إلى فئة أو أكثر من الفئات التالية:

1. التفوق العلمي والموهبة الإبداعية .
2. الإعاقة البصرية بمستوياتها المختلفة .
3. الإعاقة السمعية الكلامية اللغوية بمستوياتها المختلفة .
4. الإعاقة الذهنية بمستوياتها المختلفة .
5. الإعاقة البدنية والصحية الخاصة .
6. التأخر الدراسي وبطء التعلم .
7. صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية .

8. الاضطرابات السلوكية والانفعالية .
  9. الإعاقة الاجتماعية .
  10. الأوتسية الاجترارية أو التوحدية .
- ب- ما ورد في قانون التربية للأفراد المعوقين بالولايات المتحدة ( 1994 ) *with Individual Disabilities Education Act (IDEA)* بأن هناك ثلاث عشرة فئة من فئات الإعاقة تقدم لهم الخدمات وتشمل :
1. التوحد ( أُضيف عام 1990 ).
  2. الإعاقة الحسية المزدوجة .
  3. الصمم .
  4. ضعف السمع .
  5. التخلف العقلي .
  6. الإعاقات المتعددة .
  7. الإعاقات البدنية .
  8. الإعاقات الصحية .
  9. الاضطرابات الانفعالية الشديدة .
  10. صعوبات التعلم .
  11. اضطرابات النطق واللغة .
  12. الإصابة الدماغية .
  13. الإعاقة البصرية (ديان برادلى وآخرون، د.ت، عبد العزيز الشخص، 2000، 61).

وتشير ( زينب محمود شقير، 2007 ) إلى أنه يمكن تقسيم ذوى الاحتياجات الخاصة إلى الأنواع التالية :

1. الموهبة والتفوق *Giftedness & Talents* .
2. الإعاقة العقلية *Mental Retardation* .
3. الإعاقة السمعية *Hearing Impairment* .
4. الإعاقة البصرية *Visual Impairment* .
5. الإعاقات الجسمية والصحية *Physical & Health Impairment* .
6. صعوبات التعلم *Learning Disabilities* .
7. اضطرابات السلوك *Behavior Disorders* .
8. اضطرابات التواصل *Disorders Communication* .

#### الإعاقة *Handicap*

يشير ( ابن منظور، د.ت، 3137 ) في تعريفه للإعاقة لغوياً بأنها مشتقة من الفعل عاق، عوق، وعاق عن الشيء يعوقه عوقاً ، أي صرفه وحبسه وعطله . ولقد تعددت التعريفات الخاصة بالإعاقة ، واختلف الباحثون في تعريفهم لها كل حسب تخصصه وفكره ، فمنهم من اهتم بالجوانب الطبية ومنهم من اهتم بالجوانب النفسية والاجتماعية والتربوية وآخرين اهتموا بالجوانب الجسمية والحسية ، ومنهم من اهتم بكل الجوانب في نظرة شاملة . إلا أن الإعاقة تعتبر عقبة في طريق الفرد سواء أكانت جسمية أو حسية أو انفعالية أو عقلية أو اجتماعية .

ويطلق لفظ المعاق على الشخص الذي فقد أحد أعضاء جسمه أو أصيب بعاقة أو مرض قبل الميلاد أو بعده مما يجعله غير قادر على الاستجابة بشكل



مناسب لما يرد إليه من منبهات سواء كانت هذه المنبهات داخلية أو خارجية  
( English,1998,P.236) .

ويرى عبد الفتاح عثمان في تعريفه للإعاقة بأنها " قصور أو تعطل عضو  
أو الأعضاء الداخلية للجسم عند القيام بوظائفها نتيجة لأسباب وراثية أو مكتسبة  
ميكروبية أو فيروسية أو أمراض أو حوادث معينة ( في: أماني عبد المقصود، 1998).  
ويشير زهير السباعي في تعريفه للإعاقة بأنها "كل ما يحد من قدرات الإنسان  
العقلية أو النفسية أو الجسدية ويجعله غير قادر على أن يمارس حياته الطبيعية  
المتوقعة منه في حدود عمره وجنسه وظروفه البيئية" (في رسمي بر الملك رستم، 1998).  
ويشير عبد الرحمن سليمان ( 2001، 131 ) إلى الإعاقة الجسدية بأنها تلك  
الإصابة الجسمية التي لها صفة دائمة وتؤثر تأثيراً حيوياً على ممارسة الفرد لحياته  
الطبيعية في المجتمع .

ويشير عادل عبد الله ( 2004، 284 ) إلى الإعاقة الجسدية بأنها " حالة تعوق  
الفرد عن أن يقوم باستخدام جسمه أو أجزاء منه استخداماً كاملاً ذا فاعلية مما  
يؤثر على كم وكيف أدائه" .

ويشكل مصطلح "الأطفال المعوقين" المتخلفين عقلياً ومن لديهم صعوبة  
في السمع والصمم ومن لديه إعاقة في الكلام أو أي إعاقة صحية أخرى ، ويشمل  
كذلك كف البصر ومتعددي الإعاقات ومن لديهم صعوبات معينة في التعليم ، وهم  
الذين يحتاجون إلى تربية خاصة وخدمات أخرى مرتبطة بها .  
(سميرة أبو زيد ، 1998 ، 42).

## أسباب الإعاقة :

لأن لا يوجد سبب معين للإعاقة ولكن هناك العديد من الاجتهادات  
تحصر عدداً من الأسباب للإعاقة وتنقسم إلى :

- عوامل وراثية و خلقية : انتقال الصفات الوراثية ( الجينات ) ، خلل في الانقسام الجيني أو اضطراب كروموسومي .
- عوامل تتعلق بالحمل والولادة وتنقسم إلى :
  1. عوامل ما قبل الولادة مثل : التعرض للأشعة وتناول الأدوية أثناء الحمل أو الإصابة بالأمراض الضارة والمعدية مثل الحصبة الألمانية .
  2. عوامل أثناء الولادة مثل : نقص الأوكسجين أو الولادة المتعثرة أو المبتسرة .
  3. عوامل ما بعد الولادة مثل : الاختناق أو التعرض للإصابات كالسقوط أو النزيف أثناء الولادة.
- عوامل التهابية مثل : تعرض الطفل لإصابات الرأس أو حوادث السير والسقوط أو الالتهابات مثل : التهاب السحايا والتهاب الدماغ
- عوامل متنوعة تتعلق بالبيئة مثل : التلوث والإشعاع والتسمم بالرصاص وأكسيد الكربون والعقاقير المخدرة ، والحروب ، والكوارث الطبيعية والظروف الأسرية والحرمان البيئي الشديد والإهمال أو الحماية الزائدة.

## أنواع الإعاقة :

أولاً : الإعاقة الحركية *Orthopedic Handicap*

يشير فتحي عبد الرحمن (2000، 28) إلى المعاق حركياً بأنه " الفرد الذي يعاني من عجز حركي أو جسمي يحد من نشاطه وحيويته ويعوق حركته نتيجة عيب خلقي أو حادث .

بينما يشير عادل عبد الله ( 2004، 285 ) إلى أن الإعاقة الحركية قد ترجع في الأساس إلى عدد من الظروف والأسباب المختلفة منها ما هو وراثي ومنها ما هو بيئي .

ويعرف كل من هنت ومارشال Hunt&Marshall ( 1994، 21 ) الإعاقة الحركية بأنها " حالة من نقص الكفاءة في مستوى الوظائف الحركية سواء الخاصة بالإطراف أو العظام أو العضلات "

ويعرف عبد الرحمن سليمان ( 2001، 131 ) الإعاقة الحركية بأنها " عجز في وظيفة أعضاء الجسم المتصلة بالحركة كالأطراف والمفاصل .

ويرى ( أدث . م . ستيرن والذاكاستديك ) أن الآثار التي تنشأ عن الإعاقة الحركية لن تكون آثارها هو ما يحدث للمرء فقط وقت حدوثها ولكن تمتد هذه الآثار مع امتداد العمر، فالجسد يستهلك أسرع وتضعف القوى وتخور النفس بمرور الوقت وتشير ثريا إبراهيم ( 2007، 686 ) إلى أن المعوق يبدأ بالإصابة وينتهي بسخرية متواصلة ، فالإعاقة الحركية ليست بإعاقة في وظيفة عضو الحركة فحسب ، بل هي إعاقة في المحيط النفسي ، والمحيط الخارجي والاجتماعي للمعاق وكلما زادت شدة الإعاقة الحركية فإن هؤلاء المعاقين قد يلجأون إلى السلوكيات الدفاعية والانسحاب من الحياة واللجوء إلى العزلة وأحلام اليقظة .

وتشير إيمان حسين ( 2008، 749 ) إلى أنه حين ينغمس الباحث في مجال الإعاقة الحركية ، فإنه يلتقي بأفراد أثقلتهم الجراح ، جراح جسمية بقدر ما تعد جراح نفسية ، حيث يلتقي بفئة ضائعة قد تقف على أطلال الماضي ، وتجرفهم إعاقتهم في منحى يعزلهم عن العالم بأسرة ، ويتشوقون أن يروا أنفسهم خارج عالم الإعاقة الذي ينصهرون فيه .

## ثانياً: الإعاقة السمعية *Hearing Impairment*

تعتبر الإعاقة السمعية من الإعاقات التي ينتج عنها الكثير من المشاكل التي تواجه المجتمعات النامية والمتقدمة ، وتعرف بأنها " وجود قصور أو ضعف في القدرة السمعية ، ويؤدى إلى قصور في الأداء التعليمي أو المهني أو فرص التفاعل مع المثيرات البيئية والاجتماعية المحيطة بالفرد " .

والطفل الأصم هو الطفل الذي لديه فقدان سمعي من 70 ديسيبل وأكثر ويعيق فهم الكلام من خلال الأذن وحدها باستعمال أو بدون استعمال السماع الطبية ( Moores, 1996 ) .

ويعرف عبد المطلب القريطى ( 2005، 299 ) الصم بأنهم أولئك الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع في أعراض الحياة العادية سواء من ولدوا منهم فاقدى السمع تماماً ، أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة ، أم من أصيبوا بالصمم في طفولتهم المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة مباشرة لدرجة أن آثار هذا التعلم تلاشت تماماً ، مما يترتب عليه في جميع الأحوال افتقاد المقدرة على الكلام وتعلم اللغة .

ويضيف يوسف القريوطى ( 1995، 138 ) في تعريفه للإعاقة السمعية بأنها تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة ، وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها صمم .

ويعرف نظمى أبو مصطفى ( 2000، 112 ) الأطفال المعاقين سمعياً بأنهم " الأطفال الذين يعانون قصوراً أو عجزاً في قدرتهم السمعية ، مما يعيق الأداء التعليمي أو المهني أو فرص تفاعلهم مع المثيرات البيئية والاجتماعية" .

## ثالثاً: الإعاقة البصرية *Visual Impairment*

يعرف الطفل المعاق بصرياً من عدة نواحي أو جوانب ، حيث يعرف الكفيف لغوياً بأنه من كف بصره أي عمى ( جبران مسعود، 1927 ) وأعمى هو ذهاب البصر ( محمد بن أبوبكر الرازي ( 1954 ) ، وكلمة العاجز يطلقها العامة على الأعمى لملاحظتهم أنه قد عجز عن الأشياء التي يستطيعونها هم ، وأما كلمة الأكمه فمأخوذة من الكمه وهى العمى قبل الميلاد ، وقد وردت في القرآن الكريم :

﴿...وَتُورِثُ الْأَكْمَهَ وَالْأَبْرَصَ بِأَذْنِي...﴾ [سورة المائدة: الآية 110] ولذلك

نجد أن هناك مجموعة من الألفاظ تستخدم للتعريف بالشخص الذي فقد بصره مثل (الأعمى ، الأكمه ، العاجز ، الكفيف ، المكفوف ) ( لطفي بركات ، 1981 ، 139 ) . تشير حنان شرشر ( 1995 ، 3 ) إلى أن دراسة كف البصر من الدراسات ذات الأهمية الكبيرة وذلك لما قد يوجد بين تلك الفئة من مكفوفي البصر ممن هم لديهم قدرات خاصة ومواهب طبيعية وسمات نادرة لابد أن نهتم بها ونرعاها حتى تنمو تلك القدرات ، والمواهب بطريقة طبيعية ، كما أن هذه الفئة لها تأثير كبير على تطور وتقدم المجتمع ، فالرعاية لابد أن تشمل الجانب الاجتماعي والنفسي والصحي والتربوي للكفيف .

ويشير عبد العزيز الشخص ( 1994 ، 185 ) إلى أن حاسة البصر تمثل أهمية كبرى في حياة الإنسان فهي تساعده على التفاعل الواقعي مع بيئته سواء كانت طبيعية أو اجتماعية إذ أن حوالي ثلثي معلومات الفرد عن العالم المحيط به تأتي عن طريق حاسة البصر أي أن البصر يضيف على حياة الإنسان معنى خاصاً .

ويشير محمد عبد الفتاح ( 1993 ، 418 ) إلى أنه على الرغم من الاهتمام العالمي الذي يحظى به المعوقين في الآونة الأخيرة والاهتمام الرسمي والشعبي في المجتمع

المصري والذي دفعته هيئة الأمم المتحدة لدول العالم إلى اعتبار عام 1981 عاماً دولياً للمعوقين ، وبالرغم من صدور العديد من التشريعات التي تحدد برامج وخدمات رعاية المعوقين وتخصص نسبة منهم للعمل بالهيئات والمؤسسات إلا أن نتائج العديد من الدراسات والبحوث تؤكد على أن هذه الفئة لم تلق الاهتمام المناسب والمرتبط بحل مشاكل الأطفال المكفوفين ، وإشباع احتياجاتهم الأساسية التي تكفل لهم الاستقرار.

ويشير (Burlingham,1992,P.259) إلى أنه من الأسباب التي تؤدي إلى صعوبة نسبية في الاتصال بالآخرين هو غياب حالة الإبصار ، فالكفيف لا يستطيع الاتجاه بنظراته إلى محدثه ، وهو لا يستطيع استخدام الإشارات أو الإيماءات التي تنوب عن اللغة في بعض الأحيان ، وهو لا يستطيع قراءة تعبيرات الوجه لمعرفة أثر كلماته على من يستمع إليه ، ولا يستطيع استخدام تلك التعبيرات لتصوير انفعالاته لما يقوله الآخرين مما يوحي لمحدثه أنه لا ينصت إليه أو بأنه لا يهتم بما يقوله ، ولكن الكفيف يعتمد على حاسة السمع وحدها في الاتصال بالآخرين ، ولأنه لا يستطيع إدراك أفعال الآخرين بما يقوله أو يفعله فإنه يحتاج دائماً إلى قدر كبير من الانتباه والتركيز لكي يحتفظ بتواصله مع الآخرين ، ولهذا السبب فإن علاقات المكفوفين بالآخرين تبدو في كثير من الأحيان أحادية الجانب .

وينفق كل من (نعمات عبد الخالق،1993، عبد المطلب القريطى2001 ، 197 ، صلاح السرسى ، 1998 ، 163 ، إلهامى عبد العزيز، إيمان حبرس 2000 ، 14 ) على أن للإعاقة البصرية وانفصال الطفل الكفيف عن البيئة الخارجية المحيطة به تأثيرات سلبية على السلوك الاجتماعي للفرد ، حيث يترتب عليه الكثير من

المشاكل في عمليات النمو والتفاعل الاجتماعي ، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتمال الذاتي ، وذلك لعجز المعاقين بصرياً أو لمحدودية الحركة لديهم ، وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية وتعبيراتهم الوجهية كالبتشاشة والرضا والغضب وغيرها مما يعرف بلغة الجسم وتقليد هذه السلوكيات أو محاكاتها بصرياً والتعلم منها ، ونقص خبراتهم ، والفرص الاجتماعية المتاحة أمامهم للاحتكاك بالآخرين والاتصال بالعالم الخارجي المحيط بهم ، فهم لا يتحركون بالسهولة والمهارة والطلاقة التي يتحرك بها المبصرون .

ولهذا يجد الكفيف نفسه عاجزاً عن الاندماج الصحيح في المجتمع ومن ثم يفضل الكثير من المكفوفين قصر علاقاتهم الاجتماعية على زملائهم المكفوفين وقد وجد باترا *Patra* 1981 أن نسبة كبيرة من المكفوفين يشعرون بوجود فجوة (عائق) تعوق التواصل بينهم وبين المبصرين وأن المكفوفين في الغالب يتخبرون أصدقائهم من بين المكفوفين وليس من المبصرين

ويوضح كل من ( سميرة أبوزيد، 1998، أحمد عبد الرحيم ، 1994 ، وزارة التربية والتعليم ، 1995 ، فاتن النمر، 1998 ) أنه على الرغم من أن المكفوفين في مصر يحظون بكثير من أوجه الرعاية الاجتماعية والنفسية والتربوية التي تقوم على تنفيذها الوزارات والجمعيات الأهلية المختلفة ، إلا أن هناك فئة منهم لا تحظى بأي نوع من الرعاية وهي فئة الأطفال المكفوفين في مرحلة ما قبل المدرسة ويرجع ذلك إلى وجود قصور في المعلومات والإحصائيات الخاصة بأعداد هذه الفئة ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين 4 – 6 سنوات ، وقله عدد الدور أو الأماكن التي تقوم برعايتهم ، إضافة لذلك أن معظم هذه الدور والمؤسسات لا تقبل الأطفال

قبل سن التعليم الأساسي أي قبل سن السادسة ، مما يترتب عليه وجود قصور نسبي في الإحساس بمشكلات تلك الشريحة وتلك الفئة وندرة الخطط والبرامج الخاصة بهم بالرغم من أهمية وجود هذه الخطط والبرامج لمثل هؤلاء الأطفال وفي هذه المرحلة العمرية لتأهيلهم ومساعدتهم على التوافق النفسي والاجتماعي ونمو جميع جوانب شخصيتهم .

وتشير ( أسماء السرسى ، أماني عبد المقصود ، 2002 ) إلى أنه نتيجة لذلك فإن معظم هؤلاء الأطفال يظلون في رعاية أسرهم التي غالباً ما تحتاج إلى التوجيه والإرشاد للقيام بدورها في أهم فترة عمرية من فترات التنشئة الاجتماعية ، كما أن غالباً ما تكون اتجاهات الأسر نحو طفلهم الكفيف في هذه المرحلة اتجاهات سلبية تؤثر في تأخر نموه وتسلك سلوكاً لا يؤدي إلى التربية السليمة .

وبالرغم من وجود بعض أماكن للروضة الخاصة بالأطفال المعاقين بصرياً في وقتنا الحالي إلا أنها لا تتناسب مع العدد الفعلي لهؤلاء الأطفال ، كما أن البرامج التعليمية الموجودة بها لا تزال تحتاج إلى الدعم من قبل الوزارات والهيئات التعليمية الأخرى التي تعمل في مجال الإعاقة البصرية .

( أماني عبد المقصود عبد الوهاب ، 2008 ، 42 ) .

## رابعاً : الإعاقة العقلية :

### 1 ( المعاقون عقلياً القابلين للتعلم :

#### - مقدمة :

يشير ( فاروق الروسان : 1998 ، 37 ) إلى أنه ظهر العديد من المصطلحات الحديثة التي تعبر عن مفهوم الإعاقة العقلية *Mental impairment Or mentally* ، ومصطلح *andicapper* ، ومصطلح *mental deficiency* العقلية ، ومصطلح التخلف



العقلي *Mental retardation* ، ومصطلح واهن العقل *Feeble minded* ومصطلح  
عدم السواء العقلي . *Mental subnormal* .

ويشكل المعاقون عقلياً ظاهرة اجتماعية مهمة ، سواء في المجتمعات المتحضرة  
أو في المجتمعات النامية، وذلك لتوفير أكبر فرص للتوافق الاجتماعي وحتى  
لا يصبح المعاق عقلياً عبئاً على الأسرة والدولة، وقد تضمنت توصيات بعض  
المؤتمرات التي اهتمت بالطفولة ضرورة الاهتمام بتربية الأطفال المعاقين ، واعتبار  
رعايتهم حقاً إنسانياً تقننه التشريعات والقوانين والعمل على استثمار إمكاناتهم  
بما يضمن لهم التوافق مع البيئة المحيطة ، وتأهيلهم للاندماج مع المجتمع الذي  
يعيشون فيه بالإضافة إلى الاهتمام ببرامج التنمية والرعاية واعتبار هذه البرامج  
مطلبا اجتماعياً أساسياً في تربية الأطفال ورعايتهم وتأهيلهم للاندماج  
مع الآخرين في البيئة المحيطة ( أسماء السرسى ، أماني عبدالمقصود، 2002) .

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، 2009، 3 ) إلى أن الاهتمام بذوي  
الاحتياجات الخاصة زاد في العقدين الأخيرين عنه في الماضي في كل دول العالم  
الغنية والنامية على حد سواء ، وظهر هذا الاهتمام في مجال التشخيص واتساع  
تعريف ذوي الاحتياجات الخاصة لتشمل فئات كثيرة تحتاج إلى وسائل مساعدة  
في التعلم والتواصل مع الآخرين في المجتمع بطرق سوية ومرغوبة ، ويتم ذلك بتقديم  
العون والمساعدة والرعاية التربوية والنفسية التي تقوم على دراسة خصائصهم  
واهتماماتهم . ومن الاتجاهات الحديثة أيضاً الاهتمام بالجوانب الإيجابية  
في شخصية هذه الفئات بدلاً من التركيز على الجوانب السلبية ومظاهر العجز  
والاضطراب .

## - مفهوم المعاقين عقلياً :

ليس من السهل تعريف الإعاقة العقلية، وذلك لأسباب ترجع إلى طبيعة هذه الإعاقة العقلية، فهي مشكلة متعددة الأبعاد والجوانب ، فالإعاقة العقلية مشكلة طبية ، وتربوية ، واجتماعية ، وعلمية أيضاً (أشرف عبد الغنى شريت، 2009، 49-50).

وقد استخدمت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي *American Association of Mental Retardation (A.A.MR.)* مفهوم التأخر العقلي بمعنى التخلف العقلي وأطلقته على كل من يقل مستوى قدراته العقلية العامة عن المتوسط (كمال إبراهيم مرسى، 1996، 209).

وتشير (آمال عبد السميع باظة، 2002) إلى أن الإعاقة العقلية تم اكتشافها منذ العصور القديمة وأنها تنتشر بين جميع الشعوب بغض النظر عن موقعها الجغرافي أو مستواها الاقتصادي والاجتماعي ، ومن حيث أنها عجز أو توقف أو خلل في قدرات مجموعة من الأفراد فقد نالت اهتمام كل التخصصات الطبية والاجتماعية والقانونية لحمايتهم وإظهار احتياجاتهم ورعايتهم وتعليمهم بإنشاء مؤسسات خاصة بهم ، وتطورت وسائل تعليمهم وتأهيلهم مهنيًا ، ويعتبر الاتجاه الطبي أول الاتجاهات التي ساهمت في تعريف الإعاقة العقلية ، ومع ظهور اختبارات الذكاء ساهم القياس النفسي في تصنيف الإعاقة العقلية وترتب عليها التصنيف التربوي حيث الاستعداد للتعلم أو التدريب العملي والمهاري أو اعتماد الطفل على الآخرين ولا يستطيع الاستقلال الذاتي في قضاء حاجاته الأساسية مثل المأكل والملبس والبيع والشراء والتعامل مع المحيطين ، واستخدمت الوسائل التكنولوجية الحديثة في تنمية بعض العمليات المعرفية ( التخيل- الإدراك - التفكير- حب الاستطلاع ) لدى الأطفال المعاقين عقلياً ، كما اهتمت الكثير

من البحوث بالكشف عن الجوانب الإيجابية في تكوينهم النفسي والعقلي ليتمكن تنميته بدلاً من التركيز على جوانب القصور والعجز التي يعد التقدم والنمو فيها بطيء .

ويشير (وليد السيد خليفة، 2006) إلى أن الاهتمام بذوي الاحتياجات العقلية قد حظي بنصيب وافر من العلماء خاصة علماء النفس والتربية للتعرف على طبيعة هؤلاء الأطفال ، وأسباب إعاقاتهم ، وطرق وقايتهم ، وأهم سبل علاجهم. ويؤكد (محمود عنان، 1998) على اختلاف تعريف الإعاقة العقلية وفق طبيعتها وحدتها من وجهة نظر العلماء المتخصصين ، فينظر إليها علماء علم النفس والتربية على أنها حالات من عدم اكتمال نمو الجهاز العصبي نتيجة لعوامل وراثية أو مكتسبة ، بينما يرى فريق من الأطباء إنها حالات من عدم التوازن الكيميائي داخل الجسم .

وهناك مجموعة من التعريفات ظهرت لمفهوم الإعاقة العقلية لا تزال تستخدم على نطاق واسع أذكر منها بإيجاز فيما يلي :

▪ **تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي: AAMR.**

يتمثل في أنه الطفل ذو "عجز عقلي يتميز بنواحي قصور واضحة في كل من الوظائف العقلية ، وفي السلوك التكيفي المعبر عنه في مهارات التكيف العملية والإدراكية ، وهذا العجز منشأً قبل عمر ثمانية عشر سنة ، وتعرف الجمعية السلوك التكيفي بأنه " يشير إلى ما يفعله الناس ليكونوا فاعلين في الحياة اليومية وهو يتضمن مهارات في مجالات متعددة كالاتصال ، والتفاعلات الاجتماعية ، واعتناء الفرد بنفسه ، وإدارة المال ، واستخدام وسائل المواصلات " .

( في: عاطف حامد زغلول ، 2004 ، 235 ) .

## ■ أ-التعريف التربوي :

يشير ( فاروق الروسان ، 1998، 139 ) في تعريفه التربوي للتخلف العقلي " الطفل الذي لديه تخلف ويطء في التحصيل وعدم القدرة على مسايرة برامج التعليم بالمدارس العادية بسبب تخلف قدراته العقلية ، ويفشل في تحصيل المجرّدات والتعامل معها ، وقد يستطيع اكتساب مهارات ومبادئ القراءة والكتابة والحساب عن طريق برامج تعليمية خاصة فيسمى قابلاً للتعلّم *Educable* أو يفشل في اكتساب هذه المبادئ البسيطة فيسمى غير قابل *Uneducable* ".  
يعرف الطفل المعاق عقلياً من الناحية التربوية بأنه الطفل الذي يكون لديه قصور في القدرة على التعلّم والتكيف لمطالب المجتمع .

( محمد محروس الشناوي ، 1997، 37).

وتعرف (آمال عبد السلام باظة ، 2009 ، 15 ) المعاقين عقلياً بأنهم فئة لديهم القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصورة بطيئة ويحتاجون إلى برامج خاصة موجهة لإحداث تغيير في السلوك والاجتماعي ليصبحوا مقبولين في تفاعلهم مع الآخرين ، وأيضاً في تحسين العمليات المعرفية لديهم والمهنية .

ويعرف (محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي ، 2014، 39 ) المعاقين عقلياً بأنهم الأطفال الذين ليس لديهم القدرة على التحصيل الدراسي والتعلّم مقارنة بأقرانهم العاديين في نفس أعمارهم الزمنية ، ويصاحب ذلك ضعف توافقيهم مع الآخرين ، وتحمل المسؤولية عن أنفسهم ، وهؤلاء الأطفال يمكنهم الاستفادة من بعض البرامج الخاصة التي تحسن من أدائهم التعليمي والاجتماعي والمهني بدرجات تتناسب وقدراتهم وإمكانياتهم .

ويشير ( محمد محروس الشناوي ، 1997، 38 ) إلى أن الجمعية الوطنية للأطفال المتخلفين عقلياً *the national association for mental retarded children* ترى أن المتخلف عقلياً " شخص يعاني منذ الطفولة من صعوبة غير عادية في التعلم ، وهو غير فعال نسبياً في استخدام ما تعلمه في مواجهة مشكلات الحياة العادية ، وهو يحتاج إلى تدريب وتوجيه خاصين ليستفيد من طاقته مهما كانت .

#### ■ بـ - التعريف الاجتماعي:

يشير (كمال سالم، 1988، 115) إلى أن التخلف العقلي من الوجهة الاجتماعية هو انخفاض المستوى الثقافي والقدرة على التعامل مع الآخرين . وقد وضع الاتحاد الأمريكي للتخلف العقلي تعريفاً يركز على وصف نسق المساعدات التي يحتاجها الفرد ، ولذلك فقد تم تحديد السلوكيات التكيفية بعشرة مجالات لمهارات التكيف مؤكداً على الشخص وعلاقاته التفاعلية مع البيئة والذي نص على أن التخلف العقلي هو قصور جوهري في الأداء الوظيفي العقلي أقل من المتوسط ويصاحب هذا القصور عائقان أو أكثر في إحدى مهارات التكيف التالية : الاتصال والعناية بالذات، والمعيشة المنزلية ، والمهارات الاجتماعية والتعامل مع المجتمع المحلي ، وتوجيه الذات، والصحة والأمان ، والمهارات الأكاديمية الوظيفية ، ووقت الفراغ والعمل ، ويظهر التخلف العقلي قبل سن الثامنة عشر. (Kevinl 1995 p713).

وتشير ( آمال عبد السميع باظة ، 2007 ، 10 ) في تعريفها للتخلف العقلي من الناحية الاجتماعية " الفشل في إقامة التواصل الاجتماعي مع الآخرين وأداء

الاستجابات والأدوار الاجتماعية المتوقعة منه في تفاعله مع الآخرين التي تناسب نفس الفئة العمرية " .

ويشير (Mangal,2002,436) " حالة تطويرية غير عادية تظهر منذ الميلاد أو في الطفولة المبكرة وتتميز بانخفاض ملحوظ في نسبة الذكاء يصاحبه عدم التوافق الاجتماعي " .

#### ■ ج- التعريف النفسي :

يعرف (حامد عبد السلام زهران ،1998، 432) الإعاقة العقلية بأنها حالة عجز أو قصور أو تأخر أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي ، يولد بها الفرد ، وتحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو بيئية أو مرضية تؤثر على الجهاز العصبي للفرد ، مما يؤدي إلى نقص الذكاء وتضع آثارها في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج ، والتعلم، والتوافق النفسي والاجتماعي والمهني ، بحيث ينحرف مستوى الأداء عن المتوسط في حدود إنحرافين معياريين سالبين.

#### ■ د- التعريف الطبي:

تشير لوريا (1983) Luria إلى أن المتخلف عقلياً "هو ذلك الشخص الذي يعاني من أمراض دماغية حادة في طفولته المبكرة، وتؤخر هذه الأمراض من الارتقاء السوي للمخ ، وما ينتج عن هذا من مشكلات خطيرة في ارتقاء الوظائف العقلية" (Luria:1983,10) .

ويشير (Mangal,2002,436) إلى أن القرار البريطاني للإعاقة الذهنية *British Mental Deficiency* أكد أن التخلف العقلي عبارة عن "نمو متوقف لبعض خلايا

المخ ، تظهر هذه الحالة قبل سن الثامنة عشر ، وتنشأ عن أسباب وراثية أو مرضية أو إصابات عضوية ."

ويضيف ( عبد اللطيف موسى عثمان ، 1989 ، 15 ) أن التخلف العقلي من الجهة الطبية العضوية هو " عرض ينجم عن اضطرابات عديدة تلحق بالجهاز العصبي المركزي ، وبخاصة المخ نتيجة لإصابته بآفات مرضية معروفة أو غير معروفة ."

ويؤكد ( حمدي شاكر محمود ، 1998 ، 168 ) على أن التخلف العقلي من الناحية الطبية "إصابة المراكز العصبية وعدم اكتمال نضج الدماغ سواء أكانت هذه العوامل قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها ."

وتشير (آمال عبد السلام باظة، 2009) في التعريف الطبي للإعاقة العقلية بأنه يعتبر أقدم التعريفات ، ويعرف التخلف العقلي أو الإعاقة العقلية بعدم اكتمال نضج الدماغ وخلاياه ومراكزه ، إما بالإصابة بمرض أو اختلال جيني أثناء الحمل لتعاطي الأم بعض الأدوية أو الإدمان أو التعرض للإشعاع أو الإصابة بالأورام وغيرها من الأمراض الأشد خطورة مثل الإيدز والسرطان أو لعوامل مؤثرة أثناء الولادة أو بعدها.

ويشير ( أحمد عكاشة ، 2000 ، 595 ) بأنه توقف أو عدم اكتمال ونضوج العقل مما يؤدي إلى نقص في الذكاء لا يسمح للفرد بحياة مستقلة أو حماية نفسه ضد المخاطر أو الاستقلال وأنه عندما نتكلم عن العقل لا نعني الذكاء فقط بل كل زوايا الفرد من الشخصية والمزاج والسلوك ، ويمر الطفل أثناء نضوجه بمراحل مختلفة فيستطيع رفع رأسه من السادة في سن 4 شهور ، ويجلس دون مساعدة عندما يبلغ 6 شهور ، ثم يزحف في سن من 8-9 شهور ، ويقف وعمره عام ، ويسير

بمفرده في سن 18 شهر، وهنا يتحكم في عملية التبرز، ويبدأ في الكلام، ويلبها التحكم في التبول عندما يصل لسنتين من العمر، ويطعم نفسه في سن الثالثة ثم يتمكن من لبس ملابسه في الخامسة من عمره، أما في حالات القصور العقلي فتتأخر هذه المراحل بل وأحياناً لا يكتسبها الطفل إلا بعد فترة طويلة .

ويشير (عادل عبد الله محمد ، 2002 ، 398 ) في تعريفه للتخلف العقلي أنه يُنظر إليه في ضوء الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليه سواء كانت قبل أو أثناء أو بعد الولادة .

مما سبق يتضح أن هناك تعريفات متعددة لمفهوم الإعاقة العقلية حيث نلاحظ أن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR) ركزت على ثلاثة محكات أساسية هي: النضج *Maturity* ، والقدرة على التعلم *Leamable* ، والتوافق الاجتماعي *Social adjustment* ، في حين ركز الجانب التربوي على القصور الواضح في نسبة الذكاء ، أما الجانب الطبي فقد ركز على دور الوراثة أو الإصابة العضوية أو الأمراض ، وقد ركز الجانب الاجتماعي على نقص المهارة الاجتماعية .

#### ■ هـ التعريف من وجهة نظر القياس النفسي :

عرفه هيبير (Heber 1966) ويعتبر من أكثر التعاريف شيوعاً وقبولاً لدى علماء علم النفس والتربية ، والذي يشير إلى أن التخلف العقلي هو " الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط والذي يظهر في مرحلة النمو مرتبطاً بخلل في واحدة أو أكثر من الوظائف التالية :



## • النضج *Maturity*

ويقصد به معدل النضج في نمو مهارات سن المهد أو الطفولة المبكرة مثل الجلوس ، والحبو ، والوقوف ، والمشي ، والكلام ، والقدرة على التحكم في الإخراج والتعامل مع أقرانه في السن .

## • القدرة على التعلم *Learnable*

وهى قدرة الطفل على اكتساب المعلومات كوظيفة من وظائف الخبرة ( من مواقف الخبرات المختلفة ) التي يتعرض لها الطفل في حياته والصعوبة في التعلم تظهر بوضوح في المواقف التعليمية في المدرسة .

## • التكيف الاجتماعي *Social Adjustment*

ويقصد به مدى قدرة الفرد على الاستقلال وأن يكسب عيشه دون مساعدة علاوة على قدرته على أن ينشئ علاقات شخصية أو اجتماعية مع غيره في حدود إطاره الاجتماعي .

## - نسبة انتشار التخلف العقلي :

يشير(محمد مقداد وآخرون ، 2008، 201 ) إلى أن حجم مشكلة الإعاقة في مصر يقدر بنسبة 4%- 11% ، تبلغ نسبة الإعاقة العقلية منها 73% أي ما يعادل مليون وثمانمائة ألف شخص في سن ما بين 5 – 16 سنة ، وهذا يتطابق مع ما أوضحته نتائج العديد من الدراسات الميدانية والبحوث الحديثة المسحية .

ويشير(فاروق محمد صادق ) ( 1998 ، 87-88 ) إلى أن نسبة الأطفال المنغوليين نصل إلى حوالي 10% من حالات الإعاقة الذهنية ، وهم فئة قريبة التشابه في الملامح العامة من النوع المنغولي ، وتتمثل في العيون الضيقة وملامح الوجه المسطح المستدير والأنوف الضيقة ذات الاتجاه العرضي ، وقصور القامة وقد سميت هذه الحالات باسم (داون) وذلك نسبة إلى الطبيب الإنجليزي

(Lang Down) ويجب أن نعرف أن العمر العقلي والقدرات الاجتماعية واللغوية والقدرة على التعلم تختلف لديهم ، وأيضاً نموهم الذهني والاجتماعي فيعتمد وبدرجة كبيرة على التنبيه الذي يتلقونه من البيئة والأهل وغير ذلك ، وعادة ما تكون وظائفهم أكثر توازناً من وظائف الأطفال المصابين في المخ ، ومتلازمة (داون) لها تأثير شديد على النمو واللغة والكلام والقدرات التواصلية ، فليس هناك من بين المصابين بها أكثر من 19% يتمتعون بقدرات تواصلية جيدة .

ويوضح ( محمد عبد الرحمن حمودة ، 1998 ، 81- 82 ) أن نسبة الأطفال الذكور المتخلفين عقلياً ترتفع عن الإناث وذلك بنسبة 15 : 1 تقريباً ويرجع ذلك إلى زيادة الاهتمام بعدد الحالات المكتشفة من الأولاد أكثر من البنات ، كما أن الأولاد كثيراً ما يتعرضون للإصابات والسقوط من مرتفعات أكثر من البنات .

ويشير ( سعيد حسنى العزة ، 2001 ، 29 ) إلى أن هناك العديد من البحوث والدراسات المتعددة التي أجريت لمعرفة نسبة انتشار الإعاقة العقلية وقد اختلفت نتائج هذه الدراسات من مجتمع لآخر ، كما اختلفت في المجتمع الواحد ويعود سبب اختلاف هذه النسب إلى اختلاف المعايير المستخدمة في تعريف التخلف العقلي وكذلك اختلاف العينات التي أجريت عليها عند الدراسات ولعل منحنى التوزيع الطبيعي هو أفضل مقياس يشير إلى نسبة انتشار التخلف العقلي والذي يقدر بـ ( 3% ) ويشير هذا المنحنى إلى ما يلي :-

• حوالي 26، 68% من الناس يقعون بين درجتي الذكاء 85- 115 ويطلق عليهم فئة متوسطي الذكاء .

• حوالي 59، 13% يقعون بين درجتي 70- 85 درجة وهم دون الوسط ويطلق عليهم EMR أي القابلين للتعلم وهم ذوي الإعاقة البسيطة .

- حوالي 14، 2% من الناس يقعون بين درجتي الذكاء 70-55 وهم يمثلون درجة التخلف العقلي المتوسط وهو ما يشار إليه بالإنجليزية بـ *TMR* القابلية للتعلم.
- حوالي 3% من الناس دون درجة الذكاء 55 وهم يمثلون التخلف العقلي الشديد *SMR* أي الذين بحاجة إلى دور رعاية نهائية أو ليلية، وتجدر الإشارة بأن نسبة التخلف العقلي المقدرة بـ 3% هي نسبة نظرية تعتمد على نسبة الذكاء فقط وهي تتجاهل السلوك التكيفي وفي الولايات المتحدة الأمريكية فإن النسبة المساعدة اعتماداً على العدد الحقيقي للأطفال المتخلفين عقلياً في سن المدرسة هي 3%، أم نسبتهم في الوطن العربي باعتبار سكانه 80 مليون نسمة فإن نسبة المتخلفين عقلياً هي حوالي 2 مليون نسمة.

#### - تشخيص التخلف العقلي :

يؤكد (Mangal, 2002,437) على أن عملية تشخيص التخلف العقلي تتطلب معيارين أساسيين هما: الأداء الوظيفي العقلي من خلال تسجيل درجات منخفضة على اختبارات الذكاء القياسية والأداء التكيفي للطفل، مع عدم القدرة على تلبية متطلبات البيئة فلا يكفي التشخيص بإحدهما دون الآخر فلا بد من تلازمهما معاً، أما المعيار الثالث الذي يمكن تحليله بهدف تشخيص التخلف العقلي هو ظهور الحالة قبل سن الثامنة عشر.

ويوضح (سمير أبو مغلى، عبد الحافظ سلامة، 2001، 71-73) أنه يجب

أن يقوم التشخيص على مجموعة من الأبعاد هي :-

- **الذكاء** : وفيه تحدد نسبة ذكاء الطفل أقل من ( 70 ) .
- **النضج الاجتماعي** : وفيه يتميز الطفل بعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره ومشاركة من يعيش معهم في علاقاتهم الاجتماعية.

• **ملاحظة سلوكه الطفل** : أن الأسلوب الجديد يتطلب إيداع الطفل في إحدى مدارس التربية الفكرية لملاحظته عن قرب لمدة أسبوعين ، وتسجيل جميع الملاحظات غير العادية ، والاستفسار عنه من الجميع خاصة من الأبوين .

• **الاعتماد على أكثر من دليل آخر للتأكد من تحديد التخلف العقلي** : أقل من العاديين في الناحية الأكاديمية – بدأ تأخره العقلي منذ الولادة في سن مبكرة – يرجع تخلفه العقلي لعوامل تكوينية ، إما وراثية أو بيئية أو نفسية أو اجتماعية – حالته لا تقبل الشفاء ، فسوف يثبت بالدليل القاطع أنها حالة تخلف عقلي .

وتشير ( سهير كامل أحمد ، 1998 ، 92 ) إلى أنه يجب الحرص وتوخي الدقة في تشخيص التخلف العقلي لأن الخطأ في تشخيص حالة طفل بأنه متخلف عقلياً يعتبر أمراً يغير مستقبل حياته .

وتؤكد ( سهير كامل ، 1998 ، 85 ؛ آمال عبد السميع باظة ، 2007 ، 66 )

على أن فريق التشخيص يجب أن يتضمن الجوانب التالية :

• **الجوانب الطبية التكوينية** : وتشمل جميع البيانات الطبية الوظيفية اللازمة للاستخدام في تقييم الحالة سواء ما يتعلق منها بالطفل ذاته أم بأسرته كالتاريخ الصحي التطوري للحالة والحالة الصحية العامة الراهنة للطفل ومعدلات نموه الجسمي والعصبي والصحي ومدى كفاءة أجهزته العصبية والحركية والغددية بالإضافة إلى اضطرابات الطفل النفسية والسلوكية وأساسها العضوي والبيئي ، بالإضافة إلى التاريخ الصحي للأسرة ومدى انتشار الأمراض الوراثية في العائلة والحالة الصحية الغذائية للأم أثناء فترة الحمل .

- **الجوانب النفسية الإكلينيكية** : وتشمل تحديد نسبة ذكاء الأم وسمات شخصيته ونموه الانفعالي والوجداني ومظاهر السلوك العام ودرجة التوافق النفسي وحصيلته اللغوية وأي مشاكل سلوكية أو انفعالية لدى الطفل .
- **الجوانب التربوية والتعليمية** : وتشمل بيانات من التاريخ التعليمي والمدرسي للحالة والاستعدادات التحصيلية والمقدرة على الإنجاز واستيعاب الدروس في المجالات الأكاديمية والأنشطة غير الأكاديمية والصعوبات التعليمية ومدى الحاجة إلى الرعاية والتعليم العلاجي ، والبرنامج التعليمي الملائم للحالة .
- **الجوانب الاجتماعية** : وتشمل التاريخ التطوري للطفل مع أسرته وجيرانه وأقرانه في المدرسة والمجتمع وسلوكه ومهاراته وعلاقاته الاجتماعية وقدرته على تحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعية والظروف والعوامل الاجتماعية والاقتصادية ذات العلاقة بحالة الطفل كالأمرض وأنواع القصور العقلي في الأسرة والمناخ الأسرى الذي يعيش فيه ومدى حاجة الطفل للرعاية والخدمات الاجتماعية .

### - **التخلف العقلي وبعض المتغيرات الأخرى :**

#### ❖ **التخلف العقلي والمرض العقلي :**

يشير(نادر فهمي الزبيد ، 1995، 24 ) إلى أن هناك من يخلط بين التخلف العقلي ( *Mental Retardation* ) والمرض العقلي أو الجنون ( *Mental Illness* ) وقد يعتبرونه شيئاً واحداً ، فيُنظر إلى التخلف العقلي على أنه مرض عقلي ، ولكن الواقع غير ذلك ، وإن كان هناك بعض الحالات التي قد يجتمع فيها التخلف العقلي مع المرض العقلي في شخص واحد ، حيث أن التخلف العقلي حالة وليس مرض فالمرض العقلي عبارة عن اختلال في التوازن العقلي ، أما التخلف العقلي فهو

عبارة عن نقص في درجة الذكاء وذلك نتيجة توقف النمو في الذكاء بحيث يجعل الفرق بين ناقص الذكاء والشخص العادي فرقاً في درجة الذكاء وليس فرق في النوع وهذا يحدث في الطفولة ولا يحدث في مرحلة النضج ، ولذا فليس هناك علاقة بين التخلف العقلي والمرض العقلي ولا يجوز أن يسمى المرض العقلي بالتخلف العقلي ، فالشخص المريض عقلياً يكون عادي الذكاء وقد يكون عبقرياً وليس ذكياً فقط .

ويوضح ( عبد المطلب أمين القريطى ، 1996 ، 88- 89 ) أن المرض العقلي يحدث في أي وقت من مراحل العمر عند الفرد أي من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد ، بينما حالة التخلف العقلي تحدث فقط أثناء فترة الحمل أو أثناء الطفولة كذلك تعود أسباب المرض العقلي إلى ما يتعرض له الفرد من التوتر والضغوط النفسية بينما لا يكون ذلك بالنسبة للتخلف العقلي ، وفيما يخص العلاج قد يستجيب العلاج في المرض العقلي وذلك على شكل تخفيف الأعراض المؤدية لهذا المرض مما يؤدي إلى الشفاء ، بينما في حالة التخلف العقلي لا توجد عقاقير لرفع معدلات الذكاء ، كما يتعذر حدوث التحسن خاصة مع المتخلفين عقلياً درجة بسيطة أو متوسطة الذين تتحسن مستويات أدائهم الوظيفي العقلي عن طريق تعليمهم وتدريبهم وإعدادهم للحياة من خلال برامج الرعاية الشاملة والمتكاملة صحياً ونفسياً واجتماعياً وتربوياً.

#### ❖ التخلف العقلي وبطيء التعلم :

هناك تباين في وجهات النظر بين المتخلفين عقلياً وبطيء التعلم ، فيرى البعض أن المتخلفين عقلياً وبطيء التعلم هم أفراد ينتمون لفئة الإعاقة العقلية وأن كل منهما يمثل مستوى من مستويات هذا النوع من الإعاقة ، بل أن البعض

يرى أنهما مستوى واحد من مستويات الإعاقة العقلية ، على الرغم من اختلاف الأفراد المتخلفين عقلياً عن الأفراد بطييء التعلم ، ومن منطلق أن الأطفال بطييء التعلم يتدرجون تحت مظلة الأطفال ذوي الإعاقة النوعية في التعلم ، فمن الممكن تعريفهم على أنهم " الأطفال الذين يعانون من خلل في بعض العمليات النفسية الأساسية المتصلة بالفهم أو استعمال اللغة ، ويظهر ذلك في شكل نقص القدرة على الاستماع أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو الهجاء أو القيام بالعمليات الرياضية " ومن هذا نجد أن هذا المصطلح لا يشمل الأطفال الذين يعانون من مشاكل التعلم التي هي ناجمة عن تخلف عقلي .

( محمد مقداد وآخرون ، 2008 ، 198 ) .

فالطفل بطييء التعلم *Slow Learner* يبدو سويًا في مظهره واستجاباته وقدراته الاجتماعية ، وطبيعياً في سلوكه وشخصيته وتنحصر معاناته في الصعوبة البالغة في التعلم واستيعاب مواد الدرس التي تطرح في المناهج الدراسية من حساب وقراءة وكتابة وهجاء وعلوم أساسية أخرى ، وقدرته ضعيفة على الفهم والحفظ والتذكر ، ولا يوجد مستوى محدد للقدرة بحيث يمكننا أن نعتبر الطفل الذي لا يصل إلى هذا المستوى "بطييء تعلم" ولكن يمكن اعتبار الأطفال الذين تبلغ نسبة ذكائهم أقل من 91 درجة وأكثر من 74 درجة يكون ضمن هذه المجموعة فالفرق بين الأطفال بطييء التعلم والأطفال الذين يصنفون كمتخلفين عقلياً تخلفاً بسيطاً أو معتدلاً من خلا استخدام معامل الذكاء لتمييزهم .

( نادر فهمي الزبيد ، 1995 ، 50 )

كما يعرف (Brennan) التلميذ بطييء التعلم بأنه طفل عمره العقلي أقل من عمره الحقيقي بسنتين أو أكثر، أو هو متعلم غير قادر على المشاركة على العمل المدرسي العادي بالمقارنة بأقرانه في نفس العمر الزمني .  
( نادر فهمي الزيود ، 1995 ، 49 ) .

#### ❖ التخلف العقلي والتوحد :

يشير ( إبراهيم محمود بدر ، 2004 ، 47-48 ) إلى أنه غالباً ما يتواجد مع اضطراب التوحد التخلف العقلي إذ أن حوالي 40% من حالات التوحد تكون مصاحبة بتخلف عقلي من 50%-55% أو أقل أي تخلف متوسط أو شديد ، بينما 30% من تلك الحالات تكون مصاحبة بتخلف عقلي بسيط من 55%-70% وفي مثل هذه الحالات المزدوجة من الإعاقة ، فإن المشكلة التي تحد من إمكان الوصول إلى تشخيص دقيق للحالة هو تعذر أو استحالة تطبيق اختبارات الذكاء على الطفل الذي يعاني من توحد فقط ، أو تخلف عقلي شديد فقط ، أو يعاني من الإعاقين معاً حيث تصبح عملية القياس الموضوعي شبه مستحيلة .  
ويذكر (Sue,et al.1994:502) أن الأطفال التوحديون غالباً ما يُشخصون على أنهم متخلفون عقلياً وغالباً ما تتزامن الاضطرابات وكذلك توجد طرق للتمييز بين الأطفال التوحديون سواء لديهم تخلف عقلي أم لا .  
ويوضح ( حسن عبد المعطى ، 2003 : 570 ) الجوانب الأساسية بين التوحد والتخلف العقلي هي أن الأطفال المتخلفين عقلياً عادة ما يرتبطون بالراشدين وبالأطفال الآخرين وذلك طبقاً للعمر العقلي وهم يستخدمون اللغة التي يمتلكونها للاتصال مع الآخرين .



## - تصنيف المعاقين عقلياً :

تؤثر ظاهرة التخلف العقلي تأثيراً بالغاً على الأفراد من قدراتهم واستعدادهم وذلك لاختلاف العوامل الوراثية أو البيئية التي أدت لتلك الظاهرة ، فنجد أن ذوى الاحتياجات العقلية ( القابلين للتعلم ) يختلفون عن ذوى الاحتياجات العقلية ( القابلين للتدريب ) من حيث السمات العقلية والانفعالية والاجتماعية ، وقد اختلف العلماء المتخصصين في تصنيف ذوى الاحتياجات العقلية فيميل علماء علم النفس والتربية في تصنيفهم على أساس مدى القصور في الاستعدادات التحصيلية والقدرة على التعلم ، بينما يرى علماء علم الطب أن مصدر العلة أساساً للتصنيف أما علماء علم الاجتماع فقد ذهبوا إلى أن السلوك التكيفي هو أساس التصنيف وهكذا فرضت الضرورة البحثية تصنيف هؤلاء الأطفال إلى فئات حتى يمكن تقسيم كل فئة إلى الخصائص المميزة لها .

تشير (آمال عبد السميع باظة ،2009، 11-13) إلى أن هناك مجموعة من المؤثرات أو العوامل التي يعتمد عليها تصنيف الإعاقة وانتشارها من مجتمع لآخر ، رغم وجود الإعاقة العقلية في جميع المجتمعات النامية والمتقدمة ، ولا يخلو مجتمع منها ولكن تقل أو تزيد نظراً لتلك العوامل :

- العوامل والمؤثرات أو الظروف الخاصة بالرعاية الصحية والثقافية والاقتصادية والاجتماعية ، وذكر (فهيمى الزويد) (1989) أن نسبة الإعاقة العقلية في السويد ( 4 ، 0% ) ، بينما تبلغ نسبة الإعاقة في الدول العربية ( 3 ، 8% ) ، وفي دول أمريكا اللاتينية حوالي ( 3 ، 11% ) ، ويوضح ذلك تفاوت النسب تبعاً لهذا المعيار .

- الاعتماد على الذكاء في تعريف وتصنيف الإعاقة العقلية ، حيث تختلف نسب الذكاء المقاس باختلاف دلالة الدرجة للمقياس وحساب النسب .
- الفئات العمرية التي تم حساب نسب انتشار الإعاقة العقلية بينها ، فنجد مصر مثلاً الأطفال والمراهقين حوالي نصف عدد المجتمع ، وحيث ظهور الإعاقة واكتشافها يتم في مرحلة الطفولة ، فيمثل ذلك ارتفاعاً في النسب .
- السلوك التوافقي ثم التكيفي لدى المعاق عقلياً ، يعتمد على السلوك التكيفي كمعيار لقياس القدرات العقلية ( الإعاقة العقلية ) وتعتبر المعايير الأربع السابقة ليست منفصلة بل متداخلة كمحددات عند إظهار مدى انتشار الإعاقة العقلية .

ويشير ( كمال مرسى، 2000، 25) إلى أنه لا يوجد تصنيف واحد للمعاقين عقلياً يتفق عليه المتخصصون في هذا المجال لأن الإعاقة العقلية ليست درجة واحدة أو نمطاً واحداً . كما إن أسبابها كثيرة جداً ، ويقوم الباحث بالتعرض لبعض هذه التصنيفات المختلفة :

أ-التصنيف التربوي للإعاقة العقلية : استند علماء التربية الخاصة في تصنيفهم التربوي للإعاقة العقلية إلى أربعة فئات جاءت على النحو التالي:

## جدول رقم (1) :

يوضح التصنيف التربوي (التربية الخاصة) لذوى الاحتياجات العقلية.

رقم	الفئة	نسبة الذكاء تتراوح من
1	بطئ التعلم <i>Slow learner</i>	90 - 75
2	القابلون للتعلم <i>Educable mentally retarded</i>	75 - 50
3	القابلون للتدريب <i>(TMR) Trainable mentally retarded</i>	50 - 30
4	الطفل غير قابل للتدريب (الاعتمادى) <i>The totally dependent child (Untrainable)</i>	30 - فما دون

(نادر فهمى الزبيد، 1995، 18).

ب- التصنيف السيكومتري (من وجهة نظر القياس النفسى) للإمالة العقلية : يعتمد هذا التصنيف في ضوء معيار نسبة الذكاء على مقياس القدرة العقلية لـ (استانفورد بينيه) على ثلاثة فئات جاءت على النحو التالي:

## جدول رقم (2) :

يوضح التصنيف السيكومتري (من وجهة نظر القياس النفسى) لذوى الاحتياجات العقلية.

الفئة	نسبة الذكاء على اختبار ستانفورد بينيه
المأفون	من 75-51
الأبله	من 50-26
المعتوه	من 25 فأقل

(حسام إسماعيل هيبه، 1997، 52).

ج- التصنيف الاجتماعي لذوى الاحتياجات العقلية: يعتمد هذا التصنيف على فكرة التكيف الاجتماعي أو السلوك التكيفي ، وقد صنف حالات التخلف العقلي بما يتفق مع تصنيف الجمعية الأمريكية للمتخلفين عقلياً والذي جاء على النحو التالي :

جدول رقم (3) :

يوضح التصنيف الاجتماعي لذوى الاحتياجات العقلية.

نسب الذكاء		فئة الانحراف اطبعاري لنسب الذكاء	درجة التخلف	الفئات
وكلسر - بلفيو	سنانفورد - بينيه			
74-55	70-52	2,01- إلى 3-	1	تخلف عقلي بسيط
54-40	51-36	3,01- إلى 4-	2	تخلف عقلي متوسط
39-25	35-20	4,01- إلى 5-	3	تخلف عقلي شديد
أقل من 25	أقل من 20	5- فأقل	4	تخلف عقلي عميق

(يوسف القريوتي، وآخرون، 1995، 109).

#### د- التصنيف التكيفي للإعاقة العقلية :

تشير (آمال عبد السميع باظة، 2009، 16) إلى أن الجمعية الأمريكية للمتخلفين عقلياً قدمت هذا التصنيف لاعتراضها على كل من التصنيف السيكومتری والتصنيف الاجتماعي ، واعتبرت أن السلوك التكيفي للطفل هو المعيار الأساسي لتصنيف المعاقين عقلياً ويؤكد سليمان الريحاني (1985) على الأسباب التي جعلت من السلوك التكيفي معياراً للحكم على الإعاقة العقلية عند الأطفال وهي :

- عدم الاتفاق على تحديد العوامل والأبعاد التي تقيسها اختبارات الذكاء .
- لا يوجد اتفاق تام على تعريف مفهوم الذكاء

- لا تقيس اختبارات الذكاء الجوانب الوجدانية والاجتماعية .
- وجود كثير من العوامل التي توضح الفروق والتباين بين درجات الأفراد على أي اختبار من اختبارات الذكاء مما يطلق عليه خطأ القياس .
- التجاوز في تفسير انخفاض أو ارتفاع درجات المعاقين عقلياً على بعض أبعاد اختبارات الذكاء .

هـ- التصنيف الطبي الإكلينيكي لذوى الاحتياجات العقلية : يعتمد هذا التصنيف على المظاهر والملامح البيئية التي تصاحب بعض حالات الإعاقة العقلية والتي جاءت على النحو التالي :

جدول رقم (4):

يوضح التصنيف الطبي الإكلينيكي لذوى الاحتياجات العقلية.

الفئات	أهم أسبابها
1- المنغولية أو عرض داون <i>Mongolian Or/Dawn's syndrome</i>	تشير الدراسات إلى أن أسباب حالة المنغولية يحتمل أن تكون اضطراب الإفرازات الداخلية لدم الأم في بداية الحمل واضطراب أو نقص هرمونات الغدد الصماء وكبر سن الأم عند الحمل (أكثر من 40 سنة) (وخاصة إذا كان الحمل الأول). ولشذوذ توزيع الكروموزومات في شكل وجود كروموزوم جنسي زائد نتيجة لاضطراب تكويني في البويضة.
2- القزم <i>Cretins</i>	ترجع أسباب القماءة أو القصاع إلى نقص هرمون الغدة الدرقية منذ المرحلة الجنينية وتحسن حالتهم الجسمية ونموهم ودرجة ذكاءهم إذا عولجوا مبكراً خلال السنة الأولى.
3- صغر الجمجمة <i>Microcephalies</i>	ترجع أسباب هذه الحالة إلى إصابة الجنين في الشهور الأولى نتيجة علاج الأم بالأشعة أو الصدمات الكهربائية، وحدوث عدوى أثناء فترة الحمل أو وجود موروث (جين) متنحى مسئول عن الحالة، أو التحام عظم الجمجمة مبكراً بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نمواً طبيعياً.

أهم أسبابها	الفئات
ومن أسباب هذه الحالة وجود عيب في المخ عن طريق الوراثة (الجينات) أدى إلى نمو شاذ في أنسجة المخ وفي الجمجمة، ويلاحظ في هذه الحالة بالذات إن نمو حجم الدماغ لا يعنى بالضرورة وجود التخلف العقلي لأن حدوث التخلف العقلي يتوقف على مدى التلف الذي أصاب المخ.	4-كبير الجمجمة <i>Macrocephalies</i>
تنشأ هذه الحالة عن اختلاف دم الزوجين فإذا كانت الأم - R H أي لا يوجد بها هذا العامل، والأب + R H أي يوجد لديه هذا العامل وورث الجنين من أبيه نوع دمه RH+ حدث هذا الاضطراب مما يؤثر سلبياً على خلايا المخ ووظائفه.	5-حالات عامل الريزيسي في الدم <i>R.H. Factor</i>

(سهير كامل احمد، 1998، 87-91).

### - أسباب الإعاقة العقلية :

ترجع أسباب الإعاقة العقلية إلى عوامل عديدة منها ما يختص بآثر كل من الوراثة والبيئة ومنها ما هو غير معروف حتى الآن ويمكن الإيجاز على النحو التالي:

أولاً:العوامل الوراثية : تتمثل وراثه التخلف العقلي في الأمراض والاضطرابات الكيميائية التي تنتقل إلى الجين من والديه أو أحدهما فتسبب تلفيات الدماغ وتعيب جهازه العصبي وتعوق نموه وتطوره .

( عبد العظيم شحاتة، 1993، 27 ) .

ويشير ( محمد مقداد وآخرون ، 2008 ، 199 ) إلى أن بعض العلماء المشتغلين في مجال علم النفس والتربية يرجعون كل الأسباب التي لا يعرفونها عن التخلف العقلي إلى عامل الوراثة ، مما أدى إلى التأكيد على أهمية هذا العامل الوراثي .

ويوضح ( عبد المجيد عبد الرحيم 1997 ، 113 ) أن الدراسات التي أجريت على أطفال تتراوح أعمارهم ما بين 5- 15 سنة أثبتت أن 21% من الحالات تعاني

من ضمور في خلايا المخ وصغر حجم الرأس عن المألوف وكذلك 21% من الحالات أيضاً تعاني من العاهات علاوة على تشوهات أخرى في أجزاء من الجسم .

ويضيف ( كمال مرسى ، 1997، 116 ) أن وراثة التخلف العقلي تعنى إما أن يكون الطفل قد ورث التخلف العقلي من والديه أو من أجداده ، أو قد يكون ورث خاصة مرضية بيوكيميائية تتلف خلايا دماغه وجهازه العصبي وتؤدي إلى تخلفه العقلي .

وتتقسم العوامل الوراثية إلى :-

• **العوامل الوراثية المباشرة** : حيث تحدث الإعاقة العقلية نتيجة لبعض العيوب الخفية الموروثة عن طريق الجينات التي يرثها الطفل عن والديه ، تحمل الصفات الوراثية للفرد ، وهذا يعنى أن أحد الوالدين معاق عقلياً دون أن يتصف بها ولا يظهر أثر لهذا الجين المتنحي إلا عند توافر شروط معينة .

• **العوامل الوراثية غير المباشرة** : قد يرث الجين صفات تؤدي إلى اضطرابات أو عيوب في تكوين المخ فيكون الذي انتقل وراثياً في هذه الحالة هو الاضطراب أو الخلل التكويني الذي يؤدي إلى الإعاقة العقلية ، ومن أمثلة هذه الاضطرابات :

(أ) **اضطرابات الكروموزومات** : وتحدث اضطرابات أثناء عملية تكوين وانقسام الخلايا ينتج عنه تغير في توزيع الكروموزومات ويكون هذا التغير في شكل وجود كروموزوم زائد في الخلية يؤدي إلى عيب في تكوين المخ فتحدث الإعاقة العقلية التي يطلق عليها الخلل الكروموزومي .

(ب) **اضطراب التمثيل الغذائي** : تحدث أثناء عمليتي الهدم والبناء نتيجة لطفرة غير عادية للجينات تؤدي إلى اختفاء نشاط إنزيم معين أو انعدام وجود هذا الإنزيم ويترتب على ذلك تمثيل خاطئ في بعض أنواع الغذاء مثل

الاضطرابات في تمثيل البروتين والاضطرابات في تمثيل الكربوهيدرات والاضطرابات في تمثيل الدهون .

(ت) اضطرابات في تكوين خلايا الدم : تحدث الاضطرابات في تكوين خلايا الدم عندما تختلف مكونات دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل تحدث الاضطرابات في تكوين خلايا الدم عندما تختلف مكونات دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل RH ، وهذا العامل هو أحد مكونات الدم وعندما يختلف دم الزوجين من حيث هذا العامل ويرث الجنين دم أبيه فيختلف بذلك دم الجنين عن دم الأم .

وتعتبر العوامل الوراثية من أهم العوامل المسؤولة عن الإعاقة العقلية بالأطفال ذوى الأمهات أو الآباء المتخلفين عقلياً يولدوا متخلفين عقلياً ويظهر ذلك في زواج الأقارب أكثر . ومن الأمثلة التي توضح أثر العوامل الوراثية المنقولين والقصاع (القرم) وكبير الدماغ . ويتعاون مع الجين الوراثي المنقول من الأجيال السابقة البيئة بأفرادها المتخلفين عقلياً أيضاً فلو أن الأب أو الأم يعانى من قصور عقلي أصبحت بيئة الطفل لا تساعد على التنمية العقلية . ( آمال عبد السميع باظة ، 2009 ، 21 ) .

### ثانياً: العوامل البيئية :

ويقصد بالعوامل البيئية أو المتغيرات التي لا دخل للجينات الوراثية فيها وترجع إلى عملية الولادة أو التعرض للإصابات والرضوض والعدوى والأمراض الفيروسية وغيرها . ومنها الولادة المتعسرة أو المبتسرة ونقص الأكسجين أثناء الولادة للطفل أو الضغط على رأس الطفل والتأثير على خلايا الدماغ . ( آمال عبد السميع باظة ، 2009 ، 21 ) .



يتعرض بعض الأطفال قبل وأثناء وبعد الولادة للأمراض وحوادث خلاديا أدمغتهم وأجهزتهم العصبية وتسبب تخلفهم العقلي ، وهى :

• عوامل ما قبل الولادة : تحدث في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل وذلك لنمو الجهاز العصبي للجنين في هذه الفترة فقد يتعرض للإصابة بأمراض معدية تصاب بها الأم وتنتقل إلى الجنين مثل :

1. مرض الحصبة الألمانية .
  2. مرض الزهري .
  3. مرض تسمم البلازما .
  4. مرض حمى الصفراء .
  5. تعرض الأم للإشعاعات .
  6. اضطرابات الغدد الصماء .
- ( كمال مرسى ، 1997 ، 153 ) .

• عوامل أثناء الولادة : تعتبر الولادة مرحلة من مراحل حياة الطفل تتأثر بالمرحلة التي قبلها وتترك بصماتها على الطفل في مراحل حياته التالية ، فإذا تمت الولادة طبيعياً ومرت بسلام دون مشاكل كانت بداية طيبة للطفل في حياته. ( أحلام عبد الغفار، 2003 )

وهذا بالإضافة إلى الولادات المبكرة واستعمال الأجهزة والآلات في عمليات التوليد في حالات عسر الولادة ويؤدى ذلك إلى إصابة مخ الجنين فيحدث للتوليد نزيف أو تلف جزء من المخ. ( عبد المجيد عبد الرحيم ، 1997 ، 134 ) .

وتضيف ( أحلام رجب عبد الغفار، 2003 ، 19 ) إلى أنه يمكن تحديد الأسباب المؤدية إلى التخلف العقلي أثناء الولادة :

1. الحمل الخطر .
2. عدم اكتمال الحمل .
3. الإصابة البدنية أثناء الحمل .
4. الاختناق أثناء الحمل .

5. تشنجات الأطفال نتيجة اختلال الأوكسجين .

6. نقص السكر في الدم .

7. العدوى التي يتعرض لها الجنين تؤدي إلى تلف الجهاز العصبي .

• عوامل ما بعد الولادة : قد يولد الطفل ولادة طبيعية صحيح البنية كامل النمو ومع هذا يكون عرضة للإصابة بالتخلف العقلي ، إذا تعرض لمرض أو حادثة تؤدي دماغه وجهازه العصبي ، خاصة في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة. (كمال مرسى، 1997، 159) .

وقد يصاب الطفل بالإعاقة العقلية بعد مولده بسبب تعرضه لبعض الحوادث أو الأمراض ذات الأثر المتلف لخلايا المخ أو إصابة الجهاز العصبي المركزي للطفل (علا عبد الباقي، 1993).

ويوضح (عبد العظيم شحاتة مرسى، 1990، 27) إلى أنه قد أبرزت الدراسات والبحوث المختلفة على وجود وجهات نظر متعددة بين العلماء، وخاصة عند تحديدهم للعوامل المسببة لحالات الإعاقة العقلية ، فذكر (يانت) *Yant* أن هناك أكثر من مائة عامل ذكرت فيما كُتب عن العوامل المؤدية للإعاقة العقلية ، إلا أن كثيراً منها نادر الحدوث ، وقد أرجع العلماء معظم حالات الإعاقة العقلية إلى أسباب وراثية (داخلية المنشأ) أو بيئية (خارجية المنشأ)، وقد تحدثت الأسباب قبل وأثناء أو بعد الولادة ، هذا بالإضافة إلى وجود بعض العوامل النفسية المساعدة على حدوث الإعاقة العقلية،

ويشير (عبد المطلب أمين القريطى، 2005، 99) إلى الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية . إذ يمكن أن تكون تحت سبع فئات وهي:

1. أسباب تتعلق بنواة البلازما.

2. أسباب مرتبطة بمرحلة تخصيب البويضة .
3. أسباب ترتبط بزراعة الجنين .
4. أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين الأولى.
5. أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين اللاحقة .
6. أسباب تتعلق بالولادة غير السليمة .
7. أسباب تتعلق بمرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة .

### ثالثاً : العوامل الاجتماعية النفسية :

يشير ( عادل عبد الله محمد ، 2004 ، 114 ) إلى أن هناك العديد من العوامل التي تتضمنها البيئة الاجتماعية التي يشب الفرد فيها تترك آثاراً سلبية عالية ومن هذه العوامل الحرمان الاجتماعي والنفسي الشديد في الطفولة المبكرة ، والعزلة الاجتماعية وقلة الاتصال بالآخرين أو التواصل معهم ، وعدم توافر فرص التعليم والحرمان الثقافي ، والفقر وسوء أو تدنى الحالة الاقتصادية مع كبر حجم الأسرة وسوء التغذية على سبيل المثال ، وتعد هذه العوامل كلها بمثابة مثيرات لا تؤدي بالفرد إلى النضج العقلي والنفسي والاجتماعي والانفعالي ، حيث تؤدي به إلى ما يعرف بالجوع العقلي الذي يؤثر سلباً على مستوى ذكائه وإدراكه ومداركه وعلى مستوى قيامه بالعمليات العقلية بوجه عام إذ يحد كثيراً من نموه العقلي .

ويشير ( Colleen & Edward (1995) لأسباب الإعاقة العقلية النفسية والاجتماعية بأن الكثير من الأطفال المعاقين عقلياً يأتي من بيئات غير متكاملة اقتصادياً وهؤلاء الأطفال الذين ينشئون في مثل هذه البيئات يفتقدون الخبرات الملائمة للنمو العقلي المعرفي ، ونقص الدافعية والاضطراب النفسي في الطفولة

المبكرة ، والعزلة الاجتماعية ، وضعف الاتصال بالآخرين والحرمان الثقافي.  
(Colleen&Edward 1995,307).

### - خصائص الأطفال المعاقين عقلياً :

من الصعب أن نصل إلى خصائص مميزة تتصف بالدقة لذوى الإعاقة العقلية وذلك لوجود الكثير من الفروق الفردية بينهم من حيث مدى الإعاقة أم من حيث مصدر الإصابة بالإعاقة وذلك لارتباط السمات العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية بهما . ومن ثم فقد قسم علماء النفس والتربية صفات المعاقين عقلياً على أساس مدى الإعاقة إلى قابلين للتعلم وقابلين للتدريب واعتماديين فقط .

### أولاً الخصائص الجسمية :

تؤكد (علا عبد الباقي، 1993) أنه على الرغم من تشابه هذه الفئة في الخصائص الجسمية مع الأطفال العاديين إلا إن هذه المظاهر النمائية تكون متأخرة عند المتخلفين عقلياً، حيث يتأخر الطفل في الجلوس والحبو والوقوف والمشي، كما يتأخر في المهارات الحركية كالقدرة على الجري والقفز التي تكون أقل من العادي ، ويحتاج الطفل إلى تدريبات لتنمية التوازن الحركي والقدرة الحركية بصفة عامة .

ويشير ( محمد هندي ، 2002 ، 102 ) إلى أن الطفل المتخلف عقلياً يتسم بقصور في الإحساس اللمسي وأقل إحساساً بالألم من العاديين ، وكذلك لديه قصور في حاستي السمع والبصر ، وطول النظر وعمى الألوان تكثر بينهم ، ولكن ربما تختلف نسبة تواجدها من دولة لأخرى .

وتوضح ( زينب شقير، 2000 ، 124 ) عدة خصائص جسمية للمعاقين عقلياً هي :

1- أقل وزناً واصغر حجماً .

- 2- أميل إلى القصر من الأطفال العاديين .
- 3- تأخر في النمو العام .
- 4- تشوه الجمجمة والفم واللسان والأسنان والأذنين والعين إما بالصغر في الحجم أو الكبير في الحجم عن العادي .
- 5- صعوبة المحافظة على نفسه وعلى حياته .
- 6- تكاد تنعدم حاستي الشم والتذوق .
- 7- اضطراب حاستي السمع والكلام .
- 8- زيادة نسب أمراض الكلام .
- 9- تأخر المشي وضبط الإخراج .

ويشير هاوكنز (Hawkins (1994 إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً قد تكون أوزانهم وأطوالهم أقل من المتوسط ، ولديهم تأخر في مجالات نمو المهارات الحركية مثل شكل الجسم والتحكم في حركاته إذا ما قورنوا بالأطفال العاديين (Hawkins,1994,15).

ويؤكد (كمال إبراهيم مرسى ،1996، 277) إن كثيراً من الباحثين أشاروا إلى وجود كثير من الاضطرابات السمعية والبصرية لدى المتخلفين عقلياً أكثر مما يوجد لدى العاديين ، فقد قدرت نسبة القصور السمعي ما بين 13- 14% لدى المتخلفين عقلياً، وبالنسبة للقصور البصري فقد وجد أن نسبة الإصابات البصرية تصل إلى 40% ومنها قصر البصر وطول البصر وحالات الحول وعمى الألوان .

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، 2009 ، 23) إلى أن الطفل المعاق عقلياً يتأخر في نموه العقلي ونشاطه الجسمي عنه لدى الطفل العادي ، وتوجد إعاقات

مصاحبة للإعاقة العقلية مثل عدم التآزر الحسي الحركي العصبي ، ومعظم حركات  
الطفل المعاق غير هادفة .

ويشير فروق محمد صادق (1982) : إلى أن ذوى الاحتياجات العقلية لديهم  
قصور واضح في النواحي التالية: ( السمع - الإبصار - اللمس ) .

### ثانياً: الخصائص العقلية المعرفية :

تعتبر الخصائص العقلية من أهم الصفات التي تميز الطفل العادي ، فمعدل  
النمو العقلي للطفل المتخلف عقلياً يكون أقل من معدل النمو العقلي للطفل العادي  
ويتراوح عمره العقلي مهما بلغ به السن ما بين ( 7 - 11 ) سنة .

ويشير ( محمد مقدار وآخرون ، 2008 ، 211 ) إلى أن الطفل السوي ينمو سنة  
عقلية خلال كل سنة زمنية من عمره ، أما الطفل المتخلف عقلياً فإنه ينمو 9 شهور  
عقلية في كل سنة زمنية ، وان نسبة ذكاء المتخلف عقلياً تقل عن 75 .

تشير ( آمال عبد السميع باظه ، 2009 ، 24 ) أنه من محددات وتعريف الطفل  
المعاق انخفاض نسبة ذكائه فلا يزيد عن (70) وكذلك تتراجع مستوى العمليات  
العقلية لديه عما لدى الطفل العادي من حيث التذكر والتخيل والتفكير والفهم  
والإدراك . فتضعف القدرة على تركيز الانتباه والتذكر ولا يستطيع التفكير المجرد بل  
يقف عند التفكير الحسي فقط . وتقل دافعية الإنجاز والأداء لديهم بدرجة ملحوظة  
عما هو لدى الأطفال العاديين .

### ومن الخصائص المعرفية التي تميز المتخلفون عقلياً :-

1- الإدراك : يتميز المتخلفون عقلياً بضعف الإدراك ، وذلك رغماً عن أن  
حواس المتخلف عقلياً قد تكون سليمة إلا أن المدركات التي تستغلها هذه  
الخواص تبقى في مستوى أقل سمواً أو ارتفاعاً عن الإحساسات المجردة ، أنهم

يعجزون عن تمييز الألوان والأحجام رغم سلامة عملية الإبصار لديهم ويرجع ذلك لقصور قدراتهم العقلية .

2- **ضعف القدرة على الانتباه والتذكر** : فهم يعانون من قصور في القدرة على التذكر والانتباه فقد يصعب عليهم الانتباه لموضوع معين فترة طويلة من الزمن . بل سرعان ما يشرذم بال الواحد منهم ولهذا السبب لا يستطيع المتخلف عقلياً فهم المواقف التي تتطلب المتابعة والتركيز .

3- **الميل نحو تبسيط المفاهيم وعدم القدرة على التقييم** : فهم يجدون مشقة بالغة في التفكير الاستدلالي والتعبير اللفظي عن رغباتهم ونشاطهم وذلك لأن هذه القدرات أكثر تشعباً بالذكاء ، هذا بالإضافة إلى أنهم يوصفون بعدم قدرتهم على التفكير المجرد وبالتالي عدم قدرتهم على التقييم ، حيث أنهم قادرون على الاستجابة للمثيرات الحسية الملموسة .

4- **التأخر العقلي** : فهم يعانون من تأخر في الكلام وتزداد لديهم عيوب وأمراض الكلام .

5- **الابتكار والتخيل** : فمن خلال الملاحظات الإكلينيكية أن المتخلفين عقلياً يمكنهم الرسم الإبتكاري أو النحت أو الأداء الموسيقي ، ومن الدراسات القليلة التي أجريت في هذا المجال دراسة حمدي الملبجي ( 1981 ) حيث أثبتت الدراسة أن التدعيم له أثر في تحسين الأداء الإبتكاري عند الأطفال المتخلفين عقلياً على اختبارات ( تورانس ) للتفكير الإبتكاري .

ويؤكد ( فاروق محمد صادق ، 1982 ) على أن الأطفال المتخلفين عقلياً تقع نسبة ذكائهم عند 75% فأقل أي أن القدرة العقلية للمتخلف عقلياً تبلغ ثلاث أرباع القدرة العقلية للفرد السوي المناظر له في العمر الزمني أو أقل من ذلك سواء

كان الاختبار المستخدم اختباراً لفظياً أو غير لفظياً ، فمن المعروف أن الطفل السوي ينمو سنة عقلية خلال كل سنة زمنية من عمره ، أما الطفل المتخلف عقلياً ينمو 9 شهور عقلية أو أقل في كل سنة زمنية ، وهذا هو السبب في زيادة التباين بين الأعمار العقلية بين السوي والمتخلف عقلياً .

### ثالثاً الخصائص الانفعالية :

يتميز الأطفال المعاقين عقلياً بمجموعة من الخصائص الانفعالية وأهمها:

1- **محدوث الثبات الانفعالي** : عادة ما يُظهر الأطفال المعاقين عقلياً انفعالات غير ثابتة ومضطربة ومتغيرة من وقت لآخر ، فهم يميلون إلى التبدل الانفعالي واللامبالاة . (عبد المطلب أمين القريطى ، 2005، 223)

2- **اضطراب مفهوم الذات** : فمفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال سيء لأنهم يتعرضون لخبرات الفشل والإحباط في البيت والمدرسة أكثر من العاديين (كمال إبراهيم مرسى ، 2000، 289)

3- **الانسحاب** : يلاحظ على الطفل المتخلف عقلياً ميله إلى مشاركة الأطفال الأصغر منه سناً في أنشطتهم وألعابهم ، ويغلب عليه العزلة والانسحاب من الجماعة (علا عبد الباقي إبراهيم ، 2000، 90)

4- **السلوك العدواني** : تبرز أشكال السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً في عدم الطاعة ، والهجوم البدني ، والعدوان اللفظي ، وتدمير الممتلكات وإعاقة الآخرين ، (سها احمد أمين ، 1999، 61-64).

ويشير (محمد محروس الشناوي ، 1997، 303-304) إلى الخصائص الانفعالية ؛ فنجدهم يتسمون بعدم الاتزان الانفعالي وعدم الاستقرار أو الهدوء كما يتميزون بسرعة التأثر أحياناً وببطء الانفعال أحياناً أخرى ، أما ردود الفعل



العاطفية والانفعالية عندهم فهي أقرب إلى المستوى البدائي ، وهم أيضاً أقل قدرة على تحمل القلق والإحباط ، كما يتميزون بعدم اكتمال نمو الانفعالات وتهدئتها بصفة عامة ولديهم توقعاً معمماً عالياً للفشل بالإضافة إلى أنهم يستخدمون قدراً كبيراً من الطرق في سلوك التجنب ومع تكرار الفشل في المهام المفروضة اجتماعياً فإن الطفل يتجه إلى عدم الاشتراك في المهام وتقليل الإحساس بالفشل من خلال عدم التنافس ، ويلاحظ أن هذه السلوكيات الخاصة التي تعبر عن التجنب تعد ضرباً من ضروب الإعاقة للنمو المعرفي .

#### رابعاً الخصائص الاجتماعية :

نظراً للتأخر اللغوي والجسمي فإن الطفل المعاق عقلياً لا يستطيع التواصل الطبيعي مع المحيطين به وذلك لعدم قدرته على ضبط انفعالاته والتعبير عنها لفظياً ويلجأ إلى الحركات التكرارية والحركات الزائدة ولا يستطيع إقامة علاقة اجتماعية مع الآخرين ويميل إلى التعبير عدوانياً . ويشارك الأصغر سناً في اللعب أو يميل إلى الانعزال والانطواء . وسريع الغضب وسريع الاستثارة، والتغير من حالة وجدانية لأخرى بسهولة لتقبله الأفكار بدون وعى كافي.

(آمال عبد السلام باظه، 2009، 23).

ويشير ( سعيد حسنى العزة، 2001، 89- 90 ) إلى أن القدرات العقلية المحدودة للطفل المتخلف عقلياً تؤدي به إلى قصور في قدرته على التكيف الاجتماعي وتجعله أقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية كما قد تدفع به إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية ومن أهم المظاهر الاجتماعية المميز للأطفال المتخلفين عقلياً ما يلي :

- قصور في الكفاءة الاجتماعية .
- عجز في التكيف مع تلك البيئة التي يعيشون فيها .

- صعوبة إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين .
- قصور في القدرة على التواصل .
- تدنى مستوى المهارات اللازمة للتواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي .
- عدم القدرة للمبادرة بالحديث مع الآخرين .
- قصور في المهارات الاجتماعية .
- صعوبة تكوين علاقات و صداقات مع الآخرين .
- صعوبة في القدرة على التعلق بالآخرين والانتماء إليهم .
- لا يهتمون بإقامة علاقات اجتماعية مع من هم في مثل عمرهم .
- الميل إلى المشاركة مع من يصغرونهم سناً في أي ممارسات اجتماعية .
- صعوبة الحفاظ على تلك العلاقات التي تكون قد تكونت لأي سبب .
- عدم القدرة على فهم وإدراك القواعد والمعايير الاجتماعية .
- قصور في مهارات العناية بالذات .
- قصور في المهارات اللازمة لأداء أنشطة الحياة اليومية .

#### خامساً الخصائص اللغوية :

تعتبر اللغة وسيلة هامة من وسائل التواصل والتفاعل المعرفي والاجتماعي والوجداني بين الأفراد والجماعات ومن أهم ما يميز به النمو اللغوي للأطفال المعاقين عقلياً :

- الصعوبة في إخراج الأصوات وتقليد المحيطين به .
- فقر الحصيلة اللغوية للكلمات والمعاني وتكرارها .
- ضعف تركيب الجمل واستخدامها والتأخر في التعبيرات الانفعالية والوصفية .
- الضعف في استعمال الضمائر في المحادثة .

- عدم القدرة على التعبير والمشاعر والرغبات والأفكار.
- البطء في التقدم اللفظي مقارنة بالعاديين .

(آمال عبد السميع باظة، 2009، 22) .

ويشير توماس Thomas (1994) إلى أنه يمكن تنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم من خلال برنامج تدريبي يعتمد على النماذج البيئية المحسوسة. (Thomas: 1994, pp 615 – 660)

وأشارت دراسة اكسروميرتو Xeromerituo (1992) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً لديهم قصور واضح في المهارات اللغوية مقارنة بالأطفال العاديين وأظهرت الدراسة تأخر المتخلفين عقلياً في التعبيرات الوجهية والانفعالية وفي إنتاج الكلمات الوصفية والنعتية . ( xeromeritou: 1992, pp 571 – 584 )

وتشير فوزية دياب (1995، 77-86) : إلى أن اكتساب الطفل للمهارات اللغوية يساعده على ممارسة الخبرات الحسية والحركية ، وإنها زادت هذه الحصيلة يبدأ الطفل في طرح الأسئلة والاستفسار والفهم والاستطلاع عن الأشياء الغريبة ويظهر في نشاطه تشوقاً كبيراً وحاجة شديدة إلى أن يكرر خبراته ويعيدها ويزيدها وكل هذا يمكنه من اكتساب أقوى للمهارات اللغوية .

# 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 كفتة 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 زهان 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 الأوتيزم 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 لآن 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 ، وداًئماً 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 الأوتيزمى . 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 أثرة 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 " 1990 Marica 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 آن 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)* وايفي 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 ليحدث 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 تَوَثَّرَ عليه كثيراً من مظاهر نمو الطفل المختلفة وبالتالي تَوَثَّرَ 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 تغير 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 الببلاوى ، 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 يبدءون 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 الآخرون 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 أوروربك (2003) أن نسبة انتشار إعاقة التوحدية بين الأطفال من سن 3-12 سنة في الولايات المتحدة الأمريكية هي 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 ارتفاع 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 المادية 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 يعد 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 والمعز 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 اطفسرة لاضطراب التوحد :

### 1. النظرية المعرفية :

تشير ( كريستين نصار ، جانيت يونس ، 2009 ) : إلى أن الخصائص المعرفية الملاحظة عند التوحدين تحدد طريقتهم في إدراك البيئمة المادية والاجتماعية فالمعرفي يتحدد في القاموس Larousse ، بأنه يتوافق مع الأنساق التي يكتسب الكائن الحي عبرها معلومات عن بيئته ، وتمر 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 التوحيديين 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 التوحيديين وآباء الأطفال غير التوحيديين 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 تقييم 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 التوحديون 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 الذاتوية ( 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 التوحيديون يفشلون 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 مسئولة 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 كمى 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): أكدا 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 أسباب 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 بوركينجى .
- 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 التوحديون مقارنة بالأطفال الأسوياء إلا أنه يبدو أن

السيروتيميا *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 السيروتيني 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 أثيرت 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 للآن 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 System (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 وتشفيرها *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 اللمبدي *Limbic System* الذي يقع في مركز

المخ في هذه الوظائف آخذاً في الاعتبار أن الجهاز اللمبادى 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 البيلوى، 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 أخذين 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 التوحد :**

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  
التوحدى 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 ( ررفة الذراعين والقفز وحركات الوجه التكشيرية ) 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 مهمة 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 وزاد 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,Knorring&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 :



## **أولا : 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 .

## **ثانيا : 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 .

## **ثالثا : - 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 ، وقلّة 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 ولمهارات 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 ويتفق 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 الخطاب ( 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 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 بدلاً عن العجز في اللغة بينما لا يبدي 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 التوحد 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 ، وأخصائي 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 ) .

### ❖ معيار 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 يبدى مهارة في الرسم أو الغناء بشكل طفرات هجائية .

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

#### ❖ فائمة 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 ) .

#### ❖ فائمة 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 العاب 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 , 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 التلفزيون  
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 ما يلي :

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 :

أ- 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 توجهها .

( ب ) التمسك غير المرن بطقوس معينة غير وظيفية .

( ج ) سلوك حركي متكرر مثل ( رفرقة 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 سبيرجيري 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 يعانى من درجة متوسطة من التوحد.
- إذا كانت درجة المفحوصين تزيد عن 36 يعانى 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 منظمة 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 وتجرى 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 موحدا لمراقبة سلوك التواصل والسلوك الاجتماعي للأطفال من سن 30 شهرا 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 مؤخرا 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 تدريباً خاصاً 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 لديهم 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 وهى :

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 ، ويترك 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 يمتد 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 آباءهم 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 لابد 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 المبسطة 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 ذوي متلازمة (داون) واكتشافها مبكراً ذو مضامين هامة في التدخلات الطبية والاجتماعية والتعليمية التي تقدم للأطفال وأسرههم ، وقد لوحظ أن 40% من التوحيديين 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 التوحيديين 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 آلياً.

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 التوحيدي لا يوجد لديه تعلق بالغير حتى إذا كان له مستوى ذكاء متوسط .
2. الطفل التوحيدي له أداء أكثر في المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى ويكون الأداء أقل في المهمات اللفظية بينما المعوق عقليا يكون الأداء منخفضاً 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 الفارقى والتمييز بين إعاقة التوحد والتخلف العقلي والتي تم تسجيلها من تجارب الملاحظة الموضوعية المقتنة 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 للتوحدى .
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 كتوحديون 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 سمتين 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 حبههم 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 ذوى 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 الطبيعة	ظهوره تدريجيا بعد الولادة بثلاثين شهرا
المظاهر الاجتماعية	اهتمام منخفض مع الآخرين ، وانسحاب، وفقدان التواصل، وعلاقات معاقبة مع الآخرين	الفشل في إظهار حركات إيماثية 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، ومتدنية	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 .
- وتميز 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 طویل 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 Disorder* :

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 تناغم 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 كفاى، 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 يعانى من تأخر أو توقف تام في النمو اللغوي والقدرة على التخاطب بينما طفل الاسبيرجر لا يعانى من هذه الأعراض ولو أنه قد يعانى من صعوبة في تفهم كلام الآخرين .
2. طفل التوحد يعانى من قصوراً ملحوظاً في النمو المعرفي مقارنة بطفل الاسبيرجر .
3. أكثر من 70% من حالات التوحد تعانى 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 وجه المقارنة	اضطراب الطفولة التفلّك	التوحد
العمر عند ظهور الإعاقة	من 3- 5 سنوات وقد يصل إلى ما بعد العاشرة من العمر	قبل سن الثالثة من العمر
مستوى التراجع النتائج/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 التجنبى .

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 كأسوياء 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 التكاثرى** : 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 الاجتماعى 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 البصرى ( Schatz et al,2001 ) .

ونلاحظ أن الملاحظات السلوكية المعينة ، بالإضافة إلى برامج البحوث تؤكد على اضطرابات في الانتباه لدى الأطفال التوحى ، فالانتباه قدرة رئيسية حيث أنه أساس عمليات اختصار المعلومات ، وانتقاء الاستجابة ، والاستعداد للفعل النهائى . 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 يواجه أو يرشد الانتباه بناءً على القدرة المعرفية السابقة والأهداف الداخلية ، ويتميز الأطفال التوحى 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 التوحى ، تظهر في المثيرات السمعية والبصرية ، حيث أنهم يظهرن حدثاً في الاستدعاء الفورى 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 الحلبي ، 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 التوحيدي 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 بصورة 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 الحلي ، 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 للتوحيديين ، 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 التوحيديين 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 التوحيديين أن أطفالهم مهتمين أكثر بالحصول على ما يريدون أكثر من اهتمامهم بمن يلبي لهم هذه المطالب (Sigel. B, 1996, 26-28) .

كما أن التوحيديين 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 السممة 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 التوحيديين 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 بالوتيزم 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 ) ، وشاكرقنديل (2000: 89) ، محمد كمال (2009: 68) إلى أن الأطفال التوحيديين يظهرون درجات من شذوذ الاتصال بالعين في نهاية السنة الثانية من العمر ، والذي قد يأخذ شكل تحديق العين وعادة فإن الأطفال التوحيديين 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 جولداشين 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 ، شريمان 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 *Travaglino* (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 .

• يفقد القدرة على التواصل البصري .

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

• يفقد 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 لُحِصت ( 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 الوجه .
- 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 بالتمطية 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 ينهمك 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 تمضى 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 واستثارة 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 استثارة 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 الشامى ، 2004 ) : إلى أنه فيما يتعلق بالتنسيق الحركى 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 الحركى 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 الحركى :

- 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 التوحديين 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 التوحديون ، 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 التوحديين 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 منخفضةً 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)

### مهارات الاستغلابة والحياثة :

يشير ( ماجد عمارة ، 2005 ) : إلى أن الطفل التوحدى 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 التوحدى 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 التوحدى هو التأخر في نمو السلوك التوافقي ، فالطفل التوحدى الذي يبلغ من العمر خمس سنوات قد يظهر سلوكاً يتناسب مع الطفل العادي الذي يبلغ من العمر عاماً واحداً ، ولذلك يفتقد الطفل التوحدى 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 ( Bhrrl,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 ، وعد 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 قبيلت 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 منعهداً 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 المرضي 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 التوحديين .

(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 .



# الفصل الثالث

## مشكلات الطفل التوحدي

### مشكلات الطفل التوحدي :

التوحد وما يرتبط به من حالات أخرى عبارة عن اضطرابات عصبية – نمائية، تنطوي بشكل رئيسي على خلل في النمو الاجتماعي ، اضطراب في التواصل اللفظي وغير اللفظي ، واضطرابات سلوكية ، مراجعة العوامل العصبية – النفسية في التوحد والاضطرابات النمائية الأخرى تقدم تحديات عديدة حيث أن الأدبيات متنوعة ومتسعة . النماذج النفسية التي تهيمن على الساحة حالياً تشتمل على نظرية العقل ، الترابط المنطقي المركزي ، والوظائف التنفيذية ، مع نتائج البحوث المرتبطة والتي يتم دمجها وتفسيرها في هذه البناءات المحددة المکانيزمات الاجتماعية – المعرفية والنمو اللغوي تقع أيضاً في حتمية مجال الوظيفة العصبية – النفسية .

### أ ( الإدراك الحسي :

منذ الظهور المبكر للنظريات المعرفية في مجال التوحد ، وثُقت الاضطرابات الحسية بشكل جيد واعتبرت مجالاً رئيسياً للعجز . وأوضح (أورينتنزوريتفو) (Ornitz & Ritvo, 1963) مدى الحساسية الزائدة التي تؤثر في كل حاسة من الحواس في ما يزيد على 150 حالة من التوحديين بناء على ملاحظاتها فقد سلما بأن عدم القدرة على تعديل المدخلات الحسية لدى الأطفال ذوي التوحد تظهر نفسها في تغيير حالات الإثارة (مثلاً : الدوران، الحساسية الزائدة للمثيرات)، والكف (مثلاً : عدم الاستجابة ) ، وأن حالة عدم التنظيم هذه بدورها تؤدي

إلى التغلب الإدراكي ، وفي البحوث الحديثة ، تم دراسة الاستجابة غير المعتادة للأطفال التوحدين للمثيرات الحسية والنماذج غير المعتادة للسلوك في علاقتها بمجالات أخرى مثل النقائص الاجتماعية والمعرفية واللغوية ، ومع ذلك تدين وجود استجابة غير طبيعية للتحفيز الحسي تميز بين التوحدين من الأطفال والمجموعات الضابطة في دراسات الخصائص السلوكية المبكرة .

(Stone,1997 1992, Dahlgren& Gillberg, 1989,Osterling & Dawson,1994,Adrien et al.) .

### ب) الانتباه :

الملاحظات السلوكية المعينة ، بالإضافة إلى برامج البحوث تؤكد على اضطرابات في الانتباه لدى الأفراد التوحدين فالانتباه قدرة رئيسية حيث أنها 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 المعرفة السابقة والأهداف الداخلية ويتميز الأفراد التوحديون بانتباه قوى للمعلومات البصرية التكرارية البسيطة مقارنة بنظرائهم من ذوى الاضطرابات النمائية الأخرى كما يقاس بالأداء المستمر على المهام (1997,Pascualvaca et al, 1998 Garretson et al, 1990, Goldstein et al, 2001, Minshew et al, Buchsbaum et al, 1992,Cosey et al, 1993,).

بينما تثير دراسة أولية إلى قصور في الانتباه لدى الأفراد ذوى متلازمة أسبيرجر ، ويظهر خصوصاً في استجابة غير ثابتة أو متباينة للمثيرات في مهام الانتباه البصري ( Schatz et al,2001) .

## ج) النمو الاجتماعي في التوحد :

كان (كانر) Kanner (1943) أول من وصف متلازمة التوحد الطفولي المبكر فقد أعلن في ورقته أن ( 11 ) طفلا الذين أظهروا ما أسماه (كانر) نقص فطري للاهتمام بالناس ، أو التوحد Autism - وهى كلمة مشتقة من الأصل اليوناني Autos أي "النفس أو الذات " على عكس الاهتمام المحدود لدى هؤلاء الأطفال بالبيئة الاجتماعية ، فإنهم قد أظهروا - في الغالب - اهتماما بسمات أو مظاهر البيئة العلاجية على سبيل المثال ، قد لا يبدو الطفل على أنه يدرك والديه أو احدهما ، إلا أنه يصبح في حالة من الذعر إذا رأى الأثاث غير مرتب ، واعتبر (كانر) الخلل الوظيفي الاجتماعي والاستجابات غير المعتادة للبيئة السمتين الأساسيتين للمتلازمة.

كما ذكر بعض الباحثين في النقائص الاجتماعية سمة من سمات الأفراد التوحديين (Rimiand, 1964, Rutter, 1998, Wing, 1976) على الرغم من أن بعض المهارات الاجتماعية تظهر معه إلا أن حتى الكبار التوحديين "المرتفعين في الوظيفة" لديهم مشكلات رئيسية في العلاقات الاجتماعية ( Volkmar & Coben, 1985) الأعمال اللاحقة عدلت من الوصف الأصلي لكانر بطريقة هامة إلا أنه مازال الانحراف الاجتماعي هو السمة الظاهرة لهذه المتلازمة . الأدوات الشخصية وأدوات التقييم التي ابتكرت التوحد تؤكد على العوامل الاجتماعية (Parke, 1984) وأيضا معايير التشخيص الحالية لهذا الاضطراب.

(American Psychiatric Association, 1994)

د) مشكلات اللغة والتواصل لدى الأطفال التوحديين :

❖ اضطراب اللغة واللام لدى الأطفال التوحديين :

يشير ( عثمان فراج ، 2002 : ص 20 ) في تعريفه لاضطرابات الكلام بأنها

قصور أو خلل أو اضطرابات في وظائف الكلام *Durability Disorder Speech* وتقع تحت هذه الفئة أنواع مختلفة من العجز أو الاضطرابات في الحديث والكلام ومنها الأفيزيا *Aphasia* وهو مصطلح يشمل أنواع متعددة منها ما هو جزئي بمعنى اضطراب محدود أو كبير في القدرة على التعبير اللغوي بالكلام وقصور الإرسال ، وهناك حالات قصور أو اضطراب في وظائف النطق والكلام والتلفظ *Disorders Articulation* وقد يكون في شكل عجز أو امتناع النطق ، فيكون في شكل اضطراب الوظيفة التي تتكون منها الكلمات ، أو اضطراب الإيقاع في الكلام ، أو في شكل عدم تناسق أو تعسر النطق ، ويكون ناتجاً عن اضطراب عضلات الكلام *Dysarthria* أو الانحباس الهستيرى للصوت *Aphania* ، أو عقلة اللسان *Aphthonyio* الناتجة عن اضطرابات في عضلة اللسان .

ويوضح ( عادل عبد الله ، 2004 ) : المؤشرات الدالة على وجود اضطرابات في اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين في ما يلي :

- (1) لا يستطيع الطفل التوحدي أن يدخل في حوار مع الآخرين .
- (2) لا يستخدم الحديث في التواصل ذي معنى .
- (3) يتجنب التقاء العيون أو التواصل البصري .
- (4) كثيراً ما يستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات .
- (5) مدى انتباهه ومعدل احتفاظه بالانتباه قصير .
- (6) لا يمكنه أن يعيد ترتيب المعلومات التي يستقبلها .
- (7) نمو اللغة يكون ببطء شديد أو لا تنمو على الإطلاق .
- (8) يستخدم الكلمات دون أن يكون لها معنى محدد .
- (9) لا يستطيع استخدام الكلمات التي لديه في سياقات مختلفة .

(10) لا يستخدم معاني الكلمات التي يعرفها كي تساعده على استرجاع المعلومات المختلفة .

(11) يعانى من قصور في فهم الحالات العقلية له ولغيره ( اعتقادات – نوايا – انفعالات – بيئة اجتماعية ) .

وتشير ( نوال عطية ، 1995 : ص 47- 56 ) في توضيحها للغة على أنها مواد تعبيرية عما يجول في ذهن الفرد ، وكما يرى (ثورنديك) أنها أهو الوسائل الاجتماعية بالنسبة للفرد ووظيفتها إشباع رغباته وإتاحة الفرصة له للتعبير عن أفكاره ومشاعره فهي تظهر الفكرة الكامنة في نفس الفرد للآخرين وبذلك فهي تتيح عملية الاتصال الاجتماعي واللغوي بين الأفراد وفي الواقع فاللغة ضرورية لحفظ بقاء الكائن الحي ولا استمرار الحياة ، فاللغة هي الوسيلة الحيوية والفعالة التي تعين الطفل على التعبير عن رغباته فالطفل إذ يبدأ الاستجابة للأشياء يبدأها بالإشارة ثم يتعلم الاستجابات اللفظية بالتدرج حتى ينطق اللفظة الخاصة بالشيء وبعدها تصبح لديه القدرة على استعمال جملة بدلاً من الكلمات وكما زادت حصيلته اللغوية استطاع أن يستخدم رموز حديثة واستطاع أن يستخدم الألفاظ المحددة وأن يتعامل بها .

أما في حالة الأطفال التوحدين فتشير ( علا عبد الباقي إبراهيم ، 2011 ، ص: 45 ) إلى أنهم لا يستطيعون الكلام ويعجزون عن استخدام اللغة للتعبير عن احتياجاتهم وما يريدونه ، ويبدون وكأنهم صُم فلا يتجهون نحو صوت يناديهم كما يبدون وكأنهم عميان فلا يتتبعون بالنظر إلى من يتجه إليهم أو ينظر إليهم ويعجزون عن استخدام لغة الإشارة فلا يشيرون إلى ما يرغبون ، وبعض هؤلاء الأطفال يستخدمون لغة غير عادية فيتحدثون بكلمات مفردة وألفاظ مبهمه خالية

من المعنى وهو ما يطلق عليه كلام غير وظيفي بينما يقوم البعض الآخر بتبريد بعض الكلمات أو العبارات مراراً وتكراراً وبعضهم يردد ما يسمع دون رد ومن ثم يتدنى مستوى الحوار التواصلية بينهم وبين الآخرين ، وحينما يتعلمون الكلام واللغة فإنهم يقلدون بدون انتباه أو تتبع للآخر أو ما يطلق عليه الانتباه المترابط وبالتالي فإن التقليد بدون الانتباه المترابط يؤدي إلى العديد من الخصائص اللانمطية للكلام واللغة ويظهر ذلك في النطق المقلوب ، وعدم التمييز بين الضمائر أو المتكلم والمخاطب ، والترديد الببغاوي ، ونطق بعض المهمات . (إم.إم.إم)

تعتبر عيوب اللغة في التوحد من المشكلات الرئيسية فقد أوضحت بعض التقارير التي أجريت على حالات أطفال الأوتيزم أن قليل جداً منهم ينجحون في التحدث بلغة مفهومة في سن الخامسة والسادسة وأن حالات أخرى لم تبدأ في اكتساب اللغة والتحدث إلا في سن البلوغ والمراهقة وأن حوالي 30 % منهم تقريباً يستخدمون اللغة بشكل مفيد وأن ثمة معوقات واضحة قد تستمر لدى هؤلاء الأطفال فهم يفشلون في استخدام الألفاظ البحتة والكلام إن وجد يكون غير مناسب للموقف كما أنهم يقاطعون الآخرين في الحديث .

كما أشارت العديد من البحوث إلى أن اضطرابات اللغة هي السمة الجوهرية للتوحد فقد يكون أكثر من نصف الأطفال التوحديين لا يتكلمون على الإطلاق متدرجين من الغياب الكامل للغة كأداة اتصال إلى القواعد اللغوية الفجة والببغاوية (Echolalia) .

يشير بانجور Bangor (2001) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً لديهم مشكلات لغوية في الاتصال الاجتماعي إذا ما قورنوا بالأطفال العاديين ، إن معظم الأطفال الذاتويين المتخلفين عقلياً لا يتحدثون حتى سن الخامسة من

العمر (Bangor: 2001,P56) .

الدراية أو المعرفة عن التواصل البشرى هي الأساس للنظرية والممارسة الإكلينيكية في مجال التوحد ، المعالم في اللغة والتواصل تلعب أدواراً رئيسية في كل نقطة تقريبا في النمو في فهم التوحد . يهتم والداي الأطفال التوحديين أول ما يهتموا بأن هناك شيء غير طبيعي في نمو الطفل بسبب التأخيرات أو الانتكاسات في نمو الكلام ( Ahort & Chopler,1988 )

كما تبين أن استخدام أطفال المدارس للغة الوظيفية مرتبط بالنواتج العقلية طويلة الأمد في التوحد ( Demyer et al,1973,Paul & Chen,1984 ) الطلاقة والمرونة الخاصة باللغة التعبيرية بعد أن يقعان تحت التمييز بين التوحد ذي الوظيفة المرتفعة والوظيفة المنخفضة لدى أطفال المدارس أو الأطفال في سن المراهقة ، تاريخ التأخر في اللغة يمكن أن يكون ضروري وحاسم في تمييز التوحد عن الاضطرابات المرضية الأخرى لدى الكبار ذوي الوظيفة المرتفعة ( Lord & Venter,1992 ) على الرغم من أنه لم يتم إدراك التوحد في البداية – غالباً – بسبب النماذج البطيئة وغير المعتادة من نمو الكلام ، فإن كثير من السمات المبكرة للعجز اللغوي المرتبطة به تتداخل مع اضطرابات أخرى.

(Inglism 1991,Bishop & Adams 1989 Beitchman & )

وعلى الرغم من أن المهارة في اللغة هامة للوظيفة لدى الأفراد التوحديين ، فإن التأخرات في اللغة التعبيرية في السنوات الأولى من مرحلة ما قبل المدرسة ليست مقصورة أو حكرًا على التوحد ( Cantwell et al,1980 )

في حالة ما يوجد وصف جيد للتاريخ الاجتماعي المبكر للطفل ، وأيضا استخدامه للأشياء عندئذ يتم تشخيص التوحد بدون الإشارة أو الرجوع إلى

التأخر) (Cohen et al, 1993, Lord et al, 1993, Siegel et al,

كما اشتمل تاريخ التوحد على اهتمام متزايد وغير فعال باللغة والتواصل ، من تفسير عدم السواء اللغوي على أنه ثانوي بالنسبة للنقائص في الوظيفة الوجدانية الاجتماعية (Kanner,1943) إلى النظرة التي مفادها أن اضطرابات التوحد هي نتيجة لاضطراب لغوي أساسي (Rutter,1920) إلى تركيز مانع على الاضطرابات البرجماتية (Baltaxe,1977) إلى اهتمام باستخدام اللغة في دراسة سلوكية أخرى، خصوصا القدرات المعرفية ذات الرتبة العالية مثل نظرية العقل (Baron-Cohen,1993) من المتعارف عليه الآن أن اللغة في التوحد متقلبة تماما ، ويحتمل أن توجد مجموعات فرعية من الأفراد داخل حالة التوحد لديهم بروفيلات لغوية متميزة ، بعضها يشبه تلك البروفيلات الخاصة باضطرابات اللغة النهائية (Fred et al,2006: 336) .

ويشير ( محمد على فتحية ، 2001 ، 431 ) التطور اللغوي عند الأطفال المصابين بالتوحد :

1- من الميلاد وحتى 18 شهر:

- فقدان الاتصال غير اللفظي .
- صعوبة في تفسير البكاء .
- رفض محاولة الآخرين للتواصل حتى الوالدين .
- لا يقلد حركات الجسم والإيماءات مثل الإشارة إليه ( باى....باى ) .
- يظهر تأخراً لغوياً واضحاً .
- استخدام لغة غير مفهومة .

2- من 18 شهر وحتى 4 سنوات :

- يفقد الإيماءات المناسبة .



- تكون كلماته الأولى على غير المعتاد .
- تأخر لغوى شديد .
- قلة المفردات اللغوية .

### 3- من 4 وحتى 7 سنوات :

- عدم القدرة على البدء في المحادثة .
- يصدر أصوات وتعليقات غير مفهومة .
- يعيد ما يقوله الآخرين .
- الاستخدام غير المناسب للضمائر .
- التحدث بصمت ونغمة غير اعتيادية .
- التقليد خصوصاً للدعايات .

ويشير ( سعيد حسنى العزة ، 2001 ، 124- 125 ) : إلى مراحل النمو اللغوي والعوامل المؤثرة فيه :

#### • مرحلة الصراخ والبكاء : *Crying Stage*

يستعمل الطفل الصراخ كرد انعكاسي في البداية للتعبير عن ما يضايقه وقد يستعمل ذلك كوسيلة للتعبير عن جوعه أو اتساخه أو شعوره بالألم وتمتد هذه المرحلة من الميلاد وحتى الشهر التاسع ، والصراخ والبكاء يمكن اعتبارهم كمؤثرات أو منبهات يمكن التنبؤ عنها على قدرة الطفل على التحدث في المستقبل .

#### • مرحلة المناغاة *Babbling Stage*

في هذه المحلة يصدر الطفل الأصوات ويكررها وتمتد هذه المرحلة من الشهر الرابع أو الخامس حتى الشهر الثامن أو التاسع وتمتاز هذه المرحلة بنطق أحرف العلة مثل الاله والواو والياء ويمكن القول بأن المناغاة هي لغة الإرسال ذي الطرف الواحد في تلك المرحلة من عمر الطفل وأيضاً يمكن اعتبارها بأنها إشارة إيجابية

يمكن الاستدلال منها على مستقبل الطفل اللغوي إلى حدٍ ما .

#### • مرحلة التقليد *Imitation Stage*

في هذه المرحلة يقلد الطفل الأصوات والكلمات بشكل غير صحيح فكلماته تكون ناقصة لبعض الحروف فهو قد يقلد بعض الحروف أو يحذفها أو يغير مواقعها وقد يكون لذلك علاقة بمدى نضج جهاز النطق وضعف السمع ولا بد من التدريب وتوفير العينات السمعية إلي ضعاف حاسة السمع ليستطيع الطفل النطق وتمتد هذه المرحلة من السنة الأولى وحتى السنة الرابعة .

#### • مرحلة المعاني *Semantic Stage*

في هذه المرحلة تزيد قوة إدراك الطفل ويصبح قادراً على الربط بين الرموز اللفظية ومعانيها وتمتد هذه المرحلة من السنة الأولى وحتى الخامسة وما بعدها وتجدر الإشارة إلى أنه في الحقيقة يحب التركيز على اللغة المنطوقة الخاصة أي اللغة التي يمكن استثمارها والتفاعل معها مع محيط الفرد الاجتماعي أي القاموس اللغوي المفيد في التعلم والاتصال أما اللغة المنطوقة العامة لا تعتبر مؤشراً صادقاً على قدرة الفرد اللغوية على التعلم .

#### ❖ مشكلات ملونات اللغة لدى أطفال التوحد :

يعاني أطفال التوحد من مشكلات وصعوبات في مكونات اللغة تتمثل في الآتي :

#### • الصوتيات: *Phonetics*

وهو تركيز الأصوات وعلاقتها بالقدرة على الكلام ، حيث تكون نبرة الصوت عند طفل التوحد شاذة غريبة ، تتصف بالرتابة ، مما يصعب على المتلقي فهمها واستيعابها .

## • المفردات: Vocabulary

( الحصيللة اللغوية ) : حيث يحدث تأخر في الحصيللة اللغوية عند أطفال التوحد ، وقد يرجع ذلك إلى قلة المحصول اللغوي وخاصة عند تأخر الكلام إلى سن خمس سنوات عند أطفال التوحد ، وهو سن بدء الكلام لديهم هذا وإن كان البعض يتمكن من تكوين حصيللة لغوية جيدة .

## • بناء الجملة الكلامية Syntax

وترتيب الكلام حيث يلاحظ تأخر أطفال التوحد في اكتساب بناء الجملة الكلامية ، وصعوبات استخدام الضمائر والخلط بين المفردات .

## • دلالات الألفاظ Semantics

والخاصة بوصف العلاقة بين الكلمات ومدلولها ، حيث يعاني أطفال التوحد من صعوبة في إدراك مدلول بعض الكلمات المجردة أو الجمل المجازية فمثلاً الكلمة الواحدة التي لها دلالة على شيئين مثل ورقة فقد تستخدم كورقة الكتاب وورقة الشجرة ، ويصعب على طفل التوحد فهمها .

## ❖ ملائمة وانسجام اللغز

المستخدمة في المواقف الاجتماعية ، وتوقعات المتلقي ، فمثلاً قد يعاني طفل التوحد من صعوبة في فهم ما يقصده المتحدث فيجيب إجابة بعيدة عن المقصود( سليمان عبد الواحد يوسف ، 2010).

ويشير ( محمد فتيحة ، 2001 ، 232 - 233 ) إلى أهم الخصائص اللغوية التي تظهر عند الأطفال الناطقين المصابين بالتوحد على النحو التالي :

## أولاً : 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 وفي غير موضعها كاستخدام كلمة مرحباً عند الانصراف .
- التحدث في موضوعات خارجة عن السياق .
- إعادة كلام المتحدث أو ترديد الكلام Echolalia .
- جمل روتينية حيث يتبع الطفل روتيناً معيناً في كلامه عادة .
- صعوبة في تغيير أسلوب الحديث مع تغير الأشخاص فعلى سبيل المثال عندما يتحدث مع والده أو مع مدرسه يجد صعوبة في تغيير أسلوب حديثه .
- استخدام الأسئلة بكثرة .

#### ثانياً: المفردات Semantics

- عدم القدرة على استعادة الكلمات من الذاكرة .
- الإجابة على الأسئلة بطريقة غير مناسبة .
- ضعف في العلاقة التي تربط بين المعاني .

#### ثالثاً: النحو/ الصرف Syntax / Morphology

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

#### رابعاً: 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 .

## خامساً: الاستيعاب Comprehension

- تأخر الاستيعاب بشكل عام خصوصاً في الحديث المتصل مثل المحادثة .  
ويشير ( محمد بن عبد العزيز الفوزان ، 2000 ) إلى أن اضطرابات اللغة والكلام التي تتميز وتحدد الأطفال التوحدين تتمثل فيما يلي :  
(1) صعوبة في اللغة والتخاطب واكتساب المعرفة .  
لاشك أن لغة التخاطب تعتبر من المعوقات التي تواجه طفل التوحد إذ أن هناك 40 % من أطفال التوحد في العالم لا يحسنون التحدث ، وليست لديهم لغة التخاطب ، كما أن الأطفال الذين لديهم لغة التخاطب ويتحدثون فإن حديثهم هو عبارة عن كلام بالترديد مثل البغاء أي يردد ما قاله الشخص الذي يخاطبه مثل يا أحمد التفاحة . يردد ما قاله ويقول خذ يا أحمد التفاحة . وهذا الحديث غير مقبول في المجتمع .  
(2) الاستخدام المتقطع للغة .  
يتصف أطفال التوحد بهذه الخصوصية حيث أنهم يمتلكون رصيذاً كبيراً من الكلمات ولكنهم لا يمتلكون المقدرة على استخدام هذه الكلمات في محادثات ذات معنى وهذه هي المشكلة التي يعاني منها أطفال التوحد .  
(3) الانعكاس الضميري .  
وهذا يعني أن الطفل التوحدي يثبت ضمير ( أنت ) عوضاً عن ضمير ( أنا ) مثال ذلك لو أنني خاطبت أحمد بأن 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 ....

4) عدم ربط الأحداث وعدم إدراك معنى الأشياء .

فمثلاً عدم ربط الأحداث مع بعضها كأن يقول لديه لعب وقد يلعب بها ولكن ليس لديه أي معنى لهذه اللعبة أو الهدف منها أو كيفية استعمالها ، كم أن أطفال التوحد ليس لديهم غريزة التملك مثل الأطفال العاديين فلو أعطى لعبة فيأخذها ثم يرميها في أي مكان .

5) 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 يذكر ويردد حديثاً أو حركة شاهدها أو سمعها من جهاز التلفاز ويظل يكرر هذا الحديث طوال الوقت طالما أن 56 ذاكرته تملأ عليه هذا الشيء من غير فهم أو ربط هذا الحديث بالوقت المناسب .

كما أنه توجد عدة مشكلات يعاني منها الطفل التوحدي في المراحل العمرية التالية :

أولاً : مشكلات الطفل التوحدي من 2 - 5 سنوات تنحصر في :

• استجابة غير طبيعية للأصوات

غالباً ما يظن البعض أن الطفل التوحدي مصاب بالصمم لأنه عادة يتجاهل الأصوات العالية ولكن والديه على يقين أنه يسمع لأنه أحياناً يلتفت مرة واحدة لو سمع أي صوت من الأصوات المفضلة لديه مثلاً ( عند سماع صوت ورقة قطعة الحلوى وهي تفتح ) وفي المقابل تكون بعض الأصوات مزعجة له بصورة رهيبية فيغطي أذنيه حتى لا يسمع الصوت وكأن لديه إحساس نحو هذه الأصوات .

• مشكلات في فهم الكلام

يستجيب الطفل التوحدي للكلام بطريقة غير طبيعية حيث يتجاهل صوت

والديه عند مناداته باسمه وقد تمر عدة سنوات قبل أن يتعلم كيف يستجيب إذا سمع اسمه .

#### • مشكلات في التحدث

لا يتكلم بعض الأطفال التوحيديين أبدا طوال عمرهم والبعض الآخر وهم أكثر من 50% يتعلمون كيف ينطقون بعض الكلمات على الرغم من أنهم يبدهون ذلك في وقت متأخر عن أقرانهم العاديين يسمعونها من حوله أو من التلفاز أو أغنية أطفال يحبها .

#### • مشكلات في فهم الأشياء المرئية

لا يركز الطفل التوحدي نظره على الأشياء التي عادة يحب الأطفال العاديين رؤيتها لمدة طويلة ولكنه يعطى نظرة سريعة ثم يحوله .

#### • مشكلات فهم الإشارة

يتسم الطفل التوحدي بالإعاقة في استخدام اللغة المرئية ففي السنة الأولى يستخدم الصراخ كبديل للغة وقد تمر عدة سنوات قبل أن يبدأ الطفل في استخدام الإشارة إلى الشيء الذي يريد .

#### • حواس اللمس والتذوق والشم

سرعان ما يلاحظ آباء الأطفال التوحيديين أنهم يستخدمون حواس اللمس والتذوق والشم في اكتشافهم لما يحيط بهم ولكن يتعلمون ذلك في وقت متأخر عن أقرانهم من الأطفال العاديين ، وقد يظهر الطفل التوحدي أنه غير حساس للبرد أو الألم ولكنه كلما كبر يكون لديه حساسية مبالغة للأذى .

#### • حركات جسدية غير مألوفة

لوحظ على الطفل التوحدي أنه يقوم ببعض الحركات الغريبة مثل حركات اليدين أو القفز لأعلى وأسفل والمشى على أطراف الأصابع والدوران دون الإحساس

بالدوخة ، وتحدث هذه الحركات عندما ينظر الطفل التوحدي لشيء يشد انتباهه

#### • تصرفات صعبة ومشكلات عاطفية

تظهر هذه التصرفات عادة في السنوات الأولى للطفل التوحدي وتكون واضحة في البداية لعدم قدرة الطفل على التفاهم مع من حوله ، وتبين أنه عند وضع برنامج مناسب لهذا الطفل فإن هذه المشكلات تبدأ في الانخفاض تدريجياً وتقل مشكلاته العاطفية ولحظات الغضب .

#### • الانعزال الاجتماعي

يتصرف الطفل التوحدي وكأن ليس من حوله أحد فهو مثلاً لا يرد على من يناديه فقد يمر على أحد الأشخاص وكأن هذا الشخص غير موجود ويحدث كل هذا في البداية وإذا بدأ الطفل التوحدي سنواته الأولى في فهم العالم الخارجي وكسر طوق التواصل فمن هنا تبدأ تصرفاته تتغير ويبدأ وكأنه يشعر بمن حوله من أنشطة كالطفل العادي .

#### • الخوف من أشياء خاصة

قد يخاف الطفل التوحدي من أشياء قد تكون عادية لغيره وعلى الجانب الآخر نجد هذا الطفل لا يخاف من أشياء قد تكون مخيفة ، ومن ثم الطفل التوحدي شديد الخوف دون داع .

#### • السلوك المخرج اجتماعياً

يتصرف الطفل التوحدي تصرفات غير مقبولة اجتماعياً نظراً لكونه لا يفهم ما حوله ، فبعض الأطفال المصابين بالتوحد يعيشون في عزلة تامة ولديهم خمول ولا يسببون أي إزعاج بينما البعض الآخر منهم كثير الحركة مخرباً .  
( سميرة عبد اللطيف : 1992 ) .



## ثانياً : مشكلات الطفل التوحدي بعد خمس سنوات :

إن آباء الأطفال التوحديين يواجهون أوقات عصيبة خلال السنوات الأولى لأطفالهم مما يصيبهم بالإحباط وفقدان الأمل وتعد بعد مرور السنوات الخمس الأولى يبدأ التغيير للأحسن للطفل التوحدي وأكبر تغيير يطرأ عليه هو الجانب الاجتماعي والعاطفي فيظهر الطفل التوحدي عاطفة قوية نحو والديه ولمن حوله ويصبح اجتماعياً وأكثر انتباهاً للخطر الحقيقي وهذا مما يدخل الراحة والطمأنينة في نفوس الوالدين .

إلا أن هناك مشكلات أخرى تظهر لدى الطفل التوحدي في مراحل العمرية المختلفة ومنها :

- العشوائية وعدم الإتقان في أداء الحركات التي تتطلب المهارة.
- العزلة والانسحاب الاجتماعي .
- مقاومة التغيير.
- مخاوف خاصة .
- عدم القدرة على اللعب .
- سوء النطق والتحكم في الصوت .
- مقاومة التعلم والسلبية .
- السلوكيات النمطية الشاذة ( نادية أديب: 1993 )،(لورنا وينج: 1994 ) ( محمد شوقي: 2003 ) .

ويشير ( محمد كامل : 2003 ) لأكثر المشكلات اللغوية المرتبطة باستخدام وفهم اللغة عند ذوى التوحد على النحو التالي :  
أولاً : مشكلات التعبير اللغوي :

### 1. التعارض بين استخدام وفهم اللغة

نجد أن بعض الأطفال التوحديين يمتلكون لغة ظاهرية منطوقة تبدو أنها تتطور بشكل جيد لأن لديهم غالباً مشكلات إنشائية تعبيرية عميقة خاصة في المضمون الاجتماعي والتعبير عنه وتظهر تلك المشكلات بوضوح أثناء اختبارات اللغة .

وأيضاً لديهم صعوبة في فك الشفرة في التراكيب اللغوية والمفاهيم المعقدة وبالتالي يصعب على الأفراد الآخرين التعامل معهم بسبب فهمهم الضيق المحدود لمعاني الكلمات والألفاظ المستخدمة في اللغة ، وقد يفهمهم البعض فهم خاطئ على إنهم غير متعاونين أو يسلكون بأسلوب فظ وأغبياء وذلك بسبب الفشل في الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة إليهم .

### 2. الحرفية

هناك صعوبة أخرى تظهر لدى الأطفال التوحديين مرتبطة بالإنشاء الضعيف والتبرير اللغوي المضطرب والتي تستمر في خلق العديد من المشاكل في فترة البلوغ وهو الميل لتفسير ما يقال حرفياً ، تلك الاستجابات الناتجة عن الفهم والتفسير الحرفي للغة التي تجعل هؤلاء الأطفال في مشكلات اجتماعية عميقة عند تفاعلهم مع الآخرين مثال- عندما سألت المدرسة الطفل - اريك - متى ولد ومتى يحتفل بعيد ميلاده فكانت استجابته أن نظر إليها باستنكار وأجاب بلوم شديد في كل عام بالطبع .

## ثانياً : مشكلات في اللغة المنطوقة :

### 1. الاضطراب في دلالات الألفاظ والكلمات

يعانى الأطفال التوحديين من قصور واضح في فهم كثير من المفاهيم أو معاني الكلمات التي يتلقونها من الآخرين كما يظهر لديهم أيضاً قصوراً في تعميم تلك المفاهيم ، وبالتالي انخفاض في قدراتهم التعبيرية فهم يعانون من صعوبة في إيجاد الشكل الصحيح من الكلمات من أجل التعبير عن أفكارهم الخاصة لدرجة تصل إلى أنه يمكن وصف حديثهم بأنه في غير الموضع المحدد .

ويشير ( رفعت محمود بهجات ، 2007، ص 111- 112 ) إلى أنه يمكن تعليم طفل التوحد بتشغيل معالج الكلمات من خلال تدريبه على مهارات استخدام لوحة المفاتيح المناسبة في الكمبيوتر ، وهذه الوسيلة تمثل طريقة هامة تعمل على تنمية قدرة الطفل على القراءة والهجاء من خلال تزويده بذاكرة حركية مهارية ( تعتمد على نمط موضع أصابع اليد على مفاتيح اللوحة ) في حالة كل كلمة وهذا المدخل مفيد لأصحاب التوحد الذين يعانون من صعوبة لغوية .

### 2. طريقة استخدام الكلمات

حيث أن الأفراد ذوى التوحد يغلب عليهم الاستخدام المضطرب للكلمات حيث أن كثير منهم يتحدثون بأسلوب يمكن وصفه على أنه كوميدي والبعض الآخر حديثهم يتصف بالدكتاتورية أو الصوت المرتفع وبعضهم حديثهم يتصف بأنه متناول على الآخرين ، أيضاً بعض الأفراد ذوى الأوتيزم قد يوصف على أنه لديه حصيلة جيدة من المفردات اللغوية إلا أن هذه الحصيلة تزيد من المشكلة لدى هؤلاء الأفراد خاصة عند اختلاطهم بأفراد المجتمع أو تواجدهم وسط مجموعة من الأفراد العاديين لأنه بسبب الاستخدام غير المناسب لتلك المفردات في الوقت

المناسب لها فهذا يؤدي إلى تعقد الموقف الاجتماعي وزيادة صعوبة التفاعل الاجتماعي لدى هؤلاء الأفراد .

### 3. ترديد الكلام ( الحديث )

يعتبر ترديد الكلام لدى الأطفال ذوي التوحد من أكثر المشكلات انتشارا وغالبا ما تظهر تلك الاضطرابات عندما يكون الأفراد ذوي التوحد تحت ضغط معين أو تشويق أو في مواقف عالية التناقض ، وفي بعض الأحيان يعد ترديد الكلام دليلاً على أن الفرد ذو التوحد يحاول استخدام لغة أكثر إبداعا ومحكمة المفردات وقد يظهر الاستخدام المتكرر للكلام أو اللغة نتيجة لعدة أسباب فقد يكون هذا الأسلوب هو الطريقة الوحيدة الفعالة للفرد ذو التوحد للاتصال بالآخرين باعتباره طلب معتمد لاستحواذ انتباه الآخرين أو بسبب عدم إحساسه بالأمان في موقف معين ، وهذا الأسلوب في جميع الأسباب يؤدي إلى إعاقة التواصل الاجتماعي العادي لأنه يسبب الضيق للأفراد الآخرين الذين يتعاملون مع الأفراد ذو التوحد .

### 4. الملاحظة أو التبلد الذهني

هناك مشكلة كبرى تظهر لدى الأفراد ذو التوحد تتمثل في انخفاض المحصول اللغوي المناسب اجتماعياً الموجود لديهم بمعنى نقص الملائمة للقواعد الاجتماعية المناسبة في الحديث مع الآخرين فالأفراد ذوي التوحد غالبا ما يخفقون في تقدير تأثير حديثهم سواء كان في الأسلوب أو في المحتوى على الآخرين ، وبالتالي فإن الفرد ذو التوحد غالبا ما يوصف في كثير من المواقف التي تتطلب مهارات اجتماعية معينة أو تفاعل اجتماعي بأسلوب محدد على أنه فظ أو متبلد ذهنيا ، وبالتالي فإن هذا الأسلوب غالبا ما يقلل من فرض النضج الاجتماعي لدى الأفراد ذوي التوحد لأنه يولد عدم التقبل الاجتماعي لهذا الفرد .

## ثالثاً : مشكلات التفاهم مع المفاهيم المعنوية

### 1. التحديث عن المستقبل :

تمثل المفاهيم المعنوية أو الافتراضية مصدر صعوبة كبرى لدى الأطفال التوحيديين خاصة فيما يتعلق بالمفاهيم المرتبطة بالمستقبل فعلى سبيل المثال تعد بعض الاستجابات الشائعة بين الأفراد العاديين غامضة جداً أو غير مؤكدة بالنسبة للأفراد التوحيديين ، فمثلا الإجابة عن الأسئلة باستخدام بعض الكلمات مثل قريبا أو من الممكن أو سأفكر في هذا يمكن أن تؤدي إلى استشارة هائلة لغضب الأفراد التوحيديين حيث أن هؤلاء الأفراد ليست لديهم القدرة على الاستدلال من تلك الاستجابات على استنساخ أي معلومات حقيقية أو أين أو متى سيحدث هذا الحديث الذي يسألون عليه بالتحديد .

### 2. التعبير عن المشاعر والأحاسيس

يعانى الأطفال التوحيديين من صعوبة في التحديث عن المشاعر والأحاسيس التي يمرون بها أو حتى التحدث عن الألم الجسماني الذي يمكن أن يشعرون به أو يتعرضون له ، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن عدد من الأفراد التوحيديين أصبحوا مرضى بشدة سواء بخراج في الأسنان أو أمراض في المعدة أو حتى التهاب الزائدة الدودية ولم يكن لديهم القدرة على توضيح أنهم يشعرون بالألم معينة وبالطبع فإن هذه الحساسية الضعيفة للألم يمكن أن يكون لها مضاعفات خطيرة .

### 3. حس الدعابة

من المثير للدهشة أن الأطفال التوحيديين يتمتعون بقدر غير معقول من الميل للدعابة ، حيث يمكن أن تصبح الفكاهات والألعاب وبعض الألغاز التي تقدم لهؤلاء الأفراد مصدر الاستمتاع لديهم ، كما أكدت بعض الدراسات أنه يمكن استخدام

هذه الأساليب كمدخل له تأثير فعال في تشجيع التدخلات العلاجية الإيجابية ذات المغزى الاجتماعي .

#### 4. النقص في القدرة على تبادلية الحديث

يعد النقص في القدرة على تبادلية الحديث والإخفاق في الاقتراب من الطريق المناسب لتبادل أطراف الحديث ( الاستماع في الوقت المناسب والتحدث في الوقت المناسب ) أكبر مؤشراً للأفراد التوحديين والذين يميلون إلى إهمال الأشخاص الذين يقابلونهم بأسئلة أو عبارات مكررة غالباً بغض النظر عن الإصابات التي يحصلون عليها ، كما أن عدم قدرتهم على التوقف عن الحديث في الوقت المناسب يؤدي بهم إلى أن يكونوا غير واعين بالتلميحات التي توضح أنهم أصبحوا مملين وأنهم يعطلون النقاش المفتوح أو أنهم يسيطرون على المحادثة بصورة غير مقبولة ( محمد كامل ، 2003: 34-44 ) .

رابعاً : المشكلات التي تعاني منها أسرة الطفل التوحدي :  
كثيراً ما تتعرض أسرة الطفل التوحدي بكثير من المشكلات التي تعاني منها والتي من أهمها :

#### 1. مشكلات في عملية التفكير :

وذلك يرجع إلى النقص في المهارات العقلية اللازمة للقيام بالعمليات التي تؤدي إلى إدراك معاني الكلمات ، والمقارنة بين الأشياء وفهم المعلومات وتحليلها واستنتاج الأحكام والاستفادة من الخبرات ، ويؤثر هذا النقص على الطفل التوحدي وعلى عمليات تعليمه واستيعابه للمواد الدراسية النظرية وأسس تعاملاته الاجتماعية .

## 2. مشكلات نفسية :

وذلك يرجع دائماً إلى تجاهل الآخرين إلى الطفل التوحدي ورفضه وعدم تقبله مما يؤدي إلى شعوره بالخوف وعدم الأمان وفقدته الثقة في نفسه وشعوره بالسلبية وقصور قدراته وعجزه عن مجاراة الآخرين في أنشطتهم وسلوكياتهم .

## 3. مشكلات صحية :

أحياناً ما يصاحب المتخلف عقلياً التوحدي اضطرابات صحية أخرى مما يزيد من صعوبة التعامل معه كأن يصاحب إعاقته اضطراب في وظائف الجهاز التنفسي أو اضطراب في وظائف الجهاز الهضمي أو يكون مصحوباً باضطرابات حركية أخرى .

## 4. مشكلات حركية :

أحياناً ما يصاحب المتخلف عقلياً التوحدي مشكلات تعوق حركته العضلية مثل الشلل الدماغي أو العيوب الخلقية مما يحول بينه وبين ممارسة النشاط العضلي الحركي وتؤدي مضاعفات هذه الأعراض إلى تقييد المجال المكاني الذي يتحرك فيه الطفل التوحدي والتقليل أيضاً من فرص التفاعل الاجتماعي والمشاركة مع الآخرين في أنشطتهم .

## 5. مشكلات في التكيف الاجتماعي :

في حالة وجود المشكلات النفسية ، والصحية ، والحركية فإنه يتعذر على الطفل المعاق عقلياً التوحدي أن يتكيف اجتماعياً لأن هذه المشكلات تؤثر بشكل سلبي على عمليات التوافق الاجتماعي بينه وبين الآخرين وعادة ما يرجع ذلك إلى الإحباط الذي يتعرض له بسبب فشله وشعوره بالنقص وفقدانه لثقلته .

## • مشكلات في الإدراك الحسي :

يشير( عبد الرحمن محمد عيسوي ، 1996، 134-136 ) إلى أن مشكلات الإدراك الحسي ترتفع نسبة الإصابة بها بين المتخلفين عقلياً التوحديين عن أقرانهم من ذوى الاحتياجات الخاصة وذلك لافتقار الكثير من المتخلفين عقلياً التوحديين إلى القدرة على التمييز بين المؤثرات الحسية التي لا يستطيعون فهمها أو التعرف عليها كما قد يفشلون في التعرف على أوجه الاختلاف في نواحي الشكل والحجم واللون والمسافة والصوت مما يعوقهم ويحول بينهم وبين اكتساب الخبرات الحسية والبيئية وعلى علاقاتهم بالآخرين وعل مقدار تحملهم للمسئولية وعلى أمنهم وأمن الآخرين في بعض الحالات ، وقد يحتاج بعض أفراد فئات التخلف العقلي إلى نوع من المراقبة المتقطعة أو الدائمة ، وبعض الإجراءات الأخرى الخاصة بسلامتهم أو حمايتهم من أخطار يحتمل أن يتعرضوا لها في مجال الحياة اليومية .

## • مشكلات في الدمج الحسي :

الدمج الحسي عبارة عن عملية تنظيم المعلومات الحسية ( المثيرات الحسية ) الداخلة إلى المخ من أجل استعمالها والاستفادة منها فمن المعروف أن حواسنا المختلفة تستقبل المعلومات ( المثيرات الحسية ) عن حالة أجسامنا ، ومن ثم ترسل هذه المعلومات إلى المخ ، فتنصب هذه المثيرات الحسية في المخ كما ينصب منسوب الماء في البحيرة ، فيدخل إلى المخ عدد لا حصر له من المعلومات أو المثيرات الحسية ، ليست فقط من حاسة البصر ولكن من الحواس المختلفة مثل حاسة السمع واللمس والتذوق والحس الحركى ( المسئول عن الإحساس بوضع الجسم والإحساس بالحركة ) ، والحس الهليزى ( المسئول عن توازن الرأس وعلاقتها بالجاذبية الأرضية ) ، وحتى يتصرف الفرد بشكل طبيعي ويتعلم ويتحرك لابد للمخ أن يقوم بتنظيم هذه المثيرات لينتج عنها استجابات طبيعية صحيحة إذا ما



دخلت إلى المخ بشكل طبيعي منظم ، أما إذا ما دخلت هذه المثيرات بشكل غير منظم فإنه لا ينتج عنها استجابات طبيعية صحيحة .

• مشكلات في الاستجابات الحسية والبصرية الدفاعية :

تتضمن هذه المشكلات استجابة الطفل التوحدي لبعض المثيرات الحسية بشكل غير طبيعي ، سواء كان هذا المثير سمعياً أو لمسياً أو بصرياً أو من حاسة الشم أو التذوق ، فالأطفال الذين يعانون من هذه المشكلات عادة ما يكون لديهم ردود فعل غير ملمسية ، وعادة 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 تسريح الشعر أو غسله أو قص الأظافر أو غسل الأسنان ، وعادة ما يسبب هذا السلوك مشكلة لآباء هؤلاء الأطفال نظراً لما يواجهونه من صعوبات في هذه المشكلات ونظراً للاستجابات غير الطبيعية لهذه الأشياء فنجد مثل هؤلاء الأطفال استجاباتهم لبعض ملامس الأشياء غير طبيعية مثل ملمس بعض أنواع من الطعام أو ملمس ملابس معينة . مما يجعل هؤلاء الأطفال يرفضون أن يأكلوا بعض أنواع من الطعام أو يرفضون ارتداء ملابس معينة . وهؤلاء الأطفال يوصفون بأن لديهم حساسية مفرطة لللمس ، وهناك أطفال لديهم حساسية ضعيفة لحاسة اللمس فنجد استجاباتهم ضعيفة لهذه المثيرات . فنجدهم قد لا يشعرون بالألم للمسات القوية أو المؤلمة . أو لا يستجيبون للألم عند تعرضهم لملامس ساخنة . وقد يسبب ذلك العديد من المشكلات الاجتماعية . مما يجعل الطفل ينسحب اجتماعياً أو يتصرف بطريقة عنيفة مع الآخرين فيؤثر ذلك على نمو المهارات الاجتماعية .

وأيضاً نجد استجابة غير طبيعية للمثيرات البصرية لدى الطفل التوحدي فنجده يستجيب للأضواء المبهرة استجابات غير عادية ، وقد يصاحب ذلك نشاط زائد أحياناً .

• مشكلات في الاستجابة الدفاعية للضم :

يشير (محمد صبري وهبة، 2004) إلى أن هذه المشكلات يمكن أن تسبب مشكلة للطفل عند غسيل أسنانه بالفرشاة ، وهناك صعوبة عند فحص طبيب الأسنان له ، ونجده يصعب عليه تحمل بعض ملامس أطعمة معينة ودرجة حرارة أطعمة معينة .

ويشير ( خيري المغازي ، وليد خليفة ، 2006: 105 ) إلى أنه نظراً لمحدودية الخبرات التي يتعرض لها الطفل المتخلف عقلياً التوحدي فإن خبراته تكون قليلة مما قد ينعكس ذلك على كفاءة حواسه ، فالحواس تقود إلى الإدراك ، ومن ثم نجد أن الأطفال المتخلفين عقلياً التوحديين لديهم قصور في عمليات الإدراك مما يؤدي إلى قلة كفاءتهم في التعامل مع المواقف الاجتماعية والبيئية ، ويتطلب التغلب على هذه المشكلات ضرورة بذل الجهود المكثفة لتنمية حواس الطفل المتخلف عقلياً التوحدي عن طريق المثيرات البصرية والسمعية وتنمية الإدراك الكلي والانتباه .

• مشكلات في اللغة والكلام :

يشير (محمد رفقي محمود، 1987: 93 ) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً التوحديين يعانون من صعوبات متعددة في مجال اللغة لما لديهم من خصائص لغوية ناجمة عن التخلف العقلي تتضمن ما يلي :

1. يقل مستوى التجريد في لغة المتخلفين عقلياً التوحديين .
2. تقل كمية المنطوقات الصوتية بين المتخلفين عقلياً التوحديين كما قلت نسبة ذكائهم .

3. يعانون من نقص نسبي في اكتساب مفردات اللغة ، وفي القدرة على التعبير عن حاجاتهم ومشاعرهم وما يحسون به أو يجول بخاطرهم .
4. لا يحسنون الكلام ويبدو كلامهم مشوشاً وقريباً من لغة صغار الأطفال .
5. تقل كفاءة اللغة التي تؤثر بشكل سلبي على عملية التعلم الاجتماعي بشكل مباشر أو غير مباشر .

ويضيف ( وليد خليفة ، مراد عيسى :2006 ) إلى أن علاج صعوبات النطق وعيوب الكلام يقوم على أساس تشجيع الطفل المتخلف عقلياً التوحدي على المناقشة والتعبير وتوفير المنبهات اللفظية يساعد على تحسين حصيلته اللغوية ، وإصلاح عيوب نطقه ويمكن أن يقوم بذلك كل من الأب والأم في البيت ، والمدرس ، في الفصل. وذلك بتدريب الطفل باتباع الآتي :

1. توجيه الحديث للطفل والعمل على زيادة انتباهه من خلال تقليد كلام الآخرين وتشجيع الأنشطة اللغوية الاستكشافية المقدمة له .
2. تدريب الطفل المتخلف عقلياً التوحدي على التعبير بالكلام عن طريق المحادثة التليفونية فقد أثبتت فاعليتها .
3. تدريب الطفل المتخلف عقلياً التوحدي على الأنشطة التي تعتمد على الحوار وتبادل الأدوار لتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية .
4. تدريب الطفل المتخلف عقلياً التوحدي على البروفات اللغوية النشطة الشاملة فإنها مؤثرة وأكثر فاعلية من الطريقة التقليدية .
5. تدريب الطفل المتخلف عقلياً التوحدي على القراءة الشفوية عن طريق الصور فقد أثبتت فاعليتها في تعليمه وتدريبه .
6. تعزيز الطفل المتخلف عقلياً التوحدي عند النطق السليم أو التفوه باللغة .

7. مشاركة الوالدين كوسيلة في إجراءات التدريب على تنمية المهارات اللغوية حتى تكون أكثر كفاءة .

8. تدريب الأطفال التخلفين عقلياً التوحيديين يجب أن يصمم من خلال لغتهم اليومية والبيئية المحيطة بهم .

9. تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً التوحيديين على برنامج يتضمن منظومة لغوية تشجعهم وتنمى لديهم حب الاستطلاع والفهم والمعرفة والتساؤل مما ينعكس أثره على تنمية اللغة العادية .

10. استخدام القصص المشوقة والتي تعمل على إكساب الطفل المتخلف عقلياً التوحيدي المهارات اللغوية وتعديل سلوكه.

• مشكلات في التبول اللاإرادي :-

يشير ( وليد السيد خليفة ، 2007: 187-188 ) إلى أن كثير من الأطفال المتخلفين عقلياً التوحيديين يتأخرون في ضبط عملية الإخراج لأسباب نفسية وجسمية ونقص في التدريب على هذه العمليات وأنه من الضروري الاهتمام بدراساتها وعلاجها في عمر مبكر باتباع الخطوات التالية :

1. فحص الطفل طبياً وعلاج الأسباب الجسمية للتبول اللاإرادي مثل التهابات الكلى والمثانة وحمضية البول الزائد والتهابات العمود الفقري وغيرها .

2. وضع برنامج تدريبي للطفل ينظم زهابه للحمام قبل وفي أثناء وبعد النوم .

3. دراسة مشاكل الطفل النفسية وتحسين ظروف البيئة من حوله وتحسين أساليب معاملته.

4. تبصير الطفل بالمشكلة وبقدرته على العلاج وتشجيعه على التعاون في تنظيم مواعيد زهابه إلى الحمام .

## دور الأسرة في التغلب على مشكلات الطفل التوحدي :

للأسرة دور فعال في التغلب على كثير من مشكلات طفلها التوحدي وذلك من خلال تقديم الخبرات والمهارات التي تزيد من ثقته بنفسه من خلال برامج تجعله يتغلب على كثير من مشكلاته .

ويشير ( محمود على محمد، 2004) إلى أنه يجب أن يحتوى البرنامج الذي يقدم للطفل التوحدي على المثيرات البصرية والتكنولوجية عند التطبيق ، فمثلاً تشترك الأسرة مع طفلها التوحدي في فتح جهاز التلفزيون ، ويجب أن يشتمل برنامج تدريب الطفل التوحدي على العاب وترفيه وإشباع رغبات الطفل في الأنشطة واللعب بالصلصال والرمال وأن يميل الطفل إلى أن يبحث عن التسلية في البرامج . ويوضح ( محمد صبرى وهبة ، 2004) أن الأسرة تلعب دوراً مهماً في عملية تدريب التوحدي ولكن ذلك يجب أن يخضع لعملية تأهيل أسرى أساسه التثقيف والتوعية عن طريق فريق يضع أهدافه المختص والأخصائي الاجتماعي حيث استخدام الندوات والمناقشات والمحاضرات التثقيفية لتوعية الأسرة بدورها في مساعدة الطفل التوحدي على التدريب بشكل جيد .

ويؤكد (فتحى السيد عبد الرحيم ، 1981: 153) على دور الأسرة بالنسبة للطفل المتخلف عقلياً التوحدي من خلال سببين رئيسيين هما :

- أن هذا الطفل يميل لأن يكون عرضة لمواقف الضغط والتوتر – سواء داخل المنزل أم خارجه – لدرجة أكبر مما يواجهه الطفل العادي . يواجه الطفل المتخلف عقلياً التوحدي قدرأ من الإحباط يفوق ما يواجهه غيره من الأطفال . كذلك فإن قدرة الطفل المتخلف على المحافظة على دور الصداقة ودوره بين جماعة الرفاق أقل بالمقارنة بالأطفال الآخرين .

• يضاف إلى ذلك أن الطفل المتخلف لا يستطيع المنافسة في الأنشطة العقلية بنفس الدرجة التي يتمتع بها سواه من الأطفال ، مثل هذه الفروق يمكن أن تنتج استجابات عاطفية متطرفة من جانب الوالدين تتراوح ما بين الحماية الزائدة والرفض الصريح للطفل .

يتضمن أهمية دور الأسرة بالنسبة للطفل المتخلف عقلياً التوحدي أنه يكمن في أهمية إدراك حقيقة مؤداها أنه على الرغم من حاجة الطفل المتخلف عقلياً التوحدي الماسة إلى ظروف أسرية متوازنة وثابتة من الناحية العاطفية والانفعالية فإن حالة التخلف عند الطفل تميل بطبيعتها إلى خلق الوضع العكسي لإشباع هذه الحاجة ، في كثير من الأحيان وجد أن التخلف يخلق موقفاً انفعالياً مشحوناً للغاية في محيط الأسرة مما يضع الطفل في موقف يتسم بعدم الاستقرار .

# الفصل الرابع

## الدراسات والبحوث السابقة

### مقدمة

سوف أقوم في هذا الجزء من الكتاب بعرض لأهم الدراسات التي تناولت البرامج التدريبية السلوكية لتعديل سلوكيات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من فئة التوحيدين والذين يعانون من اضطرابات التوحد ، والذين هم في حاجة دائمة للدعم من خلال برامج تدريبية سلوكية علاجية ، وذلك للتخفيف من اضطراباتهم النفسية والسلوكية والتي تتمثل في سوء توافقهم مع أقرانهم من الأسوياء في المجتمع .

وقد قمت بتصنيف الدراسات السابقة إلى عدة محاور بناءً على المتغيرات :

#### • المحور الأول :

دراسات تناولت برامج سلوكية عامة في التقليل من سوء التوافق لدى الأطفال المعاقين عقلياً .

#### • المحور الثاني :

دراسات تناولت اضطراب التوحد عند الأطفال التوحيدين .

#### • المحور الثالث :

دراسات تناولت العلاج والعلاج بالفن للأطفال التوحيدين .

#### • المحور الرابع :

1. دراسات تناولت علاج اضطراب اللغة والكلام لدى الأطفال التوحيدين .

2. دراسات تناولت استخدام العلاج باللعب في تخفيف اضطراب اللغة والكلام لدى الأطفال التوحيدين وتنمية اللغة والتواصل بينهم .

## دراسات تناهت برامج طلو كبة عاطفة في التقليل من طوء

### التوافق لدى الأطفال المعاقين عقلياً :

1. دراسة فيوليت فؤاد إبراهيم (1992): بعنوان "فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم". وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم ، وتكونت العينة من (24) طفلاً وتتراوح نسب ذكائهم بين (50- 70) وقسموا إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية (اختبار ستانفورد بينية لقياس الذكاء – قائمة الصحة العالمية المقننة – مقياس السلوك التوافقي إعداد/ صفوت فرج وناهد رمزي، 1958م – برنامج تعديل السلوك إعداد الباحثة) وقد استخدم البرنامج فنيات المنحي السلوكي والنمذجة لتعديل بعض أشكال السلوك التوافقي والاستقلالي، وأسفرت نتائج الدراسة عن: (لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم – وأنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح أطفال المجموعة التجريبية وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم – وأنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ومتوسطات المجموعة التجريبية بعد المتابعة وذلك لصالح أطفال المجموعة التجريبية، وأنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ونفسها قبل التطبيق



وبعده وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل التطبيق ومتوسطات درجاتهم بعد التطبيق وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل المتابعة ومتوسطات درجاتهم بعد المتابعة وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل المتابعة ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد المتابعة وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم).

2. دراسة أموال عبد الكريم (١٩٩٤): بعنوان "فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً" وهدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً وذلك من خلال التركيز على ثلاث مهارات هي مهارة التعبير عن الامتنان بقول شكراً، ومهارة التعبير عن الاعتذار بقول آسف، ومهارة التعبير عن الاستئذان بقول من فضلك، وتكونت عينة الدراسة من (١٢) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٦ - ٩) سنوات من المعاقين عقلياً بمركز رعاية وتأهيل المعاقين في إمارة أبوظبي مقسمين إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، واستخدمت اختبار رسم الرجل، ومقياس المتاهات، ومقياس السلوك التكيفي، إلى جانب استمارة ملاحظة السلوك، والبرنامج التدريبي، وأكدت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في إكساب أفراد العينة المهارات الاجتماعية موضوع التدريب، وحدث انخفاض كبير في كم السلوكيات غير المرغوب فيها.

3. دراسة جومبل (Gumpel, 1994) : بعنوان "فاعلية نموذج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم". واستهدفت الدراسة تطوير نموذج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لأفراد متخلفين عقلياً قابلين للتعلم وذلك من خلال برنامج تدريبي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وتكونت عينة الدراسة من (34) من الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة العقلية تتراوح أعمارهم بين (6-18) سنة واستخدمت الدراسة برنامج تدريبي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية باستخدام فنيات النمذجة والتدعيم باستخدام الحلوى إلى جانب التدعيم الاجتماعي، وأسفرت النتائج عن أن التدريبات السلوكية مع المتخلفين عقلياً أظهرت نتائج إيجابية في البداية واستمرارية التفاعل مع الأقران، وأن المجموعة التي استخدمت فنيتي النمذجة والتدعيم قد تحسنت بصورة أفضل في السلوك التوافقي الوظيفي من تلك التدريب على حل المشكلات للأفراد المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.

4. دراسة سهير شاش (2001): بعنوان "فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم". وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات وأثرها في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ومن بعض هذه المهارات مهارة التواصل، العلاقات الاجتماعية مهارات احترام المعايير الاجتماعية وذلك في نظام دمج للأطفال المتخلفين مع الأطفال الأسوياء في المدارس العادية، وتكونت عينة الدراسة الكلية

من (80 طفلاً) ومنهم (50 طفلاً) متخلف عقلياً، و(30) طفلاً من العاديين كعينة استطلاعية، وقد استخدمت النمذجة في تصميم البرنامج، واستغرق تطبيق البرنامج مدة شهرين، وقد أثبتت النتائج فعالية البرنامج المعد في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم في مجموعة الدمج وانتكاسة في مجموعة العزل التي لم تتعرض للبرنامج، وذلك في المهارات الاجتماعية التي تم التدريب عليها، وقد يرجع ذلك إلى أن مجموعة الدمج مع الأطفال العاديين قد استفادوا من فعاليات أنشطة البرنامج واستطاعوا توظيف وتعميم المهارات الاجتماعية التي تم التدريب عليها واكتسابها في حياتهم اليومية.

5. دراسة العربي محمد زايد (2003): بعنوان "فاعلية التدريب على استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثرها في خفض السلوك الانسحابي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم". وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم باستخدام جداول النشاط المصور وأثرها في خفض السلوك الإنسحابي، فقد سعى الباحث إلى إعداد برنامج يوفر الحد الأدنى من إعدادهم للحياة وذلك من خلال تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم على أنشطة واقعية وعملية ذلك لتحقيق نوعاً من الاستقلالية والتفاعل الاجتماعي، وقد شمل البرنامج جداول النشاط المصورة، هذا وقد ضم برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية عدة أبعاد هي: التعاون والمشاركة، التفاعل الاجتماعي – مهارة تكوين الأصدقاء – إتباع القواعد والتعليمات – التعبير الانفعالي – مهارة حل المشكلات والمهارات الاجتماعية المدرسية، وتألّفت عينة الدراسة من (10) أطفال معاقين عقلياً (5) مجموعة تجريبية (5) مجموعة ضابطة ممن تتراوح أعمارهم (9-12)

عام وقد استغرق التدريب ستة أشهر، وأسفرت نتائج الدراسة: عن أهمية الجداول المصورة في إحداث تنمية المهارات الاجتماعية والمتماثلة في أبعاد البرنامج الذي حددته الدراسة والذي من شأنه أن يحقق قدراً معقولاً من التوافق مع الآخرين في البيئة المحيطة وبالتالي قل السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال واستمرار التحسن بعد فترة المتابعة التي استمرت شهرين.

6. دراسة أحمد علي عبد الله الحميضي (2004): بعنوان "فعالية

برنامج سلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم"، وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم الذين يعانون من نقص المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة وذلك من خلال التدريب على البرنامج السلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين تجريبية وضابطة ومتجانستين من حيث العمر والجنس ودرجات الذكاء ودرجات المهارات الاجتماعية وتتكون كل مجموعة من (8) أطفال، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم "المجموعة التجريبية" قبل وبعد البرنامج السلوكي لصالح القياس البعدي - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم "المجموعة الضابطة" على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة بين القياسين القبلي والبعدي - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة

من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة بعد تطبيق البرنامج السلوكي لصالح أفراد المجموعة التجريبية .

7. دراسة ميادة محمد علي أكبر (2006): بعنوان "فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي وأثر ذلك في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض داون". وهدفت الدراسة إلى تنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي، وأثر ذلك في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" وذلك من خلال برنامج تدريبي، وتكونت عينة الدراسة من (32) طفلاً وطفلة من المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون"، وتراوحت أعمارهم ما بين (6-12) عاماً، ونسب ذكائهم ما بين (50-70) درجة، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وروعي التجانس بينهما في كل من السن، والذكاء، والمستوي الاجتماعي الاقتصادي والجنس، واستخدمت الباحثة مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم، ومقياس مهارات التواصل اللفظي للأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم، وبرنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي للأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم. إلى جانب مقياس الذكاء، ومقياس لتقدير المستوي الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية، واستمارة جمع البيانات الأولية، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية نتيجة تعرضها للبرنامج الإرشادي على متغيرات الدراسة مهارات اجتماعية ومهارات التواصل اللفظي، كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في متغيرات الدراسة.

8. دراسة ريمين جوتن (Remington, 2007) : بعنوان "فعالية التدخل المبكر القائم على المهارات الاجتماعية وأثره على السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم". وهدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية التدخل المبكر القائم على المهارات الاجتماعية ( الاستقلال – التعامل بالنقود ) لتعديل السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وطبقت الدراسة على مجموعة تجريبية قوامها (23) طفلاً من أطفال ما قبل المدرسة من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وتم التدريب على بعض المهارات الاجتماعية ( الاستقلال – التعامل بالنقود ) وذلك على مدى عام دراسي، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروقاً دالة إحصائية في المهارات اللغوية ومهارات الحياة اليومية والسلوك الاجتماعي الإيجابي لصالح المجموعة التجريبية.

9. دراسة سيفرز (Seevers, 2008) : بعنوان " فعالية برنامج سلوكي قائم على المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم". وهدفت إلى الكشف عن فعالية برنامج سلوكي قائم على المهارات الاجتماعية والتي تضمنت التفاعل مع الآخرين: التعامل مع الأطفال الآخرين والتعامل مع أفراد العائلة والتعامل مع الأصدقاء والتعامل مع الكبار لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وطبقت الدراسة على (8) أطفال من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ولديهم قصور واضح في المهارات الاجتماعية وتم تدريب عينة الدراسة على بعض المهارات الاجتماعية وذلك من خلال برنامج تدريبي، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية والتي تضمنت التفاعل مع الآخرين: التعامل مع الأطفال الآخرين والتعامل مع أفراد العائلة والتعامل مع الأصدقاء والتعامل مع الكبار وتعديل السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.

## • المحور الثاني :

### دراسات تناولت اضطراب التوحد عند الأطفال التوحدين :

1. دراسة لمياء عبد الحميد بيومي ( 2008 )

بعنوان "فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحدين " .

**هدف الدراسة :** تقديم برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحدين . وقياس مدى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحدين وتزويد المسؤولين عن إعداد البرامج التدريبية لهذه الفئة ببرنامج يساهم في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحدين .

**مجينة الدراسة :** تكونت من ( 12 ) طفل تتراوح أعمارهم الزمنية بين ( 9 – 12 ) سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما ضابطة ( 6 ) أطفال منهم ( 3 ذكور-3 إناث ) والأخرى تجريبية ( 6 ) أطفال منهم ( 3 ذكور-3 إناث ) .

**نتائج الدراسة :** ظهرت في وجود فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدى على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد وذلك لصالح المجموعة التدريبية .

2. دراسة فايذة إبراهيم الجيزاوي ( 2008 )

بعنوان " فاعلية برنامج سلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحدين " .

**هدف الدراسة :** يكمن في تقديم إطار نظري متكامل حول إعاقة التوحد

مفهومها وأسبابها وتشخيصها والأساليب العلاجية .

الكشف عن مدى فاعلية برنامج سلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحيديون .

**عينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال التوحيديون عددهم (10) أطفال وأعمارهم تتراوح بين (4-7) سنوات ، حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية أولى وعددهم (5) أطفال وطبق عليهم البرنامج السلوكي ، ومجموعة تجريبية ثانية وعددهم (5) أطفال وطبق عليهم برنامج النشاط المصور .

**نتائج الدراسة :** أشارت النتائج إلى :

فعالية البرنامج السلوكي في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى أفراد العينة التجريبية الثانية من الأطفال التوحيديون .

فعالية برنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى أفراد العينة التجريبية الثانية من الأطفال التوحيديون .

فعالية البرنامج السلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية التعبيرات الانفعالية بعد القياس البعدى لدى أفراد العينة التجريبية الأولى ، والتجريبية الثانية من الأطفال التوحيديون لصالح أفراد العينة التجريبية الثانية من النشاط المصور .

استمرار فعالية البرنامج السلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية التعبيرات الانفعالية بعد انتهاء فترة المتابعة لدى أفراد العينة التجريبية الأولى والتجريبية الثانية من الأطفال التوحيديون .



### 3. دراسة مجدي فتحى غزال ( 2007 )

بعنوان " فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان " .

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى فعالية برنامج تدريبي لتطوير المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من مجموعتين : مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية ، كل منهما من (10) أطفال من الذكور يعانون من اضطراب التوحد وتتراوح أعمارهم بين (5-9) سنوات .

نتائج الدراسة : تلخصت نتائج الدراسة في :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0،05) في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على القياس البعدى لصالح أفراد المجموعة التجريبية .

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0،05) في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على قياس المتابعة لصالح أفراد المجموعة التجريبية .

### 4. دراسة رضا عبد الستار رجب كشك ( 2007 )

بعنوان " فعالية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين " .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية التدريب على برنامج التواصل باستبدال الصور في تنمية مهارات التواصل الوظيفي ( الطلب - الاختيار - الاعتراض - التعليق - الانتباه المشترك - التقليد ) لدى

الأطفال التوحديين وتقديم برنامج تدريبي لعينة من الأطفال التوحديين لتنمية مهارات التواصل الوظيفي .

**عينة الدراسة :-** تكونت عينة الدراسة من (8) أطفال توحديين وأمهماتهم (6 ذكور- 2 إناث) ، وتراوح أعمارهم ما بين (9 -12) سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية ( ثلاثة ذكور- واحدة من الإناث ) ، والأخرى ضابطة ( ثلاثة ذكور- واحدة من الإناث ) ، مع مراعاة التجانس بين المجموعتين .

**نتائج الدراسة :-** تكمن في تنمية مهارات التواصل الوظيفي التي تعتمد على المثيرات البصرية وجوانب القوة لدى أطفال التوحد .

5. دراسة هنري سيلفر : Silver ,Henry ,E.T (2006)

**بعنوان " الخطأ والثواب في التدريب الانفعالي القصير يحسن من التعرف على انفعالات الوجه عند المصابين بالاضطراب التوحدي - دراسة تمهيدية- "**

**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى تأثير التدريب على الانفعالات وعلى التعرف على انفعالات الوجه ، ثم توضيح الخلل في التواصل الانفعالي قد يكون عامل هام في ضعف الأداء عند الأطفال التوحديين .

**عينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من (23) طفلاً وطفلة في سن ما بين (5-8) سنوات وخضعت أفراد العينة لثلاث جلسات تدريبية في الأسبوع باستخدام برنامج التدريب على الانفعالات بالكمبيوتر .

**نتائج الدراسة :** قد توصلت الدراسة إلى أن البرنامج يحسن من التعرف على انفعالات الوجه عند الأطفال المصابين بالتوحد .

6. دراسة : سويني Swaine (2004)

**بعنوان " تعليم مهارات اللغة للأطفال ذوي اضطراب التوحد عن طريق**

استخدام القصص الاجتماعية".

**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى توضيح فعالية استخدام القصص الاجتماعية مركبة مع لعب الدور في تحسين المهارات اللفظية العملية لأثنين من أطفال التوحد ذوى الأداء المرتفع في مرحلة المدرسة ، وهل يستطيع هؤلاء الأطفال الاحتفاظ بالتأثيرات العلاجية التي تم تحقيقها .

**عينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من اثنين من الأطفال الذكور ذو اضطراب التوحد المرتفع في سن المدرسة ، وأحد عشر طفلاً من أقرانهم من نفس السن والجنس من ذوى النمو العادي .

**نتائج الدراسة :** أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية استخدام القصص الاجتماعية مركبة مع لعب الدور في تنمية مهارات المبادأة ، ومهارات الطلب ومهارات التعليق ، وقد تم ملاحظة ذلك أثناء التفاعلات الثنائية بين الأطفال التوحديين ، وأقرانهم ذوى النمو العادي .

7. دراسة توبين ، ك , Towbin,K (2003)

**بعنوان " إستراتيجيات من أجل العلاج الدوائي للتوحدي ، وزملة الأسيرجير "**  
**نتائج الدراسة :** توصلت نتائج الدراسة إلى أنه كلما اكتشفنا معرفة أكثر بالناقلات العصبية التي تسهل عملية السلوكيات المتكررة ، ونظم المكافأة والإدراك والاجتماعي كلما توفرت أسباب تدعونا للاعتقاد بأن معالجتنا سوف تصبح أكثر حنكة وحرفية .

8. دراسة تونج ، وبيرتون ، وآخرون Tong & Breton,et al (2004)

**بعنوان " قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدي "**

**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى التأكد من إمكانية استخدام قائمة

لفحص سلوك الطفل التوحدي ، وتقييمه ومتابعته .

**مخينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من (120) طفلا وطفلة من الأطفال التوحيديون وعينة ضابطة من الأطفال المتخلفين عقلياً .

**نتائج الدراسة :** توصلت إلى أن الأطفال التوحيديون لهم بروفيل خاص باضطرابات التواصل والمشكلات الاجتماعية ، والانفعالية ، والسلوكية .

9. دراسة رومانو Romano (2002)

**بعنوان " هل القصص الاجتماعية فعالة في تعديل السلوك لدى الأطفال ذوو اضطراب التوحد" .**

**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى فحص تأثيرات تدخل القصة الاجتماعية على ثلاث سلوكيات مستهدفة هي التواصل غير الملائم ، والعدوان ، والمشاركة الاجتماعية غير الملائمة لدى مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد .

**مخينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من (10) أطفال من ذوي اضطراب التوحد ، تتراوح أعمارهم ما بين (4- 8) سنوات .

**نتائج الدراسة :** أوضحت فعالية استخدام القصص الاجتماعية في خفض السلوكيات المضطربة ( التواصل غير الملائم – العداوات – المشاركة الاجتماعية غير الملائمة ) وذلك لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد .

10. دراسة محمد شوقي عبد المنعم (2004)

**بعنوان " فعالية برنامج إرشادي فردي لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحيديين (الأوتيزم) " .**

**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى الكشف عن فعالية برنامج إرشادي فردي لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحيديين

( الأوتيزم ) ، بالإضافة إلى تقديم إطار نظري متكامل حول إعاقة التوحد من حيث مفهومه وأسبابه وتشخيصه .

**مجينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من (10) أطفال توحديون وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية ( تكونت من 5 أطفال ) والأخرى ضابطة ( تكونت من 5 أطفال ) .

**نتائج الدراسة :** أظهرت نتائج الدراسة فعالية في تنمية مهارات التواصل اللغوي التي تضمنها البرنامج وهي مهارة الإسماع – التعرف – التحدث .

11. دراسة هالة فؤاد كمال الدين (2001)

**بعنوان " تصميم برنامج لتنمية السلوك والاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد .**

**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى تصميم برنامج عربي لإكساب مهارات السلوك والاجتماعي للأطفال التوحديون .

**مجينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من (16) طفلاً مصاباً بأعراض التوحد تتراوح أعمارهم ما بين (3-7) سنوات .

**نتائج الدراسة :** توصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروقاً دالة إحصائية بين درجات المجموعات التجريبية في القياس القبلي ، ودرجاتها في القياس البعدي لصالح القياس البعدي في الجوانب التالية :-

- انخفاض مستوى الأداء المميز للطفل التوحدي على قائمة السلوك التوحدي.
- ارتفاع معدل ظهور الألفاظ الجديدة ، وذات المقاطع المتعددة في استمارة السلوك اللفظي.

- انخفاض مستوى اضطراب التوحد الاجتماعي ، لارتفاع مستوى التفاعل واللعب المستقل البناء في استمارة التفاعل .
- انخفاض مستوى الخصائص المميزة للطفل التوحدي لدى المجموعة التجريبية بحيث تنتمي إلى فئة الأطفال شبيهة التوحد ، وإنما استمرت المجموعة الضابطة في انتمائهم إلى فئة الأطفال التوحيديون .
- ارتفاع معدل التفاعل واللعب البناء المستقل في استمارة التفاعل الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية .

12. دراسة سها أحمد أمين (2001)

**بعنوان** " مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحيديون "

**هدف الدراسة** : البرنامج العلاجي مخطط يستند على مبادئ وفنيات علاجية متعددة ، يتضمن مجموعة من الأنشطة والألعاب والممارسات اليومية ، وذلك من أجل تقديم خدمات علاجية للطفل التوحدي ، بهدف تنمية مهارات الاتصال اللغوي ، وهو برنامج يركز على العلاج السلوكي ، والعلاج بالموسيقى ، والعلاج بالفن ، والعلاج باللعب .

**عينة الدراسة** : تكونت عينة الدراسة من (30) طفلاً كعينة استطلاعية (10) أطفال كعينة تجريبية (8 ذكور، 2 إناث) ، تتراوح أعمارهم ما بين (8-12) سنة درجة الذكاء من (50-70) .

**نتائج الدراسة** : أظهرت النتائج تحسناً في درجة الاتصال اللغوي لأطفال العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ، واحتلت مهارة التقليد ، والتعرف والفهم والانتباه المراكز الأولى في تنمية مهارات الاتصال اللغوي لدى عينة الدراسة .

13. دراسة روفمان وآخرون (2001) Rufiman et al

بعنوان " الفهم الاجتماعي لدى التوحيديون : نظرة العين كقياس للإدراكات الجوهريّة".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى فحص ما إذا كان المقياس السلوكي لنظرة العين أفضل في تمييز الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن مجموعة الأطفال ذوي صعوبة التعلم المتوسطة ، وما إذا كان فهم الأطفال ذوي اضطراب التوحد يتوسط بصورة لفظية من الناحية الأولية .

معيّنة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (28) طفلاً من ذوي اضطراب التوحد 23 طفلاً من ذوي صعوبة التعلم المتوسطة .

نتائج الدراسة : توصلت النتائج إلى أن نظرة العين أفضل من الأداء اللفظي في تمييز الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن الأطفال ذوي صعوبة التعلم المتوسطة فالأطفال ذوو التوحد لا ينظرون إلى الموقع الصحيح في توقع عودة شخصية القصة في المهام الاجتماعية ، ولكنهم ينظرون إلى الموقع الصحيح في المهمة غير الاجتماعية المحتملة .

كما أوضحت النتائج أنه داخل المجموعة التي تتضمن الأطفال من ذوي إضراب التوحد فإن الأطفال الذين ينظرون أقل إلى الموقع الصحيح يعانون من خصائص التوحد الحادة ، كما أوضحت النتائج أنه بينما يرتبط الأداء اللفظي بالقدرة اللغوية العامة في مجموعة التوحد فإن نظرة العين لا ترتبط بهذه القدرة .

14. دراسة موري . س (2001) Mori,S

بعنوان " دور الخبرة بهدف ذاتي في علاج طفل توحيدي : من الرقود على الأرض

إلى التحليق في الفضاء".

**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى تحقيق اندماج الطفل مع العالم الواقعي من خلال المعالجة باعتبارها أم حانية تستطيع أن تخرجه رويداً رويداً من عزلته .

**عينة الدراسة :** تمثلت عينة الدراسة في طفل ياباني يسمى (Moto) عمره في بداية العلاج أربع سنوات ، وامتدت الدراسة إلى سبع سنوات .

**نتائج الدراسة :** بعد مرور فترة العلاج ظهر التحسن التدريجي على الطفل حيث كان شغوفاً بالذهاب إلى المدرسة ، وقلت سلوكياته النمطية وعدوانيته ، كما زاد تواصله مع الآخرين ، وخروجه من عزلته ، وتطورت حالته إلى الأفضل .

15. دراسة عمر بن الخطاب خليل (1994)

**بعنوان " خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحد (الأوتيسية) على اختبار ايزنك لشخصية الأطفال "**

**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى التعرف على خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحد على اختبار (ايزنك) لشخصية الأطفال ، خاصة في ضوء ما تعانيه العيادات المصرية من قصور واضح – من وجهة نظر الباحث – في أساليب تشخيص هذا الاضطراب فضلاً عن أن مشكلة الأطفال المصابين بالتوحد ، أنهم قد يشخصوا على أنهم أطفال مصابون بالتخلف العقلي في حين أن الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض العقلية (1994) لا يصف التوحد تحت مسمى التخلف العقلي ، ولكن يصنفها تحت الاضطرابات السلوكية ، ومن ثم فهناك فروق واضحة بين التخلف العقلي واضطراب التوحد .

**عينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من مجموعتين (1) مجموعة الأطفال المصابين بالتوحد ، عددهم (25) طفلاً ، متوسط أعمارهم ما بين (2-6) سنة (2)



مجموعة الأطفال الأسوياء، عددهم (25) طفلاً، متوسط أعمارهم ما بين (2-6) سنة .  
**نتائج الدراسة :** أوضحت الدراسة أن الأطفال الأسوياء أكثر انبساطية من الأطفال المصابين بالتوحد ، وكان الأطفال المصابين بالتوحد عصابين عند مقارنتهم بالأسوياء . وكان هذا معناه أن نعتيرهم أطفال شديدي الانطوائية نتيجة لاضطرابهم ، ومن ثم فإن النتائج تصف الأطفال المصابين بالتوحد بأنهم أكثر انطوائية من أقرانهم الأسوياء كنتيجة لخصائص الاضطراب .

16. دراسة لوف ستيفن (Love,Steven,1994)

**بمعنوان "** إدراك وإظهار التعبيرات الوجهية من جانب الأطفال التوحديون "**.**  
**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى إظهار التعبيرات الوجهية لدى الأطفال المصابون بالتوحد .

**مهيئة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات من الأطفال الذكور تتراوح أعمارهم ما بين (8-15) سنة ، وهم مجموعة من الأطفال التوحديون ومجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً ، ومجموعة من الأطفال العاديين . وتمثلت الأدوات في مجموعة من التسجيلات الصوتية والمرئية تتضمن عواطف : السعادة - الحزن - الغضب - التقديس ، وقد اشتملت التسجيلات السمعية على المحتويات اللفظية ، وكان طول المادة اللفظية في التسلسل العاطفي محدود بين (4-10) كلمات.  
**نتائج الدراسة :**أوضحت نتائج الدراسة صعوبة إظهار الأطفال التوحديون للتعبيرات العاطفية الوجهية ، أما العاديين فقد أنجزوا تلك المهمة بنجاح ، وكان لدى المتخلفين عقلياً صعوبة في إظهار التعبيرات الوجهية ، ولكن بدرجة أقل من الأطفال التوحديون.

17. دراسة حسنى إحسان حلواني (1996)

بمعنـوان " المؤشـرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية" .

**هدفـة الدراسة :** تهدف الدراسة إلى التوصل لتشخيص فارق للأطفال التوحيديين قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً والأسوياء من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية وقوائم الملاحظة .

**مهيـنة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من (27) طفلاً ، تتراوح أعمارهم ما بين (6-15) سنة وأيضاً (27) طفلاً من المتخلفين عقلياً بمدينة جدة ، تراوحت أعمارهم ما بين (6-13) سنة ، وتضمنت (27) طفلاً من الأسوياء ، تتراوح أعمارهم بين (6-8) سنوات .

**نتائج الدراسة :** أسفرت نتائج الدراسة على أن الأطفال التوحيديون هم أكثر الأطفال في المجموعات الثلاثة انخفاضاً في مهاراتهم الاجتماعية ،بالإضافة إلى أن قدراتهم اللفظية تعد منخفضة.

18. دراسة ايلين ، شونزرتز : Schwartz, Ilene-s(1999)

**هدفـة الدراسة :** تهدف الدراسة إلى تقييم ثلاثة حالات أطفال توحيديون تلقوا خدمات تعليمية خاصة في مدرسة حكومية تطبق نظام الدمج في برنامج الطفولة المبكرة خلال سنوات ما قبل المدرسة .

**مهيـنة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من الوثائق والسجلات كمصدر للبيانات لاختبار الوظائف لدى العينة الثلاثة ( وظائف الإدراك- السلوك الاجتماعي ) من عمر (4-7) سنوات .

**نتائج الدراسة :** أسفرت نتائج الدراسة عن نتيجة إيجابية في الوظائف محل الدراسة ، كما حدث تقدم أكاديمي ، ودخل الثلاثة أطفال المدرسة الابتدائية

وأستمر النجاح ، وخرج واحد منهم من التعليم الخاص ، وأشار الباحثون إلى أن هناك العديد من الطرق والوسائل التي تحقق نتائج إيجابية مع صغار الأطفال التوحديون .

### 19. دراسة سنها عليوة (1999)

**بمعنوان** "فعالية كل من برنامج إرشادي ، وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض التوحد" .

**هدفه الدراسة** : تهدف الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامجين إحداهما لتنمية المهارات الاجتماعية ، والثاني يعتمد على إرشاد وتوجيه أسر أطفال التوحديون ، وذلك لتخفيف أعراض اضطراب التوحد ومن هذه الأعراض القصور في الانتباه والتفاعل الاجتماعي .

**مينة الدراسة** : تكونت عينة الدراسة من (16) طفلاً وطفلةً نو اضطراب توحدي منهم (11) من الذكور ، (5) من الإناث بمتوسط عمري ما بين (8-10) سنوات ومتوسط ذكاء ما بين (81-58) .

**نتائج الدراسة** : توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية برنامج الدراسة ( المهارات الاجتماعية – الإرشاد الأسرى ) في تخفيف حدة أعراض اضطراب التوحد .

### 20. دراسة هـ . فليوبرج: Fluberg,H (2001)

**بمعنوان** " أثر لغة الأطفال التوحديون من الناحية النفسية على سلوكهم" .

**هدفه الدراسة** : تهدف الدراسة إلى المقارنة بين مجموعة من الأطفال التوحديون ، ومجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً من ذوى زملة داون ، وذلك في مجموعة أبعاد تضمنت التفاعلات الاجتماعية " .

**مجينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من (6) أطفال توحديون ،(6) أطفال متخلفين عقلياً ، تتراوح أعمارهم ما بين (4-7) سنوات .

**نتائج الدراسة :** أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين ، حيث كان الأطفال التوحديون يستخدمون كلمات أقل لجذب الانتباه ، والتعبير عن العمليات الإدراكية والانفعالية مما يجعلهم أكثر انسحاباً من المواقف التي تتسم بالتفاعل الاجتماعي، وذلك بالمقارنة بأقرانهم من التخلفين عقلياً .

### • المحور الثالث:

## دراسات تناولت العلاج والعلاج بالفن للأطفال التوحدين:

1. دراسة (Kanareff Rita Lain,2002)

**بعنوان** " برنامج علاج بالفن لتنمية المهارات الاجتماعية والتقليل من الأعراض المتلازمة لدى الأطفال التوحديون " .

**هدفه الدراسة :** تهدف الدراسة إلى الكشف عن أثر استخدام العلاج بالفن لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديون .

**مجينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من (4) أطفال من منطقة الغرب الأوسط لأمريكا وتم تقسيم المجموعات إلى قسمين (3) أطفال مستويات مختلفة من التوحد أما الطفل الرابع لديه مجموعة من أعراض متلازمة .

**نتائج الدراسة :** أسفرت نتائج الدراسة إلى أن هؤلاء الأطفال التوحديون أظهروا تحسن في مهاراتهم الاجتماعية وتطور في علاقتهم بالمجتمع وذلك نتيجة لبرنامج العلاج بالفن الذي كان يتم من خلال مرتين في الأسبوع لهؤلاء الأطفال .

2. دراسة **فهد بن سليمان الفهيد** (2007)

**بعنوان** " دور العلاج بالفن التشكيلي في تأهيل ذوي إصابات العمود الفقري

في مدينة الملك فهد الطبية".

**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى توضيح الدور الذي يقوم به العلاج بالفن في تأهيل ذوى إصابات العمود الفقري من خلال الرسم والتصوير والتشكيل المجسم والخيال الموجه والصور الذهنية والعلاج التروحي الفني ، وكذلك عرض بعض إستراتيجيات العلاج بالفن التشكيلي في تأهيل ذوى إصابات العمود الفقري وكذلك كشف المشكلات الانفعالية التي يعاني منها المصابون بأمراض العمود الفقري من خلال العينة وكيفية التعامل معها بالفن التشكيلي .

**عينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من ثلاث حالات من المصابين بالعمود الفقري تمت متابعتها بمستشفى التأهيل الطبي .

**نتائج الدراسة :** عرض الباحث من خلال النتائج الإستراتيجية التي تستخدم في وحدة العلاج بالفن ، وذكر عدد من التوصيات أهمها القيام بدراسة مماثلة موسعة من حيث عدد العينة لتكشف الإستراتيجيات المستعملة في مجال العلاج بالفن التشكيلي .

### 3. دراسة Karnerick Thelamz (1991)

**بعنوان "برنامج علاجي بالفن لطفل توحدي" .**

**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى تحسين مستوى الاتصال عند الطفل ومستوى القلق ، وزيادة إقباله على النشاطات والحياة الاجتماعية ، وتحسين مستوى تقديره لذاته ، وتحسين قدرته على التآزر الحركي البصري .

**أدوات الدراسة :** اشتملت أدوات الدراسة على البرنامج الذي اشتمل على نشاطات الرسم بأقلام فلوماستر ، ألوان مائية على الورق ، وعمل دمي وعرائس وغيرها من الأعمال الفنية ، كما تم تشجيع الأم على المشاركة في البرنامج

العلاج بعد تثقيفها لبعض التوجيهات الإرشادية في أساليب المعالجة .

**نتائج الدراسة :** أسفرت نتائج الدراسة إلى أنه بعد ثلاثة أشهر من العلاج بالفن تناقصت حدة غضب الطفل وتوتره بوضوح ، حيث زودته العملية الفنية بوسائل لبناء علاقات مستقرة مع المعالجة ، وأيضاً تخلص من الخبط العشوائي لذراعيه ويديه ببعضهما ، وإقلاعه عن إحداث أصوات غريبة ، وتحسن اتصاله بمن حوله ، كما أثبتت برامج العلاج بالفن فعاليتها للطفل من خلال تنمية مهاراته في استخدام الأدوات الفنية ، وتمكينه من التعبير عن العلم الداخلي وبيئته المحيطة وعن أشياء لم يكن يستطيع التعبير عنها بالكلام .

4. دراسة (Hawie et al, 2002)

**بعنوان " إطلاق الصور المحاصرة : الأطفال يُصرعون وقع هجمات 11 سبتمبر"**  
**هدف الدراسة :** هدفت الدراسة إلى منح الأطفال الذين فقدوا أحد أفراد أسرته في أحداث الحادي عشر من سبتمبر ، بيئة مدعمة وفرصة ليعبروا عن هذا الحدث بالطرق الفنية .

**مجينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من أطفال تراوحت أعمارهم ما بين سن الطفولة والمراهقة .

**أدوات الدراسة :** تولت هيئة الخدمات النفسية للأطفال والمراهقين مهمة تقديم الخدمات لهم ، وكانت مجموعة العلاج بالفن ذات نهايات مفتوحة وبدون تقديم موضوعات محددة .

**نتائج الدراسة :** أسفرت نتائج الدراسة على أن العلاج بالفن ساعد الأطفال والمعالجين على توفير بيئة آمنة يستطيعون فيها توضيح مخاوفهم واهتماماتهم وذلك عن طريق الأعمال الفنية التي قاموا بعملها أثناء عملية العلاج بالفن . فأظهر

بعض الأطفال تخيل وتنفيذ أبطال منقذين ، والبعض الآخر وجه العزاء والسلوان بينما أظهر البعض منهم مخاوفهم ولم يستطيعوا إلى الذهاب إلى أبعد من ذلك .

#### 5. دراسة فالنتينا وديع الصايغ (2001)

**بعنوان** "فاعلية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة من سن 9- 12 سنة".

**هدف الدراسة** : تهدف الدراسة إلى الكشف عن مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال الصم ، والكشف عن مدى فاعلية برنامج من الأنشطة الفنية الفردية والجماعية لتخفيض حدة السلوك العدواني لدى الصم .

**مجينة الدراسة** : تكونت عينة الدراسة من (40) طالب وطالبة من الأطفال الصم الذين تتراوح أعمارهم ما بين 9- 12 سنة من مدرسة الأمل بالمطرية ، وفي مستوى ذكاء متوسط .

**نتائج الدراسة** : أسفرت نتائج الدراسة عن أهمية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني للأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة .

#### 6. دراسة عوض بن مبارك الياامي (2004)

**بعنوان** "الأشكال البصرية والعلاج النفسي : نحو علاج معرفي سلوكي بالفن التشكيلي" .

**هدف الدراسة** : تهدف الدراسة إلى توضيح دور الفن في العلاج وتوضيح الأساليب الحديثة المختلفة التي ابتدعت في ميدان العلاج بالفن وأيضاً تأكيد الحاجة إلى العلاج بالفن في بيئاتنا المحلية وتوضيح عملي تجريبي لكيفية العلاج بالفن من خلال عرض لحالتين .

**مجينة الدراسة** : تكونت عينة الدراسة من حالتين قام بمتابعتهم في عيادته الخاصة .

**نتائج الدراسة :** أسفرت نتائج الدراسة على إن العلاج بالفن لا يقتصر على الأساليب الإسقاطية ، بل من الممكن الاستفادة من الأشكال البصرية حتى في منأى عن التحليلات السيكودينامية للرموز الفنية وتبعاً لذلك اقترنت النظرية المعرفية السلوكية في العلاج النفسي بالعلاج بالفن التشكيلي .

7. دراسة حنان حسن نشأت (1994)

**بعنوان** " أثر استخدام الفن التشكيلي في تعديل بعض المظاهر السلوكية من مرضى التخلف العقلي " .

**هدفه الدراسة:** تهدف الدراسة إلى تعديل المظاهر السلوكية لدى الأطفال ذو التخلف العقلي وذلك باستخدام الفن التشكيلي .

**مهيئة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من 25 طفلاً ذكور وإناث من مدارس النصر ، ومدرسة الرعاية الفكرية ، ومدرسة التربية الفكرية ، وتراوح أعمارهم ما بين 6- 15 سنة ، ومستوى ذكاء ما بين 35- 70 درجة .

**نتائج الدراسة :** أسفرت نتائج الدراسة عن حدوث تعديل في السلوك وتوجيه العدوان إلى مواقف أخرى تسمح بظهوره ولكن بطريقة لا عدوانية .

8. دراسة سحر حلمي غانم (2004)

**بعنوان** "دراسة لفاعلية العلاج بالفن في علاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي" .

**مهيئة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من (20) تلميذاً وتلميذةً تتراوح أعمارهم ما بين 8- 10 سنوات ممن يعانون من المخاوف المرضية .

**هدفه الدراسة :** تهدف الدراسة إلى تصميم وتطبيق برنامج للعلاج بالفن لعلاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي



من الجنسين ( ذكوراً وإناثاً ) ، وكذلك الكشف عن مدى استمرارية تأثير البرنامج خلال فترة متابعة مدتها 3 أشهر على الأقل من انتهاء البرنامج العلاجي .

**نتائج الدراسة :** أسفرت نتائج الدراسة عن تحقيق فروض الدراسة ، وتمت مناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة .

9. دراسة ( Kozłowska Hanny (2001

**بعنوان** " العلاج بالفن الجماعي مع الأطفال المصابين بالصدمة نتيجة للعنف وانفصال الوالدين".

**هدفه الدراسة :** تهدف الدراسة إلى علاج (5) من الأطفال لديهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة وذلك باستخدام العلاج بالفن الجماعي كما كان هؤلاء الأطفال يعانون من مشاكل مرتبطة بالصدمة .

**مينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من (5) من الأطفال لديهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة ، تتراوح أعمارهم ما بين 4- 8 سنوات .

**نتائج الدراسة :** أسفرت نتائج الدراسة على أن استخدام العلاج بالفن قد سهل تعرض الأطفال لسبب الصدمة بأسلوب أقل مباشرة وسمح في التقليل من حدة القلق والأحاسيس الجسدية .

10. دراسة ( Henley – David –R, 2002

**بعنوان** " نعم في التذكر : تعبير اصطلاحي كمؤثر في مجموعة العلاج بالفن عند الأطفال التوحيديون".

**هدفه الدراسة :** تهدف الدراسة إلى استخدام التعبير الاصطلاحي في مجموعة العلاج بالفن لتحديد القضايا التي يمكن علاجها .

**محنة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من (7) أطفال في مستوى عمر (8) سنوات لديهم اضطراب توحّد وزيادة في النشاط وتشتت في الانتباه .

**نتائج الدراسة :** أسفرت نتائج الدراسة عن تحسن ملحوظ في العلاقات الأسرية بين هؤلاء الأطفال وبين أسرهم .

11. دراسة (emery MelindaJ, 2004)

**بعنوان " العلاج بالفن للأطفال التوحّدين "**

**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى تنمية قدرات الأطفال التوحّدين على التواصل من خلال مناقشة رسوماتهم .

**محنة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من طفل واحد يبلغ (6) سنوات مصاب بمرض التوحّد .

**نتائج الدراسة :** أسفرت نتائج الدراسة إلى زيادة قدرات الطفل على التواصل من خلال تقدمه في الرسم الذي عبر من خلاله عن تقدم في أوضاع الثبات لديه .

12. دراسة (Marten – Necol, 2008)

**بعنوان " تقييم الوحدات المرسومة التي أنتجها الأطفال التوحّديون "**

**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى إمكانية العلاج بالفن لتنمية معالجة الانعزالية لدى الأطفال التوحّديين من خلال رسوماتهم .

**محنة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من (25) طفلاً من المصابين بالتوحّد (15) طفلاً من المصابين باضطراب عصبي قاموا جميعاً برسم لوحات .

**نتائج الدراسة :** أسفرت نتائج الدراسة على أن الأطفال التوحّديين كانوا أكثر مشاركة وتخاطب بالعلاج بالفن عن نظرائهم الذين يعانون من اضطرابات عصبية مما يتناقض مع توصيفهم بالانعزالية ، فكان استخدام الرسم بناء ناجح

ووسيلة ملموسة للدخول في علاقات تحمل في طياتها إمكانية العلاج بالفن لتنمية معالجة الانعزالية لدى الأطفال التوحديين .

13. دراسة (Gabrrelis,Robinl,2003)

**بعنوان** " العلاج بالفن للأطفال التوحديين وعائلاتهم " .

**هدفه الدراسة** : تهدف الدراسة إلى توضيح دور العلاج بالفن في مساعدة الأطفال التوحديين على النمو والتطور ، واكتساب وتعميم المهارات الأساسية التي يحتاجونها لمرحلة ما قبل المدرسة وأهمها مهارة الرسم .

وينبثق هذا الدور من الطبيعة الحسية لأدوات التربية الفنية التي تجذب انتباه الأطفال التوحديين ، وتحفزهم على المشاركة مع الآخرين ، وتقوم خطة العلاج بالفن على استغلال هذه الميزة للفن في تنمية المهارات الأساسية للطفل التوحدي ، ثم استخدام الأنشطة الفنية لتحسين وتقوية تفاعلات اجتماعية ذات هدف للأطفال التوحديين مع أقرانهم ، كما أن الأنشطة الجماعية للعلاج بالفن توفر مجالاً للمناقشة بين الوالدين والأقارب من جهة والطفل التوحدي من جهة أخرى لدعم كل منهم الآخر للوصول إلى أفضل صيغة للتعامل مع الطفل التوحدي .

#### • **المحور الرابع :**

(أ) **دراسات تناولت علاج اضطراب اللغة واللام لدى الأطفال التوحدين .**

1. دراسة ليبست وآخرون (2003, Lebist, et., al.,)

**بعنوان** " التعرف على طبيعة الكلام والصوت وضعف الاستماع الانتقائي لدى الأطفال التوحدين " .

**هدفه الدراسة** : هدفت الدراسة إلى معرفة الكلام والصوت وضعف الاستماع الانتقائي لدى عينة من الأطفال التوحدين تكونت من (9) أطفال توحدين تراوحت أعمارهم بين ( 5 - 8 ) سنوات والذين يظهرون بعض أنماط السلوك

الاجتماعي غير المناسبة وقصور عام في الانتباه واللغة المنطوقة ، واستخدمت الدراسة مجموعة من حوادث متعلقة بالجهد العقلي لفحص حساسية وتقدم الانتباه اليكر لأطفال التوحد للأصوات ، وكذلك فحص تقليدهم لنغمات سمعية بسيطة ، ونغمات سمعية معقدة ، فقد تم عرض مجموعة من الأصوات المتتالية والمتكررة بدءاً بالنغمات البسيطة فالمعقدة على عينة الدراسة ، حيث طلب منهم تمييز التغيرات الطارئة في الصوت ، ومحاولة تقليدها لفظياً ، وذلك بفهمهم للأوامر وتنفيذها ، إلا أن الدراسة أشارت إلى عجز أطفال التوحد في تمييز نغمات الصوت وما حدث لها من تغيير ، وقد أرجع الباحثون هذا العجز القصور في مهارة الانتباه والاستماع لديهم ، بالإضافة إلى عجزهم عن فهم الأمر .

## 2. دراسة أباد نايف نمر ( 2005 )

**بعنوان** " فعالية استخدام مشروع (ماكتون) في تطوير المفردات اللغوية ( المرحلة الأولى ) لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من التوحد في مدينة عمان ".  
**هدفه الدراسة** : هدفت الدراسة إلى قياس مدى فعالية استخدام مشروع (ماكتون) في تطوير المفردات اللغوية ( المرحلة الأولى ) لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من التوحد في مدينة عمان وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين ( تجريبية وضابطة ) وتألقت كل منهما من ( 10 ) أطفال يعانون من التوحد وتتراوح أعمارهم ما بين ( 8 - 16 ) سنة وطبق عليهم مقياس الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي كاختبار قبلي وبعدي .

**وأشارته نتائج الدراسة إلى** وجود فروق في مهارات الاتصال اللغوي لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق مشروع (ماكتون) في تطوير المفردات اللغوية ( المرحلة الأولى ) ، وبعده ، وكانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية .

### 3. دراسة كارمالي وآخرون ( Karmali,Et al ,2000 ) :

بمعنوان " اختزال الترددية والنكسة المرضية بتدريس الحساسية الانفعالية للأطفال التوحديين".

**هدفه الدراسة :** هدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية أثار استخدام تدريس فعاليات الحساسية في تخفيض الترددية والنكسة المرضية الشفوية لأربعة أطفال توحديين وتم إجراء تجربتين إحداهما تجربة مرشدة تؤدي إلى الحاجة للحصول على بيانات أكثر عن المشاركين بالإضافة إلى تحديد ما إذا كانت النتيجة مكررة وكان الغرض من كلى التجريبتين هو اختبار تأثير تدريس عوامل الحساسية العارضة على إصدار نماذج الانحراف الترددية وإحلال الترددية بالكلام المفيد وتم توجيه تعميم السلوك الشفهي الملائم لفئة أخرى وفي التجربة الأولى شارك فيها طفل توحدي عمره أربع سنوات عبر عن ترددات عالية للنكسة المرضية ، وتكونت التجربة الثانية من ثلاثة أطفال توحديين عبروا عن ترديد الكلام بطريقة غير ملائمة للموقف وتم تسجيل سلوك الأطفال بواسطة المعلم ، وتراوحت المدة في كل جلسة تدريبية بين ( 10 – 20 ) دقيقة ، وتم وضع السلوك الشفهي الملائم في الاعتبار وإهماله النكسة المرضية من خلال الدورات التدريبية أظهرت نتائج هذه الدراسة حدوث انخفاض في السلوك المرضى وزيادة الترددية الملائمة والسلوك الشفهي الملائم .

### 4. دراسة تالول وآخرون ( Tallol.p et al., 1998 )

بمعنوان " العجز في تعليم اللغة وكيفية علاجه لدى الأطفال التوحديين".

**هدفه الدراسة :** تهدف الدراسة إلى التعرف على طبيعة العجز في تعلم اللغة وكيفية علاجه لدى الأطفال التوحديين ، وأشار الباحث بأن المؤشرات الضرورية

في الموجات الصوتية للحديث الخاصة بإيقاف أو استمرار المحادثة تقدم لنا معلومات هامة للتعرف على كيفية عمل وقفات مناسبة في إشارات الحديث المستمر وان معدلات الإدراك المؤقت هي السبب الرئيسي في عمل وقفات أو تقطيع في المحادثة مما ينتج عنه قصوراً واضحاً ومحدداً في تعليم اللغة كما أن العجز أو القصور في العمليات الصدىية يكون أكثر ارتباطاً بظهور فروق واضحة في معدلات الصوت والمحادثة ، كما أشارت دراسات رسم الخلايا الأحادية الكهرو فسيولوجية للقشرة الحسية بالمخ بأنه يمكن تعديل الدوائر العصبية بعد إجراء تدريب على الإدراك المؤقت ، وتم دمج هذين الاتجاهين للبحث عما يمكن تعديله في القصور الرئيسي لتعليم اللغة عن طريق عمل تدريب تكيفي يهدف إلى خفض عتبات الإحساس المتكاملة الصدىية ، وفي نفس الوقت تم تطوير برنامج كمبيوتر لتوسع وتعزيز الوقفات الصوتية المتغيرة والمختصرة بسرعة في الحديث المتصل وذلك بإجراء تدريبات تخاطبيه ولغوية مكثفة لأطفال التوحد وقد أشارت النتائج إلى حدوث تحسن كبير في عتبات الإحساس المتكاملة الصدىية ، كما حدث تحسن في القدرة على استيعاب أو فهم اللغة والمحادثة عند الأطفال ذوي العجز الرئيسي في تعلم اللغة .

5. دراسة رامبرج وآخرون Ramberg-c, Et al, 1996

بمعنوا " اضطراب اللغة والوظائف النمطية لدى الأطفال التوحديين في سن المدرسة "

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى معرفة الفروق الجماعية في اللغة والوظائف النمطية لمجموعة من الأطفال التوحديين ومرضى اسبيرجر ومضطربي الانتباه والإدراك والكلام واللغة ، كما هدفت الدراسة أيضاً إلى معرفة أهم الاختلافات

في مجالات المفردات ، والفهم ، والنمطية في التفكير ، وهل يمكن فصل أطفال اسبيرجر عن التوحدية المرتفعة بناءً على المتغيرات السابقة ، وتكونت عينة الدراسة من (11) طفلاً توحدياً و (11) طفلاً اسبيرجر ، (11) طفلاً يعانون من قصور في الانتباه والإدراك والسيطرة الحركية وتوصلت الدراسة إلى أن أطفال متلازمة اسبيرجر يظهرون تفوقاً في المقياس اللفظي للذكاء عن الأطفال ذوي التوحدية المرتفعة ، كما أشارت الدراسة إلى أنه يمكن فصل كلاً من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في الكلام واللغة عن الذين يعانون من زملة اسبيرجر والتوحدية .

#### 6. دراسة سوليفان ميخائيل Sullivan,Michelle,2002

**بعنوان " التكرار اللاإرادي للكلام كوظيفة اتصالية في الأطفال التوحديين . تقييم ومعالجة ."**

**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى معالجة التكرار الآلي للكلام في الأطفال التوحديين وإحلاله بسلوك اتصالي ملائم ، وأشارت الدراسة إلى أن 75% من الأطفال التوحديين الشفويين يظهرون التكرار غير الملائم لكلام الآخرين ، وتمثل لهم مشكلة لأنها تعوق التعليم وتمنع جذب سلوك الآخرين ، وقد ركزت هذه الدراسة على ضرورة اختزال أو استبعاد الترددية في هؤلاء الأطفال من خلال طريقة علاجية تعتمد على استخدام إجراءات التحليل الوظيفي للسلوك الترددي وإحلاله بسلوك اتصالي ملائم يخدم نفس الوظيفة الاتصالية ، وتكونت عينة الدراسة من 5 أطفال توحديين مما يعانون من التكرار الآلي للكلام وأشارت الدراسة إلى:

- أن هناك فروقاً فردية في طريقة كلام الأطفال التوحديين مما يدعو إلى الحاجة إلى التحليل الوظيفي لهذا السلوك كوسيلة للاتصال لكل طفل.

- قد تعلم هؤلاء الأطفال أن يسألوا تلقائياً عندما يتحدث الآخرون أمامهم .
- قد عممت بعض تحسينات اللغة لتفاعل الطفل مع الأب والبيئة والفصل الدراسي لكل المشاركين .
- تم مناقشة استنتاجات أهمية الوظائف الاتصالية من وراء التردد اللارادي لكلام الآخرين أو الايكوليايا .

7. دراسة جولتريلى Goletree B,1995

بعنوان " المعالجة اللغوية المبتكرة للطفل التوحدي".

**هدفه الدراسة :** تهدف الدراسة إلى إجراء جلسات علاجية مبتكرة مصممة بطريقة علمية لتسهيل النمو اللغوي واكتساب مهارات لغوية وكانت عينة الدراسة مكونة من (5) أطفال توحديين يبلغون من العمر (5) أعوام .

**وأشارته نتائج الدراسة إلى** ارتفاع مستوى دلالة الألفاظ لدى الأطفال التوحديين وازدادت الإشارات والإيماءات مع نظرة بها حملقة وتجاوب بين الطرفين .

8. دراسة وليمسن Willemssen.s 1997

بعنوان " الاضطراب اللغوي الذي يظهر من خلال مواقف التفاعل في ضوء المقارنة بين مجموعة من الأطفال التوحديين وذوى الإعاقات الارتقائية والأسوياء . دراسة حالة لأثنين من الأطفال التوحديين .

**هدفه الدراسة :** تهدف الدراسة إلى مقارنة اللغة ومدى فاعليتها في التفاعل الذي يتم بين الأطفال والمحيطين بهم سواء كانوا أطفالاً توحديين أم لديهم إعاقات ارتقائية أو أسوياء ، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال التوحديين ذوى الإعاقات الارتقائية ومجموعة من الأسوياء والمرحلة العمرية واحدة ، وأشارت



النتائج أن الأطفال التوحديين بالرغم من القصور اللغوي عندهم فهم يظهرون اللعب مع المدرسين والوالدين في بعض الأوقات . كذلك أن اللعب عندهم يفقد إلى الروح الاجتماعية واستخدموا اللغة المنطوقة .

9. دراسة ماك ارثر Mc, Arthur,1996

**بمعنوا** "ربط الانتباه في الأطفال غير اللفظيين : التوحدية واضطرابات اللغة الشفوية".

**هدف الدراسة** : هدفت الدراسة إلى وصف الانتباه الوصلى لمجموعة من الأطفال التوحديين ومجموعة أخرى من الأطفال ذوى الخلل اللغوي ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين كانوا أقل اشتراكاً في الانتباه مع البالغين عن غيرهم من ذوى الخلل اللغوي التطوري ، كما أكدت على أن الأطفال التوحديين أشرفوا على قناة الاتصال مع البالغين بنسبة 37% أقل من الأطفال ذوى الخلل اللغوي التطوري ، كما أكدت الدراسة على ضرورة مراعاة مشكلة عدم الانتباه عند الأطفال التوحديين أثناء وضع البرنامج العلاجي وأيضاً مراعاة الإثارة والتشويق في التفاعل مع هؤلاء الأطفال ليفتح قناة اتصالية بينهم .

10. دراسة كارول بوتز Carol,Poter,1999

**بمعنوا** " أسلوب الكلام القليل للأطفال التوحديين الذين يتكلمون قليلاً أو لا يتكلمون".

**هدف الدراسة** : تهدف الدراسة إلى الكشف عن طرق الاتصال التلقائي لبعض الأطفال التوحديين ومعرفة دور البيئة ومدى تأثيرها على طريقة كلام الطفل التوحدي ، وتكونت عينة الدراسة من ( 18 ) طفل توحدي تتراوح أعمارهم بين ( 4- 12 ) سنة ، يعانون من توحدية شديدة مصحوبة بوجود كلام قليل

أو معدومي الكلام ، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- وضع طريقة أو أسلوب جديد للتواصل مع الأطفال التوحديين ألا وهو تقليل نسبة الكلام الموجه لهؤلاء الأطفال .
- أظهرت عينة الدراسة استجابات ملحوظة للتفاعل مع الآخرين من خلال تدريبهم بهذه الطريقة .
- حقق أسلوب تقليل الكلام الموجه للأطفال التوحديين النتائج الآتية :
  - a. تسهيل نمو الأطفال التوحديين كمتجاوبين تلقائيين .
  - b. يساعدهم على فهم الكلمات المفردة باستعداد أكثر .
  - c. تسهيل اشتراك هؤلاء الأطفال داخل بيئتهم الاجتماعية .

11. دراسة لورانس وآخرون ,2001 Lawrence D. Et al

**بعنوان** " خصائص الكلام وعلم العروض لدى المراهقين والبالغين ذوى أعراض اسبيرجر والأوتيزم " .

**هدفه الدراسة** : تهدف الدراسة إلى المقارنة بين بروفيلات الصوت والكلام لدى كلا من ذوى الأوتيزم وأعراض اسبيرجر وتكونت عينة الدراسة من 30 أنثى من المتحدثين ذوى الاختلال الوظيفي المرتفع الذين يعانون من الأوتيزم وأعراض اسبيرجر ، 53 من الإناث العاديين ، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن كلا المجموعتين لديهم بقايا اضطرابات وأخطاء في النطق وتعبيرات مشفرة غير ملائمة للعبارة والجمل والنبرة والرنين .

12. دراسة ستورات مارلين ,2002 Stewart Marilyn

**بعنوان** " معالجة اللغة التفاضلية في الأطفال التوحديين : استقصاء تاريخي " .

**هدفه الدراسة** : تهدف هذه الدراسة إلى فحص الاختبارات التعبيرية واختبار

المفردات على الطبعة الرابعة لمقياس ( ستانفورد بينيه ) لذكاء الأطفال وبينت أنه لتحديد ماذا كان الأطفال التوحديين يظهرون نموذج لتنمية اللغة والتي تتميز عن تلك اللغة التي وجدت في الأطفال مضطربي اللغة ، ثم تحليل البيانات التي حصل عليها من 75 ملف لأطفال توحديين مضطربي اللغة وأظهرت الدراسة أن هؤلاء الأطفال كانوا مميزين عن الأطفال ذوى الاضطراب اللغوي التنموي والتخلف العقلي حيث تأثرت اللغة لديهم . وبالتالي فإن الضعف اللغوي في الأطفال التوحديين له أسباب مرضية مختلفة وبالتالي فإن اضطراب اللغة لديهم تكون مختلفة . وقد توفر اختبار تميزي مقارنة بالاضطرابات اللغوية الأخرى

13. دراسة هادين وبارون كوهين Haduioon. Baron Cohen,1997

**بعنوان** " هل النظرية التدريسية الذهنية ذات تأثير على قدرة أو تحسين أو تنمية المحادثة لدى الأطفال الذين يعانون من التوحدية" .

**هدف الدراسة** : تهدف الدراسة إلى : اختبار أثر التدريس للأطفال التوحديين في اختبار مهام تعتمد إلى تقييم الفهم للحالة الذهنية ذوى أثار ايجابية على التواصل والبحث في مجالين مهمين وهما : القدرة على التحدث ، والقدرة على تطوير نطاق المحادثة واستخدام مصطلحات الحالة الذهنية في الكلام وتوصلت الدراسة إلى أنه لم يظهر تحسن ملحوظ في أي قياس خاص بناحية أثر التدريس على الحالة الذهنية بينما حدث تغيير في مهارات الاتصال الخاصة بمجال التحدث بعض الشيء بعد إتباع طرق متخصصة في التدريس لهؤلاء الأطفال .



## 2. دراسة وارين وآخرون 2005, Warreyn et al

**بمعنوا** " تأثير التدخل المبكر من خلال اللعب مع أطفال التوحد وتنمية اللغة".  
**هدف الدراسة**: تهدف الدراسة إلى الكشف عن أثر التدخل المبكر عن طريق اللعب في سن من (3 - 6) سنوات لأمهات أطفال التوحد ، وتم مقارنة مجموعتين من حالات التوحد المتجانسة في العمر ومعدل الذكاء حيث بلغ أفراد العينة في كل من المجموعتين (20) طفلاً وتمت مقارنة أسلوب مشاركة الأم مع طفلها في اللعب ، وبمقارنة النتائج أظهرت المجموعة الأولى والتي شاركت فيها الأم طفلها اللعب قدرة على التقليد والتفاعل الاجتماعي ، وهذه النتائج أكدت على الفرض المحدد والذي يؤكد على أن التدخل المبكر مع حالات التوحد يطور من مسار الحالة ويؤكد على فاعلية دور الأم .

## 3. دراسة ليف جاستن وآخرون 2009, Leaf, Justin et al.

**بمعنوا** " زيادة المهارات الاجتماعية والسلوك الاجتماعي الإيجابي لثلاثة أطفال مصابين بالاضطراب الذاتي من خلال مشاركة جماعة الإقران".  
**هدف الدراسة**: تهدف الدراسة إلى تقديم برنامج يقوم على اللعب والتعزيز لتعليم ثلاثة أطفال ذاتيين لمهارات اللعب والمبادأة الاجتماعية والمهارات اللغوية والمهارات الانفعالية وتكوين الصداقات من خلال اشتراكهم مع أقرانهم العاديين وبلغت عينة الدراسة ثلاثة أطفال ذاتيين يتراوح عمرهم بين (5-7) سنوات ويتراوح معامل ذكائهم بين 55-83 بالإضافة إلى ثلاثة أطفال عاديين من فصول رياض الأطفال ، وأسفرت النتائج إلى أهمية مشاركة الأقران العاديين في تحقيق المبادأة باللعب مع الأطفال الصغار المصابين بالذاتوية ، وتحسين المهارات اللفظية أثناء اللعب ، وتكوين الصداقات ، ولوحظ بشكل كبير تغيرات إيجابية لدى جماعة

الرفاق مما يوضح فعاليتها لدى الأطفال الذاتويين وأقرانهم العاديين .

#### 4. دراسة شنوى Choi,2000

بعنوان " التعرف على تأثير أنشطة اللعب في تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين " ، وذلك عن طريق طفل عادى يشارك طفل توحدي في مجموعة من الألعاب وذلك اعتمادا على توجيهات مدرس الفصل ، وتكونت عينة الأطفال التوحديين من (5) أطفال تراوحت أعمارهم بين (4- 6) سنوات بينما تكونت عينة الأطفال العاديين المشاركين في اللعب من (11) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (4-7) سنوات ، وقد أشارت أهم النتائج إلى التأثير الإيجابي للعب على تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين ، حيث أظهر هؤلاء الأطفال بعد تطبيق البرنامج زيادة التواصل مع شريك اللعب وتحسين مستوى التواصل البصري لديهم .

#### 5. دراسة محمد جواد الحاضر (2008) :

بعنوان " فعالية برنامج تدريبي باستخدام اللعب لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لعينة من الأطفال التوحديين " .

**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى التعرف على طبيعة ومستوى مهارات التفاعل الاجتماعي لعينة من الأطفال الذاتويين ، وتصميم برنامج تدريبي باستخدام أنواع مختلفة من اللعب والأنشطة لتنمية بعض مهارات التفاعل الاجتماعي لديهم .

**عينة الدراسة :** تكونت العينة من 10 أطفال ذاتويين ذكور ، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متكافئتين ومتجانستين (5 تجريبية ، 5 ضابطة ) ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين (9 – 12) سنة ، كما تراوحت درجة التوحد لديهم ما بين 30 - 36 درجة حسب مقياس تقييم التوحد في الطفولة Cars وتقع نسبة الذكاء

لديهم ما بين (55 – 68) حسب مقياس (ستانفورد بينيه) للذكاء ، وأسفرت النتائج عن تحسن المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة في مستوى التفاعل الاجتماعي ، واستمر هذا التحسن بعد انتهاء تطبيق البرنامج بشهرين .

#### 6. دراسة ليويس 2002 Lewis

**بمعنوا ن** " العلاقة بين اللغة واللعب بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد ".  
**هدف الدراسة** : تهدف الدراسة إلى بحث العلاقة بين اللغة واللعب بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد ، واستخدمت الدراسة أسلوب المنهج التحليلي وذلك من خلال جمع الأبحاث والدراسات السابقة ذات العلاقة بنفس الموضوع وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة بين اللغة واللعب لدى الأطفال المصابين بالتوحد ولكنها ليست واضحة تماماً ، لكن مما يدل على وجودها هو وجود بعض العوامل المشتركة بين اللغة واللعب ، ومن أهم هذه العوامل هو أن كليهما يدلان على وجود شيء أو شخص معين ، أي أن كليهما يعبران عن شيء معين بطريقة ما وبالتالي يمكن استخدام اللعب والذي قد يكون عبر عنه بواسطة الدمى أو بواسطة الإشارات والرموز في تحفيز الطالب وتعميمه .

#### 7. دراسة سامر الحساني (2005) :

**بمعنوا ن** " فاعلية برنامج تعليمي باللعب في تنمية الاتصال اللغوي للأطفال التوحديين " .

**هدف الدراسة** : تهدف الدراسة إلى قياس مدى فاعلية البرنامج التعليمي في تنمية الاتصال اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين ، حيث تكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً توحدياً قسموا إلى مجموعتين ( تجريبية وضابطة ) ، وطبق عليهم مقياس الاتصال اللغوي كاختبار قبلي وبعدي ، بالإضافة إلى البرنامج

التعليمي باللعب ، وأظهرت نتائج الدراسة أن البرنامج التدريبي باللعب يعمل على تنمية الاتصال اللغوي للمجموعة التي طبق عليها البرنامج (المجموعة التجريبية).

8. دراسة كرانزبي Krantz,P, & McClannahan,2000

بعنوان " فاعلية مد الطفل التوحدي بالخيارات في الألعاب لتقليل السلوكيات المضطربة وتشجيع اللعب التفاعلي ، وزيادة مهارات اللغة لدى الأطفال التوحدين".

**هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى التقليل من السلوكيات المضطربة لدى الطفل التوحدي وزيادة اللعب التفاعلي الذي ينمى مهارات التفاعل الاجتماعي واستخدام الباحث المنهج التجريبي على مجموعتين ( تجريبية وضابطة ) وبلغ عدد العينة (3) أطفال توحدهم مجموعة تجريبية ولديهم مشكلات سلوكية ونقص في اللعب التفاعلي ومهارات اللغة ، وتم إتاحة الفرصة للأطفال لاختيار الألعاب المرغوبة أثناء التدخل لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي ومهارات اللغة وفي المقابل كان هناك مجموعة ضابطة مكونة من (3) أطفال لم تتاح الفرصة لهم لاختيار الألعاب ، حيث قام المعلمين بتحديد هذه الألعاب وأظهرت النتائج أن إتاحة الفرصة لاختيار الألعاب يقلل من السلوكيات المضطربة ويحسن من مهارات اللغة .



## المراجع

### أولاً / المراجع العربية :

1. إبراهيم الزريقات (2004) : التوحد ، الخصائص والعلاج ، عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع.
2. إبراهيم القريوني ، غانم البسطامي ( 1995 ) : مبادئ التأهل ، مقدمة في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة ، الكويت ، مكتبة الفلاح .
3. إبراهيم العثمان ، إيهاب الببلاوي : (2012) : مدخل إلى اضطرابات التوحد، ط 1 ، دار الزهراء ، الرياض .
4. إبراهيم عبد الفتاح الغنيمي (2010) : استخدام القصص الاجتماعي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الأوتيزم ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة بنها .
5. إبراهيم محمود بدر (2004) : الطفل التوحدى تشخيص وعلاج ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
6. إجلال محمد سرى (1990) : علم النفس العلاجي ، دار عالم الكتب ، القاهرة .
7. إجلال محمد سرى ( 2000 ) : علم النفس العلاجي ، ط 2 ، القاهرة ، عالم الكتاب.
8. أحلام رجب عبد الغفار (2003) : تربية المعاقين ذهنياً، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.
9. أحمد عباس عبد الله (2000) : إشكالية التشخيص في علاج التوحد ، ندوة الإعاقات النمائية البحرين ، جامعة الخليج العربي .
10. أحمد فهمى عكاشة (2000) : علم النفس الفسيولوجي، ط 5 ، القاهرة ، دار المعارف .

11. أحمد فهمي عكاشة (1998) : الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
12. أحمد فهمي عكاشة (1992) : الطب النفسي المعاصر (ط 8) ، القاهرة، الأنجلو المصرية.
13. أحمد فهمي عكاشة (2003) : الطب النفسي المعاصر، القاهرة، الأنجلو المصرية.
14. أحمد فهمي السحيمي (2011) : تشخيص وعلاج الطفل التوحدي والطفل العنيف ، القاهرة دار السحاب للنشر والتوزيع .
15. أسماء السرسى ، أماني عبد المقصود (2002) : التفاعل الاجتماعي عن طريق اللعب لدى الأطفال المكفوفين والمبصرين في مرحلة ما قبل المدرسة التشخيص والتحسين " مجلة كلية التربية وعلم النفس ، العدد السادس والعشرون ، الجزء الثاني .
16. إسماعيل محمد بدر (1997) : مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال ذوى التوحد ، المؤتمر الدولي الرابع للإرشاد النفسي (2-4) ديسمبر مج2 ، 727 – 758 .
17. أشرف محمد عبد الغنى شريت (2009) : الطفل المعاق عقلياً " سلوكه . مخاوفه " الإسكندرية ، مؤسسة حورس الدولية .
18. السيد عبد الحميد سليمان (2003) : سيكولوجية اللغة والطفل ، ط 11 ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
19. إلهامي عبد العزيز إمام (1999) : الذاتوية لدى الأطفال ، مراجعة نقدية ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، القاهرة .

20. إلهامي عبد العزيز إمام ( 2001 ) : سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة بدون دار نشر .
21. آمال عبد السميع باظة ( 2009 ) : سيكولوجية غير العاديين "ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
22. آمال عبد السميع باظة ( 2002 ) : سيكولوجية غير العاديين "ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
23. آمال عبد السلام باظة ( 2003 ) : استمارة دراسة الحالة للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
24. آمال عبد السلام باظة ( 2001 ) : تشخيص غير العاديين ، ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
25. آمال عبد السميع باظة ( 2007 ) : سيكولوجية غير العاديين ( ذوى الاحتياجات الخاصة ) القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
26. أموال عبد الكريم ( 1994 ) : فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
27. أنور محمد الشرقاوي ( 1991 ) : التعلم نظريات وتطبيقات ، ط 4 ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
28. إياد نايف نمر ( 2005 ) : فاعلية استخدام مشروع ماكتون في تنمية المفردات اللغوية المرحلة الأولى ( لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان ، الجامعة الأردنية ، عمان ( رسالة ماجستير غير منشورة ) .

29. جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاقي (1988) : معجم علم النفس والطب النفسي الجزء الأول ، القاهرة ، دار النهضة العربية .
30. جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاقي (1988) : معجم علم النفس والطب النفسي ، الجزء الخامس ، القاهرة ، دار النهضة العربية.
31. جمال القسام، ماجد عبيد، عماد الزغبى (2000) : الاضطرابات السلوكية ، عمان دار صفاء للنشر والتوزيع .
32. جوزيف ف. ريزو وروبرت د. زابل ( ترجمة عبد العزيز الشخص ، زيدان أحمد السرطاوى (1999-أ) تربية الأطفال والمراهقين .
33. جودمان سكوت (2002) : التدريب الرياضي لذوى الاحتياجات الخاصة – المبادئ الأساسية : ترجمة عبد الحميد المطر ، الرياض ، مجلس التعاون لدول الخليج .
34. جودت عبد الهادي وسعيد حسنى العزة (2002) : تعديل السلوك الإنساني ، عمان ، الدار العلمية الدولية .
35. جوديث جولد (1997) : تغطية شاملة لفعاليات مؤتمر الكويت للتوحد وضعف التواصل، مركز الكويت للتوحد ، محاضرات اليوم الثاني .
36. حامد عبد السلام زهران (1998) : علم نفس النمو ومشكلات الطفولة والمراهقة الطبعة الخامسة ، القاهرة ، عالم الكتاب .
37. حامد عبد السلام زهران (2005) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط4، القاهرة ، عالم الكتب .
38. حسام إسماعيل هيبه (1997) : سيكولوجية غير العاديين ، الإعاقة العقلية الحسية القاهرة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

39. حسن مصطفى عبد العاطي ( 2003 ) : الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الأسباب – التشخيص – العلاج ) ، القاهرة ، دار النهضة .
40. حسنى إحسان حلواني (1996) : المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى الأوتيزم من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة .
41. حسين على فايد (2004) : علم النفس المرضى ( السيكوباتولوجى ) ، الإسكندرية مؤسسة حورس الدولية .
42. حمدي شاكر محمود ( 1998 ) : مقدمة في التربية الخاصة ( معايير النمو – أدوات التشخيص – برامج التعلم – فنيات الإرشاد ) ، الرياض ، دار الخريجين للنشر .
43. حنان العناني (2002) : اللعب عند الأطفال ، الأسس النظرية والتطبيقية ، الأردن ، عمان دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .
44. حنان حسن نشأت (1994) : أثر استخدام الفن التشكيلي في تعديل بعض المظاهر السلوكية لعينة من مرضى التخلف العقلي ، دراسة تجريبية ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، عين شمس .
45. حياة المؤيد (1996) : بناء وتقويم برنامج لتعديل سلوك مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً في المجتمع البحريني " دراسة تجريبية " ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية البنات جامعة عين شمس .
46. ربيع شكري سلامة ( 2005 ) : التوحد اللغز الذي حير العلماء والأطباء ، القاهرة ، دار النهار .

47. رشاد على عبد العزيز موسى ( 2002 ) : علم النفس الإعاقة ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
48. رضا عبد الستار كشك ( 2007 ) : فاعلية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه، كلية التربية الزقازيق.
49. رفاة جمال لفون ( 2010 ) : تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لعينة من المراهقين ذوي اضطراب التوحد (رسالة ماجستير غير منشورة) مكة المكرمة، جامعة أم القرى ، قسم علم النفس .
50. رفعت محمود بهجات ( 2007 ) : الأطفال التوحديين جوانب النمو وطرق التدريب، القاهرة ، عالم الكتاب .
51. رمضان محمد القذافي ( 1994 ) : سيكولوجية الإعاقة ، طرابلس الدار العربية للكتاب.
52. ——— ( 1993 ) : سيكولوجية الإعاقة ، الجامعة المفتوحة ، الجماهيرية العربية الليبية ، الطبعة الثانية .
53. زكريا الشرييني ( 2004 ) : طفل خاص بين الإعاقة والمتلازمات - تعريف وتشخيص ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
54. زينب محمد موسى ( 2005 ) : فاعلية برنامج للعب الموجه في تنمية بعض جوانب النمو العقلي المعرفي لدى أطفال الروضة ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية جامعة عين شمس .
55. زينب محمود شقير ( 2000 ) : اضطرابات اللغة والتواصل ، النهضة المصرية، القاهرة

56. زينب محمود شقير (2004) : نداء من الابن المعاق ، المجلد الأول ط1، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية .
57. سامي بن جمعة (1993) : رعاية الأطفال المعاقين في مركز بن سينا بصفاقص، وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم ، مركز سيتي كاريتاس مصر، القاهرة،
58. سامر الحساني (2005) : فاعلية برنامج تعليمي باللعب لتنمية الاتصال اللغوي عند أطفال التوحد ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية ، عمان،الأردن .
59. سحر محمد على غانم (2004) : دراسة لفاعلية العلاج بالفن في علاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي، رسالة ماجستير، كلية رياض الأطفال ، جامعة الإسكندرية .
60. سعيد حسن العزة ( 2001 ) : التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية ، عمان ،الأردن ، دار البازورى للنشر والتوزيع .
61. سليمان عبد الواحد يوسف (2010) : اضطرابات النطق والكلام واللغة لدى المعوقين عقليا والتوحيدين ، ط1، القاهرة ، ايتراك للطباعة والنشر .
62. سليمان الريحاني (1985) : التخلف العقلي ، الطبعة الثانية ، عمان الأردن ، المؤتمر الثاني للإرشاد النفسي .
63. سميرة عبد اللطيف السعد (1992) : معاناتي والتوحد- الطبعة الأولى، الشويخ، الكويت.
64. \_\_\_\_\_ (1998) : برنامج متكامل لخدمات إعاقة التوحد في الوطن العربي ، المؤتمر القومي السابع لإتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين بالقاهرة ، 185 – 240 .

65. سميرة على جعفر (1992) : تعديل أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى أطفال المدرسة الابتدائية باستخدام برنامج إرشادي في اللعب، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة .
66. سها أحمد أمين (2001) : مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس .
67. سها أحمد أمين (2002) : الاتصال اللغوي للطفل التوحدي التشخيص، البرامج العلاجية القاهرة ، دار الفكر للطباعة والتوزيع .
68. سهير كامل أحمد (1998) : سيكولوجية نوى الاحتياجات الخاصة، مركز الإسكندرية للكتاب
69. سهير محمد سلامة شاش (2001) : فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في حفظ الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية. جامعة الزقازيق .
70. سهير محمود أمين (2000) : اللججة ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
71. سوسن شاكر الحلبي (2005) : التوحد الطفولي ( أسبابه- خصائصه- تشخيصه- علاجه) سوريا، دمشق ، مؤسسة علاء الدين للطباعة والنشر والتوزيع .
72. شاكر عطية قنديل (2000-أ) : إعاقة التوحد طبيعتها وخصائصها، المؤتمر السنوي لكلية التربية بالمنصورة (نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوى الاحتياجات الخاصة) ، جامعة المنصورة ، أبريل ، 47 - 98 .



73. شاكرا عطية قنديل (2000- ب) : برامج رعاية المعاقين، كلية التربية، جامعة المنصورة.
74. صبحي عبد الفتاح (1992): تعديل السلوك العدواني لدى الأطفال باستخدام برنامج للعلاج الجماعي باللعب وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية، رسالة دكتوراه كلية التربية، جامعة طنطا.
75. صبره محمد على وأشرفت عبد الغنى شربت (2004) : الصحة النفسية والتوافق النفسي الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
76. صلاح الدين عراقي محمد (2006) : برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة حياة أبنائهم ذوى الاحتياجات الخاصة، مجلة كلية التربية، جامعة بنها.
77. طارق مسلم الثمري، زيدان أحمد السرطاوى (2002) : صدق وثبات الصورة العربية بمقياس تقدير التوحد الطفولى، مجلة أكاديمية التربية الخاصة، العدد الأول الرياض، المملكة العربية السعودية.
78. عادل عبد الله محمد (2002- أ) : الأطفال التوحديين، دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة، دارالرشاد.
79. عادل عبد الله محمد (2002- ب) : فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض الآداب، سلسلة الإصدارات الخاصة، العدد (7)، جامعة المنوفية.
80. عادل عبد الله محمد (2003) : جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين، وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً، القاهرة، دارالرشاد.
81. عادل عبد الله محمد (2004- أ) : الإعاقة العقلية، سلسلة ذوى الاحتياجات الخاصة، القاهرة، دارالرشاد.

82. عادل عبد الله محمد (2004- ب) : الإعاقة العقلية ، سلسلة  
ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، دار النشر .
83. عادل عبد الله محمد ( 2005 ) : سيكولوجية الموهبة ، القاهرة ، دار الرشاد  
للنشر والتوزيع
84. عادل عبد الله محمد (2008- أ) : مقياس الطفل التوحدي ، القاهرة ، دار الرشاد  
للنشر والتوزيع
85. عادل عبد الله محمد (2008- ب) : العلاج بالموسيقى للأطفال التوحدين ،  
القاهرة ، دار الرشاد للنشر والتوزيع .
86. عادل عبد الله محمد (2000) : العلاج المعرفي السلوكي ، أسس وتطبيقات ،  
القاهرة ، دار الرشاد للنشر والتوزيع .
87. عاطف حامد زغلول ( 2004 ) : الاتجاهات الحديث في مناهج الأطفال  
المعاقين عقلياً ( القابلين للتعلم ) ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية  
الطفولة ، جامعة المنصورة ، تربية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة في الوطن  
العربي - الواقع والمستقبل ، في الفترة من 24- 25 مارس ، 1 ، 231- 265 .
88. عبد الحميد عبد المجيد حكيم ( 1999 ) : موقف الفكر الإسلامي من ذوى  
الاحتياجات الخاصة ، الدورة الأولية لتأهيل معلمي المعاقين تخصص التربية  
الرياضية ، مكة المكرمة ، كلية المعلمين ، جامعة أم القرى .
89. عبد الرحمن سيد سليمان (2000) : الذاتية إعاقة التوحد عند الأطفال ،  
القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
90. عبد الرحمن سيد سليمان (2001) : إعاقة التوحد ، ط2 ، القاهرة ، مكتبة  
زهراء الشرق .

91. عبد الرحمن سيد سليمان ، سميرة محمد شندى ، إيمان فوزي سعيد (2004- ب) : الطفل التوحدي ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
92. عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (2001):الطفل التوحدي ( الذاتوى الإجتراى)، القياس والتشخيص الفارق ، المؤتمر الدولي السادس ، مركز الإرشاد النفسى ، 10- 12 نوفمبر ، جامعة عين شمس .
93. \_\_\_\_\_ ( 1999 ) : الطفل التوحدي : القياس والتشخيص الفارق ، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس من 10- 11/12 ، 227-245 .
94. عبد الرحمن محمد العيسوي (2005) : الانطواء النفسى والاجتماعى ، ط1، بيروت ، دار النهضة العربية .
95. عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر (2005) : علم النفس الإكلينيكي ( في ميدان الطب النفسى ) ط2 ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
96. عبد العزيز السيد الشخص، عبد الغفار الدماطى (1992) : قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين ، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية .
97. زيدان السرطاوى (1994) : تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً ( النظرية والتطبيق ) ، الجزء الأول ، الإمارات العربية المتحدة ، العين ، دار الكتاب الجامعي .
98. \_\_\_\_\_ (2003) : دورة تدريبية في التوحد الطفولى ، في الفترة من 7 / 10 إلى 8 / 11 / 2003 مركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس .
99. عبد الله محمد الصبى (2002) : التوحد وطيف التوحد ، ط1، الرياض، دار الزهراء .

100. — (2003) : اضطرابات التوحد وطيف التوحد : أسبابه ، أعراضه ، كيفية التعامل معه ، سلسلة التوعية الصحية (3) الرياض .
101. عبد العظيم شحاتة (1990) : التأهيل المهني للمتخلفين عقلياً ، القاهرة ، النهضة المصرية .
102. عبد العظيم شحاتة (1993) : التأهيل المهني للمتخلفين عقلياً ، القاهرة ، النهضة المصرية .
103. عبد الفتاح عبد المجيد الشريف (2007) : التربية الخاصة في البيت والمدرسة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
104. عبد اللطيف مرسى عثمان ( 1989 ) : التخلف العقلي ( الوقاية – العلاج ) ، القاهرة ، دار اتترناشيونال بلس للنشر .
105. عبد الله سكر (2005) : الاضطرابات النفسية للأطفال ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية
106. عبد المجيد منصور وآخرون (2003) : علم النفس الطفولي ، الأسس النفسية والاجتماعية والهدى الإسلامي ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
107. عبد المجيد عبد الرحيم ( 2007 ) : تنمية قدرات الأطفال المعاقين ، القاهرة ، دار غريب للنشر والتوزيع .
108. عبد المجيد سيد أحمد منصور، زكريا أحمد الشريبي، يسرية صادق (2003) : موسوعة تنمية الطفل "الطفل ومشكلاته النفسية والتربوية والاجتماعية – الأسباب وطرق العلاج " الجزء الأول ، الطفل العادي ، القاهرة ، دار قباء للتوزيع والنشر .

109. عبد المطلب أمين القريطى (1995) : مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال، القاهرة، دار المعارف للنشر والتوزيع .
110. عبد المطلب أمين القريطى (1996) : سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
111. عبد المطلب أمين القريطى (2005) : سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
112. عبد المطلب أمين القريطى ( 1996 ) : الصحة النفسية ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
113. عبد المنان ملا معمور (1997) : فعالية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين ، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس ، 2-4/12 ، (1) 437-460 .
114. عبد المنصف رشوان (2005) : العلاج السلوكي ، ط2، الرياض، العبيكان .
115. عبد المنعم الحفنى ( 1978 ) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، القاهرة، مكتبة مدبولي .
116. عثمان لبيب فراج (1994) : إعاقة التوحد أو الإجتراح - خواصها وتشخيصها، إتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ،النشرة الدورية ، (ديسمبر)، ع 40 ، 2-8
117. - عثمان لبيب فراج (2000) : من إعاقات النمو الشاملة متلازمة ريت ، اتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، العدد 62، السنة السابعة عشر ص- ص 13-2 .

118. عثمان لبيب فراج (2002- أ) : الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة " تعريفها، تصنيفها، أعراضها، تشخيصها ، أسبابها ، التدخل العلاجي " المجلس العربي للطفولة والتنمية ، القاهرة .
119. عثمان لبيب فراج (2002- ب) : برامج التدخل العلاجي والتأهيل لأطفال التوحد (5) النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، القاهرة ، العدد(72) ، 2- 13 .
120. عثمان لبيب فراج (2003) : العوامل المسببة لإعاقة التوحد ، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية ، العدد(73) ، السنة التاسعة عشر، مارس ، 2- 20 .
121. — (1996) : سيكولوجية التوحد أو الإجتار ، النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة .
122. عزة خليل عبد الفتاح (1990) : اللعب كأسلوب لحل بعض المشكلات – دراسة تجريبية على أطفال ما قبل المدرسة ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
123. عزة محمد سليمان ممدوح(1997):مدى فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً من فئة القابلين للتعلم، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
124. عفاف أحمد فراج ، نهى مصطفى حسن (2004) : الفن لذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
125. عصام محمد زيدان (2004) : الإنهاك النفسي لدى آباء وأمّهات الأطفال .
126. علا عبد الباقي إبراهيم (1993) : برنامج تدريبي للأطفال ذوى الإعاقة

- العقلية ، سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات إعاقة الطفولة – الكتيب الأول ، القاهرة ، مكتبة الطوبجى التجارية .
127. علا عبد الباقي إبراهيم ( 1993 ) : برنامج تدريبي للأطفال ذوى الإعاقات العقلية،كلية التربية ، جامعة عين شمس .
128. علا عبد الباقي إبراهيم (2011) : اضطراب التوحد "الأوتيزم" ط1 القاهرة،عالم الكتاب .
129. علاء الدين كفاي ( 2001 ) : تشخيص الاضطراب الإجتزاري ، مجلة علم النفس ، العدد 59 ، السنة الخامسة عشر ، سبتمبر، 6- 15 .
130. عمر بن الخطاب خليل (1994) : خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال . مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق،القاهرة،إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ع 49 ، السنة الرابعة عشر .
131. عمر بن الخطاب (2001) : الأساليب الفعالة في علاج التوحد ، مجلة معوقات الطفولة ، جامعة الأزهر ، العدد التاسع ، مايو، 57- 66 .
132. — ( 1991 ) : التشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه التوحدية ، مجلة الدراسات النفسية ، يوليو .
133. عوض بن مبارك سعد اليايى ( 2001- أ ) : علاج أطفال التوحد من خلال الفن التشكيلي ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود .
134. عوض بن مبارك سعد اليايى ( 2001- ب ) : مفهوم العلاج بالفن التشكيلي ، كلية التربية جامعة الملك سعود .

135. عوض بن مبارك سعد الياىمى (2004-أ): الأشكال البصرية والعلاج النفسى : نحو علاج معرفى سلوكى بالفن التشكىلى . مجلة علم النفس ، القاهرة ، الهيئة المصرية للكتاب ، ع4 ، السنة الرابعة عشر .
136. فاروق فارغ الروسان (1998) : أساليب القياس والتشخيص فى التربية الخاصة، عمان ، الأردن ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع
137. فاروق فارغ الروسان ( 1998 ) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين ( مقدمة فى التربية الخاصة ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .
138. فاروق محمد صادق (2003) : "تنوع حالات التوحد فى ضوء التشخيص" دورة تدريبية فى الفترة من 7/ 10 إلى 8 / 11 / 2003 بمركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس .
139. فاروق محمد صادق (1982): سيكولوجية التخلف العقلى ، الرياض ، مطبوعات جامعة الرياض .
140. فاروق محمد صادق ( 1998 ) : الإعاقة العقلية فى مجال الأسرة ، الحياة الطبيعية حق للمعوق ، إتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، النشرة الدورية، (55) 49-57 .
141. فايزه إبراهيم الجيزاوى (2008) : فعالية برنامج سلوكى وبرنامج النشاط المصور فى تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ .
142. فتحى السيد عبد الرحيم (1990): سيكولوجية الأطفال غير العاديين ط4 ، ج2 ، الكويت دار القلم .



143. فريدة عبد الغنى السماحي ( 1988 ) : دراسة مقارنة لأثر كل من العلاج باللعب والعلاج النفسي الجماعي وبرنامج التدعيم الاجتماعي على سلوك وديناميات الأطفال الاكثئابيين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة طنطا .
144. فهد بن سلمان الفهيد (2007): دور العلاج بالفن التشكيلي في تأهيل إصابات ذوى العمود الفقري في مدينة الملك فهد الطبية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
145. فهد محمد المغلوث (2005) : كل ما يهمك معرفته عن اضطراب التوحد ، الرياض .
146. فوزية دياب (1995) : نمو الطفل وتنشئته بين الأسرة ودور الحضانه ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.
147. فيوليت فؤاد إبراهيم (1992): "مدى فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم" بحوث المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري (المجلد الثاني) .
148. كريمان بدير (2004) : الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، عالم الكتاب .
149. كريستين مايلز (1994): (دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقلياً) تقديم البرفسير بيتر ميتلر، ترجمة : عفيف الرزاز بمشاركة من محمود المصري ومؤنس عبد الوهاب وفادية الملا ، لبنان، ورشة الموارد العربية والرعاية الصحية وتنمية المجتمع

150. كريستين نصار، جانيت يونس (2009) : التوحد ، ط1 ، بيروت، المطبوعات للتوزيع والنشر
151. كمال إبراهيم مرسى (1996): مرجع في علم التخلف العقلي ، ط1، الكويت، دار القلم.
152. كمال إبراهيم مرسى (1997) : مرجع في علم التخلف العقلي، ط2، دار النشر للجامعات القاهرة .
153. كمال إبراهيم مرسى (2000) : مرجع في التخلف العقلي، دار النشر، للجامعات، القاهرة.
154. كمال سالم سيسالم (1998) : الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين ، تقديم فاروق محمد صادق ، الرياض ، مكتبة الصفحات الذهبية .
155. ——— (2002) : موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي ، ط1، العين ، الإمارات العربية المتحدة ، دار الكتاب الجامعي . كوهين ، سايمون وبولتون، باتريك، ترجمة عبد اله إبراهيم (2000) : حقائق عن التوحد الرياض، الأكاديمية العربية للتربية الخاصة . الجزء الثاني ، ط4، الكويت، دار القلم
156. لويس كامل مليكه (1990): دراسة الشخصية عن طريق الرسم ، ط6 ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .
157. لويس كامل مليكه (1998) : الإعاقة العقلية والاضطرابات الارتقائية ، القاهرة، مكتبة النهضة العربية .
158. لورنا وينج ، ترجمة هناء المسلم (1994) "الأطفال التوحديين" مرشد للآباء ، كونستال لندن .

159. لينا نمر بن صديق (2005) : فاعلية برنامج إرشادي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي ، الجامعة الأردنية عمان ، رسالة ماجستير غير منشورة .
160. ماجد السيد عمارة (2005) : إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
161. مجدي فتحي غزال (2007) : فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان ، رسالة دكتوراه ، كلية الدراسات العليا ، الجامعة الأردنية .
162. محمد إبراهيم عبد المجيد (2003) : الطفل الذاتوى برنامج تنموي لبعض المهارات القاهرة ، دار الفكر العربي ،
163. محمد أحمد خطاب (2005) : سيكولوجية الطفل التوحدي ، تعريفها ، تشخيصها ، أعراضها ، أسبابها ، التدخل العلاجي ، عمان ، دار الثقافة .
164. محمد السعيد أبو حلاوة (2007) : المرجع في اضطراب التوحد التشخيصي والعلاج كلية التربية بدمهور ، جامعة الإسكندرية .
165. محمد السعيد أبو حلاوة (2006) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
166. محمد السيد عبد الرحمن (2000-ب) : التوحد ، المفهوم ، التعليم ، التدريب ، مرشد إلى الوالدين والمهنيين ، الرياض ، دار عالم الكتاب للطباعة والنشر .
167. محمد بن عبد العزيز الفوزان (2000) : " التوحد / المفهوم - التعليم - التدريب ، مرشد إلى الوالدين والمهنيين " الرياض ، دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع .

168. محمد حسيب الدفراوي (1993) : الخدمات التي تقدم للطفل الأوتيستك في مصر، ورشة عمل عن الأوتيزم ، ديسمبر ، مركز سيتي ( 102- 107 ) .
169. محمد حماد هندي (2002) : نظام تضمين التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة بمدارس التعليم العام مفهومه ، ومبرراته ، ومميزاته ، وعوامل نجاحه، مؤتمر التربية الخاصة في القرن الحادي والعشرين ، تحيات الواقع وآفاق المستقبل ، كلية التربية ، جامعة المنيا ، في القاهرة من 7- 8 مايو، 101 – 140 .
170. محمد جواد الحاضر (2008) : فعالية برنامج تدريبي باستخدام اللعب لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لعينة من الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه، التربية. الزقازيق
171. محمد سيد مرسى ( 2007 ) : اضطراب التوحد، ط1، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .
172. محمد سيد مرسى (2013) : فعالية برنامج تدريبي باستخدام الكمبيوتر في تنمية بعض مهارات اللعب للأطفال التوحديين ،رسالة دكتوراه في الفلسفة، كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ.
173. محمد شعلان (1979) : الاضطرابات النفسية في الأطفال، ج2، القاهرة ، الجهاز المركزي للكتب الجامعية .
174. محمد شوقي عبد المنعم (2004) : فعالية برنامج إرشادي فردي لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين (الأوتيزم) رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية ،جامعة طنطا فرع كفر الشيخ،
175. محمد شوقي عبد المنعم عبد السلام (2014) : فعالية كل من برنامج سلوكي تدريبي وبرنامج لعب موجه في تخفيف اضطرابات اللغة والكلام لدى

الأطفال التوحديين رسالة دكتوراه في الفلسفة ، كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ .

176. محمد صبري وهبة(2004) : الأطفال ذوو التوحد واضطراب الدمج الحسي ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة بجامعة المنصورة،24- 25/ 3 المجلد الثاني ، 1043- 1051 .

177. محمد عبد الرازق هويدى (2000) : طيف اضطراب التوحد ، ندوة الإعاقات النمائية البحرين ، جامعة الخليج العربي .

178. محمد على كامل مصطفى (1998) : من هم نوى الأوتيزم ، القاهرة ، مكتبة النهضة .

179. محمد قاسم عبد الله (2001) :الطفل التوحدى أو الذاتولى،الإنطواء حول الذات ومعالجته( اتجاهات حديثة ) ، عمان ، دار الفكر العربي .

180. محمد كمال أبو الفتوح (2009) : فعالية برنامج تدريبي في تحسين الكلام . محمد محروس الشناوي (1997): التخلف العقلي ( الأسباب – التشخيص – البرامج – القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر .

181. محمد مقداد وآخرون(2008): إعداد معلمي التلاميذ العاديين للتكفل بدوي الاحتياجات الخاصة في ضوء أساليب الدمج ، محرر في :محمد مقداد،وليد كمال القفاص،عصام توفيق قمر، محمد أرزقى بركات ، إنتصار محمد على، على لويس، زكية شنه، دلال جغبوب، وسمية صالحى(2008):رعاية نوى الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي بين المج والعزل،القاهرة، المكتب الجامعي الحديث .

182. محمود عبد الرحمن حمودة (1991) : النفس أسرارها وأمراضها ، ط2، القاهرة، دار المعارف.
183. محمود عبد الرحمن حمودة (1998) : الطفولة والمراهقة : المشكلات النفسية والعلاج القاهرة ، بدون دار نشر.
184. محمود عبد الرحمن حمودة ( 1991 ) : الطب النفسي، الطفولة والمراهقة ، المشكلات النفسية والعلاج ، منشور بواسطة المؤلف ، القاهرة .
185. محمود عبد الرحمن حمودة ( 1998 ) : النفس أسرارها وأمراضها، القاهرة، مكتبة الفجالة.
186. محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي (2014) : تخفيف حدة الخوف المرضى لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، دسوق ، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
187. محمد عز الدين (2001) : التوحد مرض محير يهدد أطفال الخليج، مجلة نصف الدنيا، القاهرة ، مؤسسة الأهرام .
188. محمد على كامل (1998) : من هم ذوى الأوتيزم وكيف نعددهم للنضج، القاهرة، دار النهضة المصرية .
189. محمد على فتيحة (2001) : " معاً نتواصل لحياة أفضل " حلقة نقاشية حول التوحد الإمارات العربية المتحدة ، الشارقة، في الفترة من 5- 7 يونيو 2001.
190. محمود على محمد (2004) : تدريب التوحديين في نطاق الأسرة ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة، جامعة المنصورة، (المجلد الثاني) 24 - 3/25 .
191. محمود عنان (1998) : رعاية الطفل المعوق ، القاهرة، سلسلة سفير التربوية.

192. مدحت عبد الحميد أبو زيد (2002): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية وبروتوكولات تحليلية وسلوكية معرفية، ط2، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
193. مصطفى محمد عبد العزيز (1997) : التربية الفنية للفئات الخاصة ، القاهرة، الأنجلو.
194. مها أبو العز (2006) : العلاج بالرسم أسلوب علاجي ناجح مع الأطفال التوحديين ، القاهرة ، مركز أسرتي مبدعة .
195. نادر فهمي الزيود (1995) : تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً ، الأردن ، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
196. نادية إبراهيم أبو السعود (1997): الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية، رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس
197. نادية إبراهيم أبو السعود (2002) : فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحد وآبائهم، رسالة دكتوراه معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
198. نادية إبراهيم أبو السعود (2000) : الطفل التوحدي في الأسرة، الإسكندرية، المكتب العلمي للنشر .
199. ——— (1998) : الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة، عين شمس.

200. نادية أديب (1993) : الأطفال التوحيديون ( الأوتيستك ) وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم ، مركز سيتي كاريتاس مصر . ديسمبر 93 .
201. ندى ناصف، سمر حيدر (2008) : ( تعالي لنلعب ) ، دليل التواصل بين الأهل والطفل الذي يعانى من التوحد ، الجمعية اللبنانية للأوتيزم ( التوحد ) .
202. نعمة مصطفى رقبان ( 2006 ) : المهارات الحياتية وتأهيل المعوقين ، ورقة مقدمة في الملتقى الثالث للمهارات الحياتية تحت شعار "صحتك بين يديك" الذي تقيمه إدارة الأنشطة الفنية والثقافية بوزارة التربية والتعليم بدولة الإمارات ، الأربعاء 8 / 2 / 2006 – مسرح الوزارة .
203. نوال عطية (1995) : علم النفس اللغوي ، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، ط3 .
204. نيفين زيور (1988) : الأمراض النفسية لدى الطفل والمراهق ، بدون ناشر .
205. نهلة غندور (2000) : كيف نواجه التعقيدات الملحة لدى الطفل التوحيدي ، الرياض ، مجلة عالم الإعاقة ، السنة الثالثة ، العدد (17) .
206. هالة فؤاد كمال الدين (2001) : تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي .
207. هدى أمين عبد العزيز (1999) : الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالأوتيزم ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، قسم علم النفس ، جامعة عين شمس .
208. هشام عبد الرحمن الخولى (2004) : فاعلية برنامج علاجي لتحسين حالة الأطفال ذوى الأوتيزم ، مجلة كلية التربية ، جامعة طنطا ، مج2 ، ع33 ، ص 208-238 .1
209. هشام عبد الرحمن الخولى (2008) : الأوتيزم، الإيجابية الصامتة، إستراتيجيات لتحسين الأطفال الأوتيزم، بنها الجديدة، دار المصطفى للطباعة .



210. هدى محمود الناشف (2004) : " خفايا التوحد ، أشكاله وأسبابه وتشخيصه ، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر .
211. وفاء على الشامي (2004) : سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها ، جدة ، مركز جدة للتوحد .
212. وليام كرين (1996) : نظريات النمو مفاهيم وتطبيقات ، ترجمة ( محمد الأنصاري ) ، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية ، سلسلة الدراسات العلمية الموسمية .
213. وليام كرين ، ترجمة محمد الأنصاري (2002) : دراسة حالة في العلاج بالتحليل النفسي (بتلهام والتوحد) ، مجلة الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية ع(25)م (1) .
214. وليد السيد خليفة ، مراد على عيسى (2007) كيف يتعلم المخ ذو التخلف العقلي ، الإسكندرية ، دار الوفاء للطباعة والنشر .
215. ياسر بن محمود الفهد (2000) : استخدام حمية الغذاء الخالي من الجلوتين والكازين لمساعدة أطفال التوحد . الرياض : مجلة عالم الإعاقة ،3، (51) .
216. يوسف القريوطي ، عبد العزيز السرطاوي ، جميل الصمادي (1995) : المدخل إلى التربية الخاصة ، الإمارات ، دار القلم .
217. يوسف بشير ، يعقوب البهبهاني (2004) : التوحد علاج ذاتوية بين الأمل والعون ، عمان ، دار رؤى .

- 154- Apple, A, Billingsley, F & Schwartz, (2005) : *Effects of video modeling along and self management on compliment – giving behaviors of children with high functioning ASD.*
- Atkinson, M. & Hor mpy, G. (2002) *mental health handbook for hools, ondon: Routledge Falmer.*
  - Barly. A Phelips. W Rutter, M (1998): *Assessing And Intervening in the Communication Environment British J. Of Learning Disabilities, 26, pp 62-66.*
- 155- Barry, T, Klinger, L, M. Lee, J, Palardy, N, Gilmore, T & Bodin, D (2003) : *Exsamining The Effectiveness of on outpatient clinic Basedsocial skills Group for high – functioning children with Aiaorders journal of Autism and Developmental Disorders, 33(6), 685-601.*
- Bergman, J. And Gerdyz. J (1998) *the Early Years of autism national autistic.society, pp 25-49 .*
  - Bower B., (2000): *Gene Implicated in Development of Autism, Matyland, science News, 158(25) 39*
  - Braymond, E. (2004). *Learners with mild disabilities. New Yorc: pearson Education, Inc.*
- 156- Biklin, D (2002) : *Communication unbound : autism and proxis, Harvard educational review, (60), 10-20 .*
- 157- Brill, M. (2001) : *Keys to parenting the child with autism, secont edition, New York, Barron s educational series, Inc.*
- Brown. W (1996): *Autism : Towards An Integration Of Clinical- Genetic And Neurobiological perspectives , Journal Of Child Psychiatry (37) pp 89-126 .*
- 158- Bruno, F. (1992) : *the family encyclopedia of child psychology and development , New York, John Wiley & sons, Ins.*
- 159- Cannon, N , L (2006) : *the effects of floor time on cdmmunication interaction behaviors between typically developing preschoolers and preschoolers with autism MD, Miami university , faculty of Miami university . Oxford, OH*
- Choi, (2000) . *Let, s play Children with Autism and Ther play partners Together. Pup schonell Special Education Ressearch Centre, University Queensland, Australia.*
  - connor, Mike, J, (2000): *Autism: current Issues, Form the World*

WIDE Webhttp www.av.com.

- 160- Dawson , G , Toth ,K ,ostiling,J, A& Liaw,J,(2004) : *Early social attention impairments in autism : sosial orienting, joint attention&attention to distress. Developmental psychology,40(2),27 1-283.*
- Durand. M. & carr, E (1988) : *Autism in Hand Book Of Development And Phusical Disabilities By Hasselt .V Strain,S And Hersen pergman press New York .*
- Edelson – Stebhen – M (1998) : *Evalustion Of A Mechanical Journal of A Mechanical Hand Support For Facuutiliated Communication Joyrnal of Autism – And Developmental – Disorders . vol 28 (2)p:153.*
- 161- Emery, Melindaj (2004) : *Art therapy as an intervention for autism Art Therapy . 24 (3) 143 – 147.*
- 162- Eik eath, S. & smith T. (1997) : *intensive behavioral treatment for preschoolers with severe mental retardation and ,A,Journal.of mental retardation,238-246 107: 330.*
- 163- Fluberg,H. (2001) : *Autistic childrens talk about psychological states Deficits in the early acquisition of theory ,63 (1) ,115-123.*
- Frith, uta.(2007) :*Autism : Explaining The Enigma Oxford : Blac Well publishing (Connor,Milc,J , 2000:p5).*
- 164- Frith,U. (2003) : *Autism Ezplaining the Enigma , second edition ,black well publishing.*
- 165- Gabriels,Robin L (2003) : *Art therapy with childrenwho have autismand their families MALOCHIDI,Cathya. (ED). Hand book of Art therapy. 193-206. New York. Us : Guiford,XVSI,64.*
- 166- Gilleberg , C (1992) : *The worled congress International Association for the scientific,study of Mental Deciclency 5<sup>th</sup> August,389.*
- 167- Goldstein, H , & Thieman ,K (2000) : *Effects of visually mediated intervention on the social communication of children of pervasive developmental disorders. Special education programs (ED-OSERS). Washington, D. C.*
- Goldestein G. Johnson C .and Minshew N. (2001) :*Attentional processes in autism Jornal of autism and developmental disorders Vol. 31(14).pp433 – 439 .*

- Goldstein M., Kugo, S., Kusano, N., Meller, E., Dancis G., & Schwarcz, R. (1986): *Abnormal psychology experiences origins and interventions little brown and company* : Yoronto.
- 168- Grela, B & McLaughlin, K (2006) : *Focused stimulation for a*
- 169- Hartman, C , Lutejn, E , Serra , M & Minideraa, R (2006) : *Refinement of the children s social Behavior Questionnaire (CSBQ): an Instrument that Describes the Diverse problems seen in Milder forms of PDD. Journal of Autism and Development Disorders, 36 (3) ,235-242.*
- 170- Henley, David R (2002) : *Blessings in disguise : ldiomayic expression as astimulus in group Art therapy with children. Art therapy . 17 (4), 270 – 275.*
- 171- Hepburn, S & Stone, W (2006) : *Using carey temperament scales to assess Behavioral style in children with autism spectrum Disorders. Journal of Autism and Developmenttal disorders, 36 (1) 37-642.*
- 172- Hawkins, S. (1994) : *Mental Retadation Children Eric Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education Reston, VA. P (15).*  
 – Hart, C, (1993) : *A parent Guide Autism . New York : simon & Schuster.*
- 173- Howie, Paula. (2002) : *Releasing thapped images children grapple , with the reality of the September 11 Attaks , presented at the AATA conference, 24, 244- 222.*  
 – Howlin, p. (1998) : *Children with autism and asperger syndrome : A guide for practitioners and careers . New York, weinheim , John wiley & son.*
- 174- Ivey, M, Heflin, L , & A lberto, p (2004) : *the use of social stories to promote independent behaviors in novil events for children with PDD-NOS. focus ok Autism and other Developmental Disabilitise , 19 (3) , 164-176.*
- 175- Jelven, M (2002) : *A play based treatment model for improvin[ the social play development of children with autism spectrum disorder PHD, university of Califomia.*  
 – Joseph , Pear , Garry Martin (2004): *Behavior Modification , what Is And How To Do It, perntice Hall, Supper , saddle, New Jersey 0745538.*
- Julia, M. (2006) : *Playing laughing and learning with children on*

- the autism spectrum : A practical resource of play ideas for parents and carers , second publishers in the united Kingdom Jessica Kingsley published Ltd 116Bentonville Road,N19JB London , England.*
- Kabot, S et al (2003) : *Advances in Diagnosis In Autism professional psychological Research and practice, VOL 343, No. 1, pp.26-33 .*
  - Krantz, p. (2000) : *Commentary : Interventions to facilitate socialization Journal of Autism and Developmental Disorders.30(5) ,411-413.*
- 176- Karnerick, Thelamz & schimmel Bellaf. (1991) : *worlds Amacked by great Big snow flakes : Art therapy with an Autism Boy , The American Journal of Art therapy, 29.(1) 77:84.*
- 177- Kevinl. B. (1995) : *Developmental Definitons and policies In (Encyclopedia of social work) 19 th ed, Washington, Nasopress Vol(15) P (713).*
- 178- Kozlowska, Kasia & Hanny Lesley (2001): *An Art therapy group for children traumatized by porental violence and separation , clinical child psychology and psychiatry,6, (1).*
- Lepist, T. shestakova, A. Vanhala , R. Alku, p. and Nktnen R, Yaguchi, K. (2003) : *Speech-sound selection auditory impairment in children with autism.*
  - Lewis , M And Volkmar . F (1990) : *Clinical Aspects of Child And Adolescent Development Third Edition New York : Lea & Febiger .*
  - Lord , C And Paul R (1998) : *Language And Communication In Autism.*
- 179- Longenecker, H. (2002) : *Parent stress related to having a child with autism : Impact of educational programming. PHD, faculty of educational Institute.*
- 180- Luria, W. (1983) : *Language Intervention , Retarded Child Through Cognitive. Journal of special Education, vol (119). P (10).*
- 181- Macintosh , K & Dissamayake, C (2006) : *social skills and problem Behaviours in school Aged children with high – functioning Autism and Aspergers Disorder – journal of autism*

- and *Developmental Disorders*, 36,1065 – 1076 .
- 182- Mangal S (2002) : *Advanced Conductional Psychology 2<sup>nd</sup> ed*, Prentice-Hall : New Delhi.
- Margalit, M. (1990) , *promoting classroom social skills for student with mental retardating within an experimental and control group design Exceptionality : A Research journal*, 2 (4) , 195-204.
  - Michael, W. (1999) : *Technology and student with MentalRetardation* PhD Assistant Directory Department of Research program Cevices *Journal of Specific Education Teaching*,14 (1) , 374-386.
  - Mc Arthior – D Adamson –Lb (1996) :*JointAction In preverbal Children : Autism And Developmental Language Disorder* ,*J.Autism Discord V* (26) .
  - Mcbriid P . Anne .Et Al (1998): *Effects OF Diagnosis Reece and puberty On platelet Seroton in Levels InAutism AndMental Retardation journal* .
  - Michael , W. (1999) : *Microsoft . ( R ) Encorta Encyclopedia 99*.
- 183- Martin , Nicole (2008) : *Assessing portrait drawings created By children and adolescenttswith autism spectrum disoder. Art therapy* . 25 (1) ., 15 – 23.
- 
- 184- National Research council (2001) : *Education children with Autism , the National Academy of sciences , National academy press, Wasgington,DC*.
- Nikopulos , C, ., and K eenan , M ., )2003) : *social initiation in children with autism using video modeling Behavioral VOL. 18.pp., 87 – 108 .*
- 185- Norris , C & Ddattilo , J (1999) : *Evaluating effects of asocial story intervention on a young girl with autism . focus on autism and other developmental disabilities , 14 (3) , 188. 186 .*
- Oglutree ,Billy., T , (1995) : *An Innovative Language Treatment For A child with high Functing Autism Journal . Focus And Autism Behavior , VOL ,N (3) pp 902 – 928>*
- 186- O Riordan , M & passettl , F (2006) : *Discrimination in autism with in different sensory Modalities , journal of Autism and Developmental Disorders ,36 , 665 – 675 .*

- 187- Osterling, J and Dawson, G. (1994) : *Early Recognition of children with Autism, A study Birthday Home video Types*, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, (3), 246 : 570.
- Peterson, C. (2002) : *Insight from pictures : the development of concepts of false drawing and false belief in children with deafness, normal hearing and autism* *Child Development*, 73(5), 1442 – 1459.
- 188- Pearson, D, Love Land, K, Lachar, D Red doch S, Man sour, R & Cleveland. L (2006) : *A comparison of behavioral and emotional Functioning in children and adolescents with autistic disorder and PDD –NOS*. *Child Neuropsychology*, (12), 321 – 333.
- 189- Reavis, S (2003) : *social orienting as a construct under lyinging attention and imitation skills deficits in preschool children with autism*. MD. University of North Carolina.
- Roeyers, H. (1995) : *A peer mediated proximity intervention to facilitate the social interaction of children with a pervasive developmental disorder* *British Journal of special Education*, 22 (4), Dec, 161-167.
- 190- Romano, J (2003) : *Are social stories effective in modifying behavior in children with autism ? PHD*. Fair Leigh Diskenson university.
- Ramberg, Ehlers. C & A Johnson M Gillberg (1996) : *Language and programatic function in school age children on the Autism spectrum communication*, 31 (4) : pp 378 – 413.
- 191- Rosen han, D, Seligman, M, (1995) : *Abnormal psychology*, Third edition, New York, Norton & company.
- 192- Ruble, L, A (2001) : *Analysis of social interactions as goal directed behaviors in children with autism* *Journal of autism and developmental disorders*, 31 (5), 471 – 482.
- 193- Ruffman, T, Gamham, W & Rideout, P (2001) : *Social understanding in autism : eye gaze as a measure of core insights* *Child Psychol*, 41 (8), 1083 – 1094.
- 194- Rutten – Saris, Marihke & Evans, Kathy (1999) : *Emerging interactive Art therapy, paper in conference Autism 99*, U. K <http://www.autism99.org>.

- 195- Scheuermam, B, webber, J. (2002) : *Autismteaching does make a dfference Canada, wadasworth – Thomson learning.*
- 196- Scott, J, Clark, C, Brady, M, (2000) : *Students with autism , California, singular Publishing grup.*
- 197- Siegel , B , (1996) : *the world of the Autistic child , understanding and treating autistic spectrum DIS cordons, New York, oxford university press inc.*
- 198- Silver , Henry , E. T (2006) : *Corrigendum to brief emotion training emotions children with autism , pilot study psychiatry terearch 129 (1) 147 – 154.*
- 199- Stephens , L , Dieppa , M & Leblanc , B. (2006) : *Erikson s model of psychosocial development with autistic children and connections to evidence – based nactices for no child left naner association of teacher educators philadelphia PA.*
- 200- Sur , D , sue , D , sue , S. (1994) : *Understanding Abnormal Behavior , fourth Edition , New York, Houghtom Mifflin company. 180- Thaut, M, (1992) : Music therapy with autistic children lnw Daris, K. Gfeier , & M. that (eds) : Introduction to music Therapy : Theory and practice Dubuque.Indiana : William C. Brown puplishers, 186 – 196.*
- 201- Travaglini, C (2001) : *the social inter action skills of a preschool child with autism in an inclusive setting IMD, Califomia state university.*
- 202- Thomas,C (1994) : *Aguide to Developing Language Competence in pre – School – Children with Severe and Moderate Retardation and Developmental Disabilities, vol (68). Pp (615 – 660 ).*
- Warreny, p ., Roeyers , H., & Groote , I. (2005) : *Early social Communicative Behaviors of preschoolers with Autism Spectrum Disorder during Interaction With ther Mothers Autism the Intarmaional Journal of Research and practice 9 (4) ,342-361.*
  - West,J (1992) : *Child Centered ply Therapy London Hadder & Stoughton.*
  - Wheeler,J.& Carter,s. (2003) : *Using Visual Cues in the Classroom for Leamers with Autism as a Method for promotin[ positive Behavior , B C Journal of special Education Vol. (21) , No (3) , p 64.*



- Wing, L., (1995) : *the autistic Continuum In. Buras (Ed) Ment 41he41th mental retardation (125) .Cambridg : Cambridge university press.*
  - Wolf – Scheming ,Enid (2000) : *Teaching Autistic Chldren Speech with smile paper in Conference Autism 99, http // wwwAutism99/.Orgl.*
  - Wolf ,S.(1988): *psychiatric disorder of childhood In Kendall, RE. Zealley AK(E.D) Companion to psychiatric studies. London: Churchill Livingstone.*
  - Willomsen – Swi (1997) :*Case – Study – Cross- Gender preoccupy – Actions In Two Mal Children With Autism ,J A Dd v 26 (6) pp: 635 – 648.*
- 203- Whalen , C, Schreibman, L & Ingersoll 13 (2006) : *the collaterul effects of joint attention training on social Initiations, positive, Imitation and spontaneous speech for yaung children with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 36, (1) , 655 – 664.*