

الدكتور
محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي

الإعاقات العقلية

و

التوحد

دار العلم والإيمان
للنشر والتوزيع



الشرقاوي ، محمود عبد الرحمن عيسى .

الإعاقة العقلية والتوحد / محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي . - ط ١. - دسوق :
دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع .

٢٣٦ ص ؛ ١٧,٥ × ٢٤,٥ سم .

تدمك : 2 - 516 - 308 - 977 - 978

١. المعوقون - علم نفس . ٢. المتخلفين عقليا - تعليم .

أ - العنوان .

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع

دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة - بجوار البنك الأهلي المركز
هاتف : ٠٠٢٠٤٧٢٥٥٠٣٤١ - فاكس : ٠٠٢٠٤٧٢٥٦٢٠٢٣

محمول : ٠٠٢٠١٢٨٥٩٣٢٥٥٣ - ٠٠٢٠١٢٧٧٥٥٤٧٢٥

E-mail: elelm_aleman@yahoo.com

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

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

(قالوا سبحانك لا علم إلا ما علمتنا إنك أنت العليم الحكيم)

[سورة البقرة: ٣٢]

الفهرس

الصفحة	الموضوع
١٢	الفصل الأول: الإعاقة العقلية .
١٣	• المعاقون عقلياً.....
١٣	• مقدمة.....
١٤	• مفهوم المعاقون عقلياً.....
١٥	• تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي <i>AAMR</i>
١٥	أ- التعريف التربوي.....
١٦	ب- التعريف الاجتماعي.....
١٧	ج- التعريف النفسي.....
١٧	د- التعريف الطبي.....
١٨	هـ- التعريف من وجهة نظر القياس النفسي.....
١٩	• نسبة انتشار التخلف العقلي.....
٢٠	• تشخيص التخلف العقلي.....
٢٢	• التخلف العقلي وبعض المتغيرات الأخرى.....
٢٢	• التخلف العقلي والمرض العقلي.....
٢٣	• التخلف العقلي وبطء التعلم.....
٢٤	• التخلف العقلي والتوحد.....
٢٤	• تصنيف المعاقون عقلياً.....
٢٦	أ- التصنيف التربوي للإعاقة العقلية.....
٢٦	ب- التصنيف السيكومتري لذوي الاحتياجات الخاصة ...
٢٦	ج- التصنيف الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة
٢٧	د- التصنيف التكيفي لذوي الاحتياجات الخاصة
٢٨	هـ- التصنيف الطبي الإكلينيكي لذوي الاحتياجات الخاصة
٢٩	• أسباب الإعاقة العقلية.....

٢٩	أولاً: العوامل الوراثية.....
٣١	ثانياً: العوامل البيئية.....
٣٣	ثالثاً: العوامل الاجتماعية النفسية.....
٣٣	• خصائص الأطفال المعاقون عقلياً.....
٣٣	أ- الخصائص الجسمية.....
٣٥	ب- الخصائص العقلية المعرفية.....
٣٦	ج- الخصائص الانفعالية.....
٣٧	د- الخصائص الاجتماعية.....
٣٨	هـ - الخصائص اللغوية.....
٤٠	الفصل الثاني: التوحد.....
٤١	• مقدمة.....
٤١	١- تعريف التوحد.....
٤٢	أولاً: النمطية اللفظية (vst).....
٤٢	ثانياً: الاختلال في النشاط التخيلي.....
٤٢	ثالثاً: الاختلال في التواصل مع الآخرين.....
٤٢	أ- وجود إعاقة كيفية في التعامل الاجتماعي المتبادل.....
٤٣	ب- خلل كفي في التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي.....
٤٣	ج- النقص والعجز في الأنشطة والاهتمامات.....
٤٩	٢- انتشار اضطراب التوحد.....
٥٠	٣- أسباب التوحد.....
٥٢	أ- العوامل النفسية والأسرية.....
٥٤	ب- العوامل البيولوجية.....
٥٦	ج- العوامل البيوكيميائية.....
٥٨	٤- أعراض التوحد.....
٦٠	أ- أبرز أعراض التوحد.....
٦٠	ب- أعراض التوحد في الطفولة المبكرة.....
٦١	ج- أعراض التوحد للطفل في سن المدرسة.....
٦١	د- التوحد لدى المراهقين والكبار.....

٦٤	٥- تشخيص التوحد.....
٦٦	• صعوبات تشخيص التوحد.....
٦٩	• الطرق المستخدمة في تشخيص اضطراب التوحد.....
٧٠	• الأدوات والطرق المستخدمة في تشخيص اضطراب التوحد.....
٧٠	أ- المقابلة الشخصية المعدلة للتوحد.....
٧٢	ب- قائمة سلوكيات التوحد.....
٧٢	ج- جدول المراقبة التشخيصية للتوحد.....
٧٣	د- جدول المراقبة التشخيصية للتوحد ما قبل تطور اللغة..
٧٣	هـ- قائمة التوحد للأطفال دون سنتين.....
٧٣	و- قائمة الملاحظة التشخيصية للتوحد.....
٧٤	• الفرق بين اضطراب التوحد وبعض الاضطرابات المتشابهة..
٧٤	١- التخلف العقلي.....
٧٦	٢- الإعاقة السمعية.....
٧٨	٣- الفصام.....
٨٠	٤- اضطراب التواصل.....
٨٢	٥- الاضطرابات النمائية الأخرى.....
٨٢	أ- اضطراب ريت.....
٨٣	ب- اضطراب اسبيرجير.....
٨٤	ج- اضطراب الطفولة التفككي.....
٨٤	د- التوحد والاضطراب النمائي غير المحدد في مكان آخر..
٩٣	• مشكلات الطفل التوحد بعد ٥ سنوات.....
٩٨	أولاً: مشكلات التعبير اللغوي.....
٩٩	ثانياً: مشكلات اللغة المنطوقة.....
١٠٠	ثالثاً: مشكلات التفاهم مع المفاهيم المعنوية.....
١٠٢	رابعاً: المشكلات التي تعاني منها أسرة الطفل التوحد.....
١٠٦	• دور الأسرة في التغلب على مشكلات الطفل التوحد.....

١٠٨	الفصل الثالث: الدراسات والبحوث السابقة
١٠٩	• المحور الأول: دراسات تناولت برامج سلوكية عامة في التقليل من سوء التوافق لدى الأطفال المعاقين عقلياً.
١٠٩	• المحور الثاني: دراسات تناولت اضطراب التوحد عند الأطفال التوحديين.....
١٠٩	• المحور الثالث: دراسات تناولت العلاج والعلاج بالفن للأطفال التوحديين.....
١٣٢	الفصل الرابع: الدراسات والبحوث السابقة
١٤٧	المراجع
١٤٧	أولاً: المراجع العربية.....
١٦٠	ثانياً: المراجع الأجنبية.....

مقدمة الكتاب

تعتبر مشكلة الأطفال ذوي 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 في 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 :

(ولقد كرّمنا بني آدم وحملناهم في البر والبحر ورزقناهم من الطيبات

وفضلناهم على كثير ممن خلقنا تفضيلاً) [سورة الإسراء: ٧٠]

كما وجهت السنة النبوية الاهتمام بذوي الاحتياجات العقلية ، حيث أشار النبي ق إلى ذلك بقوله :

"نحن معاشر الأنبياء ننازل الناس منازلهم ونكلمهم على قدر عقولهم" صحيح البخاري .

وتشير (نعمات رقبان ، ٢٠٠٦ ، ٤-٥) 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 ومدرّس 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 نعلم الطفل شيئاً يعنى 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 نعلمه للطفل لابد أن يكون مفيداً له ويدفعه للتطور والنمو . ولذلك يشير (عبد الحميد حكيم ، ١٩٩٩ ، ١٢) 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 لذوي الاحتياجات الخاصة وإتاحة فرص العمل المناسبة لهم وتأمين اندماجهم الكامل في المجتمع .
- تشجيع مشاريع الدراسة والبحث الرامية إلى تيسير مشاركة ذوي الاحتياجات الخاصة في المشاركة في مختلف نواحي الحياة .
- تشجيع اتخاذ تدابير فعالة للوقاية من العجز لإعادة تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة .

ولقد تضمنت توصيات بعض المؤتمرات التي اهتمت بالطفولة ضرورة الاهتمام بتربية الأطفال المعاقين ، واعتبار رعايتهم حقاً إنسانياً تقتضيه التشريعات والقوانين (أسماء السرسى وأمانى عبد المقصود ، ٢٠٠٢) . 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 ينمى حتماً 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 والاجتماعي والإنفعالي للطفل وعلى سلوكه بوجه عام . بحيث يتشكل لدى الأشخاص ذوي التوحد نمط خاص من النمو يختلف عن النمط العادي (سهي أحمد أمين ، ٢٠٠١) .

ويرجع الفضل إلى العالم ليوكانر *Leokanner* (١٩٤٣) 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 أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم.

(*Schopler, 1992: 3, wagner,2001: 1, Otten, et al,2004: 1*)
(عثمان لبيب فراج ، ١٩٩٤) .

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 وهي أن مصطلح التوحد يشير بشكل أو بآخر إلى أعراض محددة وتظهر تلك الأعراض في الطفل المصاب حيث نجده كما لو أنه يعيش في عالمه الخاص به أو يتعامل داخل عالمه دون الاعتبار بمن حوله وكأنه لا يراهم (*Davis, B*) .

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 يكونوا طبيعيين أو أذكاء جداً أو متخلفين عقلياً . (كريستين مايلز ، ١٩٩٤ : ١٨٥) .

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 ١٩٧٨ مع نشر الدليل الدولي التاسع تحت عنوان التوحد الطفولي . إضافة إلى هذا يوجد فرق بين زمالة أعراض التوحد وزمالة أعراض الفصام في الطفولة . (رشاد موسى ، ٢٠٠٢ : ٣٨٧) .

وفي عام ١٩١٢ استخدم الطبيب النفسي أوجين بلولر (Eugen Bleruler) كلمة توحد وكان يقصد بها آنذاك الهروب من الواقع فعندما نقول أن هذا شخص توحي فنحن نعني بذلك أنه لا صلة له بالواقع وكان معنى التوحد عند بلولر هو الذهان (Corbier, 2004: 13) .

والشخص التوحي ذو شخصية مغلقة وهو ملتفت إلى داخله ومنشغل انشغالاً كاملاً بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كلية إلى حد كبير في الخيال ونراه دائماً منشغلاً انشغالاً كاملاً بخيالاته وأفكاره وبأنماط السلوكية المقلوبة كبرم الأشياء أو لفها والهززة 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 التوحيدي وما قدم من دراسات سابقة لنقف على الكثير من البرامج العلاجية لهذه الإعاقة النمائية . وأسأل الله تعالى أن يوفقني وأن أنفع بما أقدمه عامة وخاصةً لهذه الفئة من الأطفال التوحيديين 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 توفيقي إلا بالله .

المؤلف

الفصل الأول

الإعاقة العقلية

المعاقون عقلياً

مقدمة :

يشير (فاروق الروسان: ١٩٩٨ ، ٣٧) إلى أنه ظهر العديد من المصطلحات الحديثة التي تعبر عن مفهوم الإعاقة العقلية *Mental impairment Or mentally handicapper* ، ومصطلح النقص العقلي *Mental deficiency* ، 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 إمكانياتهم بما يضمن لهم التوافق مع البيئة المحيطة ، وتأهيلهم للاندماج مع المجتمع الذي يعيشون فيه بالإضافة إلى الاهتمام ببرامج التنمية والرعاية واعتبار هذه البرامج مطلباً اجتماعياً أساسياً في تربية الأطفال ورعايتهم وتأهيلهم للاندماج مع الآخرين في البيئة المحيطة (أسماء السرسى ، أماني عبد المقصود ، ٢٠٠٢) .

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٩ ، ٣) إلى أن الاهتمام بنوعي 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، ٢٠٠٩، ٤٩، ٥٠).

وقد استخدمت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي *American Association of Mental Retardation (A.A.MR.)* مفهوم التأخر العقلي بمعنى التخلف العقلي وأطلقت على كل من يقل مستوى قدراته العقلية العامة عن المتوسط (كمال إبراهيم مرسى، ١٩٩٦، ٢٠٩).

وتشير (آمال عبد السميع باظة، ٢٠٠٢) 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 للتعليم 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 بطيئاً .

ويشير (وليد السيد خليفة، ٢٠٠٦) إلى أن الاهتمام بذوي الاحتياجات العقلية قد حظي بنصيب وافر من العلماء خاصة علماء النفس والتربية للتعرف على طبيعة هؤلاء الأطفال ، وأسباب إعاقته ، وطرق وقايتهم ، وأهم سبل علاجهم .

ويؤكد (محمود عنان، ١٩٩٨) 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 أنها 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 منشأه 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 .

(عاطف حامد زغلول ، ٢٠٠٤ ، ٢٣٥) .

أ-التعريف التربوي :

يشير (فاروق الروسان ، ١٩٩٨ ، ١٣٩) في تعريفه التربوي للتخلف العقلي الطفل الذي لديه تخلف وبطء 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 للتعليم *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 التعلم والتكيف لمطالب المجتمع (محمد محروس الشناوي ١٩٩٧ ، ٣٧) .

وتعرف (آمال عبد السلام أباطة، ٢٠٠٩ ، ١٥) المعاقين عقلياً بأنهم فئة لديهم القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصورة بطيئة ويحتاجون إلى برامج خاصة موجهة لإحداث تغيير في السلوك الاجتماعي ليصبحوا مقبولين في تفاعلهم مع الآخرين ، وأيضاً في تحسين العمليات المعرفية لديهم والمهنية .

ويعرف (محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي، ٢٠١٤، ٣٩) المعاقين عقلياً بأنهم الأطفال الذين ليس لديهم القدرة على التحصيل الدراسي والتعلم مقارنة بأقرانهم العاديين في نفس أعمارهم الزمنية ، ويصاحب ذلك ضعف توافقه مع الآخرين ، وتحمل المسؤولية عن أنفسهم ، وهؤلاء الأطفال يمكنهم الاستفادة من بعض البرامج الخاصة التي تحسن من أدائهم التعليمي والاجتماعي والمهني بدرجات تتناسب وقدراتهم وإمكاناتهم .

ويشير (محمد محروس الشناوي ، ١٩٩٧ ، ٣٨) 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 .

ب- التعريف الاجتماعي:

يشير (كمال سالم سالم، ١٩٨٨، ١١٥) إلى أن التخلف العقلي من الوجهة الاجتماعية هو انخفاض المستوى الثقافي والقدرة على التعامل مع الآخرين . وقد وضع الإتحاد 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 ، ٢٠٠٧ ، ١٠) 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 تطورية 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، ١٩٩٨، ٤٣٢) 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 ، ١٩٨٩ ، ١٥) 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 ، ١٩٩٨ ، ١٦٨) 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، ٢٠٠٩) 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 ، ٢٠٠٠ ، ٥٩٥) 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 ٤ شهور ويجلس دون مساعدة عندما يبلغ ٦ شهور ، ثم يزحف في سن من ٨-٩ شهور ، ويقف وعمره عام ، ويسير بمفرده في سن ١٨ شهر ، وهنا يتحكم في عملية التبرز ، ويبدأ في الكلام ، ويلبها التحكم في التبول عندما يصل لسنين 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 ، ٢٠٠٢ ، ٣٩٨) 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* (١٩٦٦) 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*

وهي 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 ، ٢٠٠٨ ، ٢٠١٠) إلى أن حجم مشكلة الإعاقة في مصر يقدر بنسبة ٤% - ١١% ، تبلغ نسبة الإعاقة العقلية منها ٧٣% أي ما يعادل مليون وثمانمائة ألف شخص في سن ما بين ٥ - ١٦ سنة ، وهذا يتطابق مع ما أوضحت نتائج العديد من الدراسات الميدانية والبحوث الحديثة المسحية .

ويشير (فاروق محمد صادق) (١٩٩٨ ، ٨٧-٨٨) إلى أن نسبة الأطفال المنغوليين نصل إلى حوالي ١٠% 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 ١٩% يتمتعون بقدرات تواصلية جيدة .

ويوضح (محمد عبد الرحمن حمودة ، ١٩٩٨ ، ٨١ - ٨٢) أن نسبة الأطفال الذكور المتخلفين عقلياً ترتفع عن الإناث وذلك بنسبة ١٥ : ١ 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 ، ٢٠٠١ ، ٢٩) 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 منحى التوزيع الطبيعي هو أفضل مقياس يشير إلى نسبة انتشار التخلف العقلي والذي يقدر بـ (٣ %) ويشير هذا المنحى إلى ما يلي :-

- حوالي ٢٦ ، ٦٨ % من الناس يقعون بين درجتي الذكاء ٨٥ - ١١٥ ويطلق عليهم فئة متوسطي الذكاء .
- حوالي ٥٩ ، ١٣ % يقعون بين درجتي ٧٠ - ٨٥ درجة وهم دون الوسط ويطلق عليهم *EMR* أي القابلين للتعلم وهم ذوي الإعاقة البسيطة .
- حوالي ١٤ ، ٢ % من الناس يقعون بين درجتي الذكاء ٧٠ - ٥٥ وهم يمثلون درجة التخلف العقلي المتوسط وهو ما يشار إليه بالإنجليزية بـ *TMR* القابلية للتعلم .
- حوالي ٣ % من الناس دون درجة الذكاء ٥٥ وهم يمثلون التخلف العقلي الشديد *SMR* أي الذين بحاجة إلى دور رعاية نهارية أو ليلية ، وتجدر الإشارة بأن نسبة التخلف العقلي المقدر بـ ٣ % 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 ٣ % ، أم نسبتهم في الوطن العربي باعتبار سكانه ٨٠ مليون نسمة فإن نسبة المتخلفين عقلياً هي حوالي ٢ 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 مغلي ، عبد الحافظ سلامة ، ٢٠٠١ ، ٧١ - ٧٣) أنه يجب أن يقوم التشخيص على مجموعة من الأبعاد هي :-
- الذكاء : وفيه تحدد نسبة ذكاء الطفل أقل من (٧٠) .
 - النضج الاجتماعي : وفيه يتميز الطفل بعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره ومشاركة من يعيش معهم في علاقاتهم الاجتماعية .
 - ملاحظة سلوك الطفل : أن الأسلوب الجديد يتطلب إيداع الطفل في إحدى مدارس التربية الفكرية لملاحظتهن قرب لمدة أسبوعين ، وتسجيل جميع الملاحظات غير العادية ، والاستفسار عنه من الجميع خاصة من الأبوبين .
 - 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 ، ١٩٩٨ ، ٩٢) 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 ، ١٩٩٨ ، ٨٥ ؛ أمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٧ ، ٦٦) 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 كالأزمات وأنواع القصور العقلي في الأسرة والمناخ الأسري الذي يعيش فيه ومدى حاجة الطفل للرعاية والخدمات الاجتماعية .

التخلف العقلي وبعض المتغيرات الأخرى :-
التخلف العقلي والمرض العقلي :

يشير (نادر فهمي الزبيد ، ١٩٩٥ ، ٢٤) 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 عاды الذكاء وقد يكون عقرياً وليس ذكياً فقط .

ويوضح (عبد المطلب أمين القريطى ، ١٩٩٦ ، ٨٨ - ٨٩) 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 عقاير 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 بطيء التعلم ، ومن منطلق أن الأطفال بطيء 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 ، ٢٠٠٨ ، ١٩٨)

فالطفل بطيء التعلم *Slow Learner* يبدو سوياً في مظهره واستجاباته وقدراته الاجتماعية ، وطبيعياً في سلوكه وشخصيته وتتنحصر 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 "بطيء تعلم" ولكن يمكن اعتبار الأطفال الذين تبلغ نسبة ذكائهم أقل من ٩١ درجة وأكثر من ٧٤

درجة يكون ضمن هذه المجموعة فالفرق بين الأطفال بطيء التعلم والأطفال الذين يصنفون كمتخلفين عقلياً تخلفاً بسيطاً أو معتدلاً من خلال استخدام معامل الذكاء لتمييزهم .

(نادر فهمي الزيود ، ١٩٩٥ ، ٥٠)

كما يعرف *Brennan* التلميذ بطيء التعلم بأنه طفل عمره العقلي أقل من عمره الحقيقي بسنتين أو أكثر ، أو هو متعلم غير قادر على المثابرة على العمل المدرسي العادي بالمقارنة بأقرانه في نفس العمر الزمني .
(نادر فهمي الزيود ١٩٩٥ ٤٩) .

التخلف العقلي والتوحد :

يشير (إبراهيم محمود بدر ، ٢٠٠٤ ، ٤٧ - ٤٨) إلى أنه غالباً ما يتواجد مع اضطراب التوحد التخلف العقلي إذ أن حوالي ٤٠% من حالات التوحد تكون مصاحبة بتخلف عقلي من ٥٠% - ٥٥% أو أقل أي تخلف متوسط أو شديد ، بينما ٣٠% من تلك الحالات تكون مصاحبة بتخلف عقلي بسيط من ٥٥% - ٧٠% 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 الإعاقتين 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 ، ٢٠٠٣ : ٥٧٠) 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 ذوي الاحتياجات العقلية (القابلين للتعلم) يختلفون عن ذوي الاحتياجات العقلية (القابلين للتدريب) من حيث السمات العقلية والانفعالية والاجتماعية

وقد اختلف العلماء المتخصصين في تصنيف ذوي 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 ، ٢٠٠٩ ، ١١-١٣) 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 فهمي الزويد (١٩٨٩) أن نسبة الإعاقة العقلية في السويد (٤ ، ٠ %) ، بينما تبلغ نسبة الإعاقة في الدول العربية (٨ ، ٣ %) ، وفي دول أمريكا اللاتينية حوالي (٣ ، ١١ %) ، 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، ٢٠٠٠ ، ٢٥) 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 الكاتب 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 (١)

يوضح التصنيف التربوي (التربية الخاصة) لذوي الاحتياجات العقلية

م	الفئة	نسبة الذكاء تتراوح من
١	بطئ التعلم <i>Slow learner</i>	٩٠ - ٧٥
٢	القابلون للتعلم <i>Educable mentally retarded</i>	٧٥ - ٥٠
٣	القابلون للتدريب <i>Trainable (T M R) mentallyretarded</i>	٥٠ - ٣٠
٤	الطفل غير قابل للتدريب (الاعتمادى) <i>The totally dependent child(Untrainable)</i>	٣٠ - فما دون

(نادر فهمي الزيود، ١٩٩٥، ١٨)

ب- التصنيف السيكومترى (من وجهة نظر القياس النفسي) للإعاقة العقلية : يعتمد هذا التصنيف في ضوء معيار نسبة الذكاء على مقياس القدرة العقلية لإستانفورد بينيه على ثلاثة فئات جاءت على النحو التالي:-

جدول رقم (٢)

يوضح التصنيف السيكومترى(من وجهة نظر القياس النفسي) لذوي الاحتياجات العقلية

الفئة	نسبة الذكاء على اختبار ستانفورد بينيه
المأفون	من ٧٥-٥١
الأبله	من ٥٠-٢٦
المعتوه	من ٢٥ فأقل

(حسام إسماعيل هيبه، ١٩٩٧، ٥٢)

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

جدول رقم (٣)
يوضح التصنيف الاجتماعي لذوي الاحتياجات العقلية

الفئات	درجة التخلف	فئة الانحراف المعياري لنسب الذكاء	نسب الذكاء	
			ستانفورد- بينيه	وكسلر- بلفيو
تخلف عقلي بسيط	١	٢٠١- إلى ٣	٧٠-٥٢	٧٤-٥٥
تخلف عقلي متوسط	٢	٣٠١- إلى ٤	٥١-٣٦	٥٤-٤٠
تخلف عقلي شديد	٣	٤٠١- إلى ٥	٣٥-٢٠	٣٩-٢٥
تخلف عقلي عميق	٤	٥- فأقل	أقل من ٢٠	أقل من ٢٥

(يوسف القريوتي، وآخرون، ١٩٩٥، ١٠٩)

د- التصنيف التكيفي للإعاقة العقلية :

تشير (آمال عبد السميع باظة، ٢٠٠٩، ١٦) 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 (١٩٨٥) 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 لذوي الاحتياجات العقلية : يعتمد هذا التصنيف على المظاهر والملامح البيئية التي تصاحب بعض حالات الإعاقة العقلية والتي جاءت على النحو التالي :

جدول رقم (٤)

يوضح التصنيف الطبي الإكلينيكي لذوي الاحتياجات العقلية

الفئات	أهم أسبابها
١-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 ٤٠ سنة) (وخاصة إذا كان الحمل الأول). ولشذوذ توزيع الكروموزومات في شكل وجود كروموزوم جنسي زائد نتيجة لاضطراب تكويني في البويضة.
٢-القرزم <i>Cretins</i>	ترجع أسباب القماءة أو القصاع إلى نقص هرمون الغدة الدرقية منذ المرحلة الجنينية وتتحسن حالتهم الجسمية ونموهم و درجة ذكاءهم إذا عولجوا مبكراً خلال السنة الأولى.
٣-صغر الجمجمة <i>Microcephalies</i>	ترجع أسباب هذه الحالة إلى إصابة الجنين في الشهور الأولى نتيجة علاج الأم بالأشعة أو الصدمات الكهربائية، و حدوث عدوى أثناء فترة الحمل أو وجود موروثة (جين) متتحى مسئول عن الحالة، أو التحام عظم الجمجمة مبكراً بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نمواً طبيعياً.
٤-كبر الجمجمة <i>Macrocephalies</i>	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.

الفئات	أهم أسبابها
٥- حالات عامل الريزيسى في الدم <i>R.H. Factor</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 و ورث الجنين من أبيه نوع دمه RH+ حدث هذا الاضطراب مما يؤثر سلبياً على خلايا المخ و وظائفه.

(سهير كامل أحمد، ١٩٩٨، ٨٧-٩١)

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 وراثية التخلف العقلي في الأمراض والاضطرابات الكيميائية التي تنتقل إلى الجنين من والديه أو أحدهما فتسبب تلفات الدماغ وتعييب جهازه العصبي وتعوق نموه وتطوره . (عبد العظيم شحاته ١٩٩٣ ، ٢٧) .

ويشير (محمد مقداد وآخرون ، ٢٠٠٨ ، ١٩٩) 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 ١٩٩٧ ، ١١٣) أن الدراسات التي أجريت على أطفال تتراوح أعمارهم ما بين ٥- ١٥ سنة أثبتت أن ٢١% من الحالات تعاني من ضمور في خلايا المخ وصغر حجم الرأس عن المألوف وكذلك ٢١% من الحالات أيضاً تعاني من العاهات علاوة على تشوهات أخرى في أجزاء من الجسم .

ويضيف (كمال مرسى ، ١٩٩٧ ، ١١٦) أن وراثية التخلف العقلي تعني إما أن يكون الطفل قد ورث التخلف العقلي من والديه أو من أجداده ، أو قد يكون ورث خاصية مرضية بيوكيميائية تتلف خلايا دماغه وجهازه العصبي وتؤدي إلى تخلفه العقلي .

وتنقسم العوامل الوراثية إلى :-

- العوامل الوراثية المباشرة : حيث تحدث الإعاقة العقلية نتيجة لبعض العيوب المخية 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 الممتحى 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 .

- 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 ذوي الأمهات أو الآباء المتخلفين عقلياً يولدوا متخلفين عقلياً ويظهر ذلك في زواج الأقارب أكثر . ومن الأمثلة التي توضح أثر العوامل الوراثية المنغوليين والقصاع (القرم) وكبر الدماغ . ويتعاون مع الجين الوراثي

المنقول من الأجيال السابقة البيئة بأفرادها المتخلفين عقلياً أيضاً فلو أن الأب أو الأم يعاني من قصور عقلي أصبحت بيئة الطفل لا تساعد على التنمية العقلية . (آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٩ ، ٢١) .

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 المبسرة ونقص الأكسجين أثناء الولادة للطفل أو الضغط على رأس الطفل والتأثير على خلايا الدماغ (آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٩ ، ٢١) .

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

- 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 :
- مرض الحصبة الألمانية .
- مرض الزهري .
- مرض تسمم البلازما .
- مرض حمى الصفراء .
- تعرض الأم للإشعاعات .
- اضطرابات الغدد الصماء .

(كمال مرسى ، ١٩٩٧ ، ١٥٣)

- 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 طبية للطفل في حياته . (أحلام عبد الغفار ، ٢٠٠٣) .

وهذا بالإضافة إلى الولادات المبكرة واستعمال الأجهزة والآلات في عمليات التوليد في حالات عسر الولادة ويؤدي ذلك إلى إصابة مخ الجنين فيحدث للوليد نزيف أو تلف جزء من المخ . (عبد المجيد عبد الرحيم ، ١٩٩٧ ، ١٣٤ ،

وتضيف (أحلام رجب عبد الغفار ، ٢٠٠٣ ، ١٩) إلى أنه يمكن تحديد الأسباب المؤدية إلى التخلف العقلي أثناء الولادة :

- الحمل الخطر .
- عدم اكتمال الحمل .
- الإصابة البدنية أثناء الحمل .
- الاختناق أثناء الحمل .
- تشنجات الأطفال نتيجة اختلال الأوكسجين .
- نقص السكر في الدم .
- 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 ، ١٩٩٧ ، ١٥٩)
- 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، ١٩٩٣) .
- ويوضح (عبد العظيم شحاتة مرسى ، ١٩٩٠ ، ٢٧) 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 القريطي ، ٢٠٠٥ ، ٩٩) إلى الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية . إذ يمكن أن تكون تحت سبع فئات وهي:-

- ١-أسباب تتعلق بنواة البلازما.
- ٢-أسباب مرتبطة بمرحلة تخصيب البويضة .
- ٣-أسباب ترتبط بزراعة الجنين .
- ٤-أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين الأولى.
- ٥-أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين اللاحقة .

- ٦-أسباب تتعلق بالولادة غير السليمة .
٧-أسباب تتعلق بمرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة .

ثالثاً : العوامل الاجتماعية النفسية :

يشير (عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٤ ، ١١٤) 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 تدني 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 يفقدون 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 لذوي الإعاقة العقلية وذلك لوجود الكثير من الفروق الفردية بينهم من حيث مدى الإعاقة أم من حيث مصدر الإصابة بالإعاقة وذلك لإرتباط السمات العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية بهما . ومن ثم فقد قسم علماء النفس والتربية صفات المعاقين عقلياً على أساس مدى الإعاقة إلى قابلين للتعليم وقابلين للتدريب واعتماديين فقط .

أ-الخصائص الجسمية : تؤكد (علا عبد الباقي، ١٩٩٣) أنه على الرغم من تشابه هذه الفئة في الخصائص الجسمية مع الأطفال العاديين إلا أن 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 ، ٢٠٠٢ ، ١٠٢) 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 نيب تواجدها من دولة لأخرى . وتوضح (زينب شقير ، ٢٠٠٠ ، ١٢٤) عدة خصائص جسمية للمعاقين عقلياً هي :

- أقل وزناً وأصغر حجماً .
 - أميل إلى القصر من الأطفال العاديين .
 - تأخر في النمو العام .
 - تشوه الجمجمة والفم واللسان والأسنان والأذنين والعين إما بالصغر في الحجم أو الكبير في الحجم عن العادي .
 - صعوبة المحافظة على نفسه وعلى حياته .
 - تكاد تنعدم حاستي الشم والتذوق .
 - اضطراب حاستي السمع والكلام .
 - زيادة نسب أمراض الكلام .
 - 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 ، ١٩٩٦ ، ٢٧٧) 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 ١٣ - ١٤ % لدى المتخلفين عقلياً ، وبالنسبة للقصور البصري فقد وجد أن نسبة الإصابات البصرية تصل إلى ٤٠ % ومنها قصر البصر وطول البصر وحالات الحول وعمى الألوان .

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٩ ، ٢٣) إلى أن الطفل المعاق عقلياً يتأخر في نموه العقلي ونشاطه الجسمي عنه لدى الطفل العادي ، وتوجد إعاقات مصاحبة للإعاقة العقلية مثل عدم التأزر الحسي الحركي العصبي ، ومعظم حركات الطفل المعاق غير هادفة .

ويشير فروق محمد صادق (١٩٨٢) : إلى أن ذوي الاحتياجات العقلية لديهم قصور واضح في النواحي التالية (السمع - الإبصار - اللمس) .
ب- 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 (٧ - ١١) سنة .

ويشير (محمد مقدار وآخرون ، ٢٠٠٨ ، ٢١١) إلى أن الطفل السوي ينمو سنة عقلية خلال كل سنة زمنية من عمره ، أما الطفل المتخلف عقلياً فإنه ينمو ٩ شهور عقلية في كل سنة زمنية ، وأن نسبة ذكاء المتخلف عقلياً تقل عن ٧٥ .

تشير (آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٩ ، ٢٤) أنه من محددات وتعريف الطفل المعاق انخفاض نسبة ذكائه فلا يزيد عن (٧٠) 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 :-

١- 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 .

٢- 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 يشرد بال الواحد منهم ولهذا السبب لا يستطيع المتخلف عقلياً فهم المواقف التي تتطلب المتابعة والتركيز .

٣- الميل نحو تبسيط المفاهيم وعدم القدرة على التقويم : 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 التقويم ، حيث أنهم قادرون على الاستجابة للمثيرات الحسية الملموسة .

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

٥- الابتكار والتخيل : فمن خلال الملاحظات الإكلينيكية أن المتخلفين عقلياً يمكنهم الرسم الابتكاري أو النحت أو الأداء الموسيقي ، ومن الدراسات القليلة التي أجريت في هذا المجال دراسة حمدي المليجي (١٩٨١) حيث أثبتت الدراسة أن التدعيم له أثر في تحسين الأداء الابتكاري عند الأطفال المتخلفين عقلياً على اختبارات تورانس للتفكير الابتكاري . ويؤكد (فاروق محمد صادق ، ١٩٨٢) على أن الأطفال المتخلفين عقلياً تقع نسبة ذكائهم عند ٧٥% 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 ٩ شهور عقلية أو أقل في كل سنة زمنية ، وهذا هو السبب في زيادة التباين بين الأعمار العقلية بين السوي والمتخلف عقلياً .

ج- الخصائص الانفعالية : يتميز الأطفال المعاقين عقلياً بمجموعة من الخصائص الانفعالية وأهمها:

١- عدم 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 القريطي ، ٢٠٠٥ ، ٢٢٣) .

٢- اضطراب مفهوم الذات : فمفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال سيء لأنهم يتعرضون لخبرات الفشل والإحباط في البيت والمدرسة أكثر من العاديين (كمال إبراهيم مرسى ، ٢٠٠٠ ، ٢٨٩)

٣- 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 ، ٢٠٠٠ ، ٩٠) .

٤- السلوك العدواني : تبرز أشكال السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً في عدم الطاعة ، والهجوم البدني ، والعدوان اللفظي

، وتدمير الممتلكات وإعاقة الآخرين ،(سهي أحمد أمين ، ١٩٩٩ ، ٦٤-٦١).

ويشير (محمد محروس الشناوي ، ١٩٩٧ ، ٣٠٣-٣٠٤) 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 وتهديتها 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 الإشتراك 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 .

د-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 وعي كافي.(آمال عبد السلام باظه ، ٢٠٠٩ ، ٢٣).

ويشير (سعيد حسنى العزة ، ٢٠٠١ ، ٨٩-٩٠) 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 .
- تدني 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 .
- هـ - 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 الحصيللة 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 ، ٢٠٠٩ :٢٢) .
- ويشير توماس Thomas (١٩٩٤) إلى أنه يمكن تنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم من خلال برنامج تدريبي يعتمد على النماذج البيئية المحسوسة .
- (Thomas:1994,pp615-660)

وأشارت دراسة اكسروميرتيو *Xeromerituo* (١٩٩٢) 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 والنعنية (*xeromeritou*: 1992, pp 571 – 584) وتشير فوزية دياب (١٩٩٥، ٧٧-٨٦) : إلى أن اكتساب الطفل للمهارات اللغوية يساعده على ممارسة الخبرات الحسية والحركية ، وإذا 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

التوحيد

مقدمة

يعتبر ليوكانر *Leokanner, 1935* أول من تعرض لإعاقة التوحد (الطفل الأوتيزم) 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 الأوتيزم ، حيث لاحظ على هؤلاء الأطفال التوحديون استغراقهم المستمر في الانغلاق الكامل على الذات والتفكير الإجتراي 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 .

إلا أنه بدأ ينظر لهذه الفئة كفئة 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 .

ويندرج التوحد كفئة مستقلة في كل من الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث المعدل (١٩٨٧) 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*) (١٩٩٤) ورد ضمن الاضطرابات النمائية المنتشرة وغير المحددة وليس ضمن الاضطرابات الانفعالية الوجدانية .

(١) تعريف التوحد :-

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

- ١- اضطراب في سرعة النمو ومراحله.
- ٢- اضطراب في الكلام واللغة والتمييز المعرفي .
- ٣- اضطراب بل وعجز في الاستجابة للمثيرات الحسية .
- ٤- اضطراب في التعلق المناسب بالأشخاص والأحداث والموضوعات .

وقد قدم محمود حمودة (١٩٩١) ملامح صورة إكلينيكية 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 للتذكر قصير الأمد وتكرار الكلمات وأشباه 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 ، ويؤدي 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 الإيحاءات الانفعالية وتغيرات الوجه تكون غير مناسبة للموقف الاجتماعي ولا يفهم التعبيرات اللغوية للآخرين مثل الفكاهة .

ويضيف محمود حمودة (١٩٩١) إلى الصورة الإكلينيكية السابقة ستة عشر صنفاً لهذا الاضطراب ، ويشترط وجود ثمانية أعراض منها على الأقل لتشخيص الطفل الأوتيزمي . وقسمها إلى مجموعات ثلاث هي نفسها المكونات الثلاث للصورة الإكلينيكية بصورة أكثر تفصيلاً .

(أ) وجود إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل .

- (١) خلل بارز في القدرة على عمل صداقة مع الآخرين .
 - (٢) لا يشترك في اللعب الاجتماعي ويفضل اللعب الفردي وإذا اشترك في اللعب الفردي يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة .
 - (٣) عجز ملحوظ في الوعي بوجود أو مشاعر للآخرين .
 - (٤) لا يحاكي الآخرين (لا يقلدهم) أو يحاكي بصورة ناقصة أو جزئية أو التقليد الآلي للآخرين دون علاقة له بالموقف بصورة تكرارية .
 - (٥) لا يبحث عن الراحة وقت المرض أو يطلب الراحة بطريقة ملحة أو شاذة .
- ب) خلل كفي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي .
- (١) لا توجد وسيلة تواصل مثل محاولات التواصل اللفظي أو التعبير الوجهي أو الإيماء أو التواصل الحركي .
 - (٢) التواصل اللفظي غير الطبيعي الملحوظ كما في كثرة استخدام الحملة بالعينين "عدم الابتسام أو النظر للآخرين " ولا يعرف التقاليد كالا احترام والترحيب .
 - (٣) غياب النشاط التخيلي وأيضاً اللعب الاجتماعي والشخصيات الخيالية والروايات والقصص الخيالية .
 - (٤) يظهر شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام مثل ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع وأحياناً الكلام على وتيرة واحدة.
 - (٥) يظهر شذوذ في شكل ومحتوى الكلام وتشمل الكلام بصورة آلية مكررة مثل التردد المباشر للكلام أو التكرار الآلي واستخدام الكلمات في غير مواطنها من الجمل وأخطاء في استخدام الضمائر .
 - (٦) عجز في القدرة على بدء محادثة مع آخر أو استمرارها برغم وجود الظروف المناسبة للحديث .
- ج) النقص والعجز في الأنشطة والاهتمامات .
- (١) ضيق ملحوظ وفقر في الاهتمامات والانشغال باهتمامات ذاتية جزئية أحياناً اهتمام واحد جزئي بأعضاء الجسم ، بأوراق وخيوط وغيرها .
 - (٢) الإصرار غير المناسب على إيقاع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار على أن يسلك نفس الطريق عند قضاء بعض الأعمال .
 - (٣) التوتر والاضطراب الشديد عند حدوث تغيير في البيئة ولو كان ضعيفاً مثل تحريك كرسي أو أباجرة .
 - (٤) الحركات الآلية للجسم مثل لف الرأس أو الجسم أو النقر بالأيدي .

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 ، ١٩٩٧ : ٧٣١) .

وتعرفه نادية أبو السعود (١٩٩٨) بأنه ارتقاء غير طبيعي مختل يتضح قبل الثلاث سنوات من عمر الطفل ويتميز بفساد التفاعل الاجتماعي والاتصال الشعوري والنشاط التخيلي والأنشطة الاجتماعية مرتبطاً 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*) (٢٠٠٥-٢٣) أن الأطفال التوحديون ذوي النشاط الزائد منبذون اجتماعياً لعدم قدرتهم على التفاعل مع الأقران ، كما أنهم يكابدون في مساراتهم التكرارية ، تكرار أدوارهم المقيدة والطقوس النمطية لديهم .

ويشير (فاروق صادق ، ٢٠٠٣ : ٦٢) إلى أن التوحد نوع من اللاضطرابات 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 (محمد صبري وهبة : ٢٠٠٤) أن التوحد أو الذاتية 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 ٧٥ حالة لكل ١٠٠٠٠ حالة في حين أكدت الدراسات الأخرى خمس حالات لكل ألف حالة.

ويتفق كل من بارى وآخرين *Barry et al* (٢٠٠٣: ٦٨٥)، ياس وموليك *Bass&Mulick* (٢٠٠٧: ٧٢٧)، أكشوموف *Akshoomoff* (٢٠٠٦: ٢٧٤) وريفييس *Reavis* (٢٠٠٣) على أن التوحد ما هو إلا إعاقة في جوانب النمو المختلفة، حيث يعاني الأطفال ذو التوحد من إعاقات واضحة في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتنوعة مثل الاتصال بالعين، والتغيرات الوجهية والتغيرات البدنية، والإشارات المستخدمة. كما أنهم يفشلون في مراقبة تأثير سلوكياتهم على الآخرين، مما يتضح أثره في صعوبة اكتساب المهارات.

ويتفق كل من هشام الخولي (٣٠٠٤)، وعادل عبد الله (٢٠٠٣) في أن اضطراب التوحد هو اضطراب نمائي منتشر يؤثر سلباً على العديد من جوانب التوافق، ويعاني هؤلاء الأطفال التوحديون من اضطرابات سلوكية. تتمثل في نمطية الحركة، وأيضاً اضطرابات في اللغة.

ويعرف إبراهيم الغنيمي (٢٠١٠: ١٧) 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 التصورية والإدراكية.

وعرفه السيد الرقاعي (١٩٩٩: ٨٧) 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.

ويرى كل من عثمان فراج (١٩٩٤: ٥٣) ، وبيرسون وآخرون (Pearson et al ٢٠٠٦: ٣٢٨) أن مصطلح التوحد يطلق على إعاقة من إعاقات النمو التي تتميز بقصور في الإدراك والتفكير ونزعة انطوائية إنسحابية تقوم بعزل الطفل عن المحيطين به ، وبذلك يصبح الطفل التوحد منغلقة على ذاته ولا يحس بمن حوله من أفراد أو أحداث .

وتعرفه سهي أمين (٢٠٠١: ٢٠) بأنه نوع من الاضطرابات 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 وأيضاً 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 .

ويرى كل من ماكينتوش وديساناياك (Macintosh & Dissanayak ٢٠٠٦) 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 لغوياً أكثر طبيعية ، ولكنهم لا يقدرّون على متابعة المحادثة 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 .

ولقد اهتم كل من بارسونز وميتشل (Parsons & Mitchell ٢٠٠٢: ٤٣٠) وايفي وآخرين (Ivey et al ٢٠٠٤: ١٦٧) 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 يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة (DSM:1994).

وعرفته دائرة المعارف العامة (١٩٩٩) على أنه عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي الذي ينتج عنه ضعف واضح في مقدرة الفرد على التعلم واكتساب المعلومات وهذا الاضطراب يتخلل جميع الوظائف الخاصة مؤثراً لوجود اضطراب بيولوجي في الناحية التطورية للمخ ولم يتعرف على سبب حدوث هذا الاضطراب إلى الآن (Michael:1999).

ويشير كل من (Moyes2001:33.,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 .

ويشير محمد شوقي (٢٠٠٣: ١٧) إلى التوحد بأنه اضطراب إتصالي خطير في مرحلة الطفولة المبكرة عادة قبل الثلاثين شهر 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 نمطية 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 لا يحدث الشفاء منه) ولكن قد تتحسن الحالة من خلال التدخل المبكر ووضع البرامج العلاجية والإرشادية والتدريبية المقدمة للطفل التوحدي .

وبشير محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠٠٦ : ٦٦) إلى الطفل التوحدي بأنه طفل تؤثر عليه كثيراً من مظاهر نمو الطفل المختلفة وبالتالي تؤثر عليه بالانسحاب للداخل والانغلاق على الذات ، وهذا بالتالي يضعف من اتصال الطفل بعالمه المحيط ويجعله يحب الانغلاق ويرفض أي نوع من الاقتراب الخارجي منه ويجعله يفضل التعامل مع الأشياء أكثر من تعامله مع المحيطين به.

ويتفق كل من فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠ : ٥٠٥) ، وعمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤ : ٦٣) على أن مفهوم التوحد يلتف حول مجموعة من المعاني حيث أنه اضطراب واضح في الارتقاء اللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية وهو زملة 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 .

وبشير عبد العزيز الشخص وعبد القادر الدماطي (١٩٩٢ : ٥٢-٥٣) على أن التوحد هو اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (ما بين ٣٠-٤٢) 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 .

ويتفق كل من هشام الخولي (٢٠٠٤) وعادل عبد الله (٢٠٠٣) في أن اضطراب التوحد من الاضطرابات التي تؤثر سلباً على العديد من جوانب التفوق حول نفسه ويعانى هؤلاء الأطفال التوحديون من اضطرابات سلوكية تتمثل في نمطية الحركة وأيضاً اضطرابات في اللغة.

ويوضح يوسف القريوطي وآخرون (١٩٩٥ - ٣١٦) 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* (٢٠٠٦ - ٧٥٣) ، ودارسون وآخرون *Dawson et al* (٢٠٠٤ - ٢٧١) على أن الأطفال التوحديون 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* (١٩٩٢ - ٣٨٦) على أنه أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة ومصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفض وتنسم 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 ، ١٩٩٣ : ١٥٩) .

(٢) انتشار اضطراب التوحد :-

ينتشر اضطراب التوحد (الأوتيزم) بنسبة (١ - ٢٠٠٠) بين الأطفال وقد تصل إلى (١ - ٢٥٠٠) 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 عكاشة (١٩٩٢) على الذاتية أو " إعاقة التوحد " الذاتية الطفيلية *Childhood Autism* بأنها نوع من الاضطراب الإرتقائي المنتشر يدل عليه التالي :-

• نمو أو ارتقاء غير طبيعي في قصور وعجز أو اختلال يتضح وجوده قبل عمر (٣) سنوات .

• نوع من الأداء الغير طبيعي في المسالك الآتية :-

- أ) عجز في التفاعل الاجتماعي مع المحيطين به في البيئة .
- ب) عجز في التواصل والسلوك النمطي المحدود والمتكرر .
- ج) إنتشار المخاوف المرضية واضطرابات النوم والأكل والهيياج بالعدوان الموجه للذات .

اتفق عصام زيدان (٢٠٠٤) ، إلهامي عبد العزيز (٢٠٠١) ، عادل عبد الله (٢٠٠١ - أ) ، حسين فايد (٢٠٠٤ : ٥٢٩) على أن اضطراب التوحد يحدث لفرد واحد من بين كل ٥٠٠ 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 بأقربانهم ذوي الاضطرابات

الأخرى يصل إلى ٣% تقريباً وأن نسبة انتشار الاضطراب في الولايات المتحدة يبلغ ٠,٦% وأن نسبة انتشاره في اليابان تتراوح ما بين ٠,١٣% : ٠,١٦% .

ويتفق كل من إبراهيم الزريقان (٢٠٠٤) ، يوسف وآخرون (٢٠٠٤) عبد الله سكر (٢٠٠٥).

على أن تزايد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة ١ : ٤ 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 (٢٠٠٦ : ٧) 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 انتشاره الحقيقية ، والذي يعد ثاني أكثر أنماط الإعاقة العقلية انتشاراً ، ولا يسبقه سوى التخلف العقلي . ويتفق كل من كانون (٢٠٠٦ : ٩) ، سيلرز (٢٠٠٦ : ٤) إلى أن التقديرات الحالية توضح تزايداً متنامياً لحالات هذا الاضطراب ، حيث تقدر بحوالى ٤٠ : ٦٠ طفلاً في كل ١٠٠٠٠ طفل ، كما أن هذه التقديرات أوضحت أنه يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية ما بين ٦٠٠٠٠ إلى ١١٥٠٠٠ طفل تحت سن ١٥ عام يتم تشخيصهم على أنهم ذو توحد .

(٣) أسباب التوحد:

لأن لم يصل العلماء والباحثين إلى أسباب مؤكدة يمكن الأخذ بها والاستناد عليها للوقوف على أسباب اضطراب التوحد 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 التوحد :

- النظرية الأولى : ترى أنه لوحظ أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يعانون في نفس الوقت من حساسية من مادة الكازين وهي موجودة في لبن الأبقار والماعز وكذلك مادة الجلوتين وهي مادة بروتينية موجودة في القمح والشعير .

• 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 أصلاً 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 .

• النظرية الثالثة: ترى أن أسباب التوحد ترجع إلى لقاح " النكاف " و" الحصبة " و" الحصبة الألمانية " 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 تلقى اللقاحات وُجد 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، ٢٠٠٠) .

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، ١٩٩٦) .

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 (8: Richer &Coates,2001)

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 والإنزيمات 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).

(١)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 الأسري عامة يؤدي إلى عدم تمتع الطفل بالاستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة (رشاد عبد العزيز موسى ،٢٠٠٢: ٤٠٧) .

ويرى صلاح عراقي (٢٠٠٦: ٢٢٣) . 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 أن علاقة الآباء غير المستحبة والباردة مسئولة عن نمو إعاقة الأوتيزم (sue,et,al,1994: 504) .

ويرى كوهين وباتريكن (٢٠٠٠) ، كايل ونيلسون : (Kail& Nelson,1993: 442)

أن النظريات النفسية المفسرة لهذا الاضطراب لم تعد مقبولة في الوقت الحالي ، فبالرغم من أن كثير من آباء الأطفال التوحديين ذو ذكاء مرتفع وطبقات اجتماعية عالية ، إلا أن هذا الاضطراب يقع في جميع مستويات

الذكاء والطبقات الاجتماعية .

ولقد حدد كل من دينيس وكانتويل *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 : ٢٠٠٢ : ٦٨-٦٩)
ومن الدراسات التي تؤكد على دور العوامل النفسية في الإصابة بالتوحد الدراسة التي قام بها *Burd kerbeshan* (١٩٩٨) ، والتي هدفت إلى التعرف على التفاعل بين العوامل النفسية والعصبية في التوحد من خلال دراسة لحالة طفلة تعاني من التوحد عمرها (٢٢) شهر ، يشير تاريخ الحالة إلى قيام الوالدين برحلة تركوا فيها الابنة مع الجدة وظلت الطفلة تبكي من (٨ : ٩) 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 كالحملقة 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 وفراط الحركة ظل ملازمين لها حتى سن (٦) سنوات وقت كتابة التقرير عن حالتها ، وهذه الحالة تؤكد على دور العوامل النفسية في حدوث التوحد (إلهامي عبد العزيز أمام ، ١٩٩٩ ، ٤٠٠) .

وتذكر (ميريل كيارايد ، ١٩٩٢ : ٧٣) 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 لقائه مع الأشخاص الذين يوفر له الحماية ويشبعون احتياجاته كما يساعدونه على اتساع أفقه ويطلقون له العنان ليتحرك بحرية .

ويشير كل من (عبد المجيد سيد أحمد ، زكريا الشربيني ، ١٩٩٨ ، ٦١ - ٧٩) إلى أهمية العامل النفسي البشري وأنه حصلة 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 .

وأخيراً فإن هذه العوامل النفسية والأسرية لم تجد ما يبررها في أن تكون أسباب مباشرة لاضطراب التوحد حيث أن البحوث الحديثة لم تؤكدوا 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 .

(٢) العوامل البيولوجية:-

يعتقد (لويس كامل مليكة ، ١٩٩٨: ٢٦٧-٢٦٨) أن عدم الاتساق الإدراكي هو الخلل الوظيفي الأساسي في الأوتيزم مع وجود آفات في المناطق الشبكية 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 كروي 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) .

وفي دراسة قام بها مورتون وآخرون ١٩٩٧ *Morton, et al* . على طفل عمره عامان يعاني من الأوتيزم ، كشفت أشعة الرنين المغناطيسي وجود إصابة شديدة في الفص الدماغى الأيمن ، وفي دراسة أخرى قام بها كاتس ١٩٩٨ للتعرف على الفروق التشريحية العصبية والمعرفية العصبية *Neuranatomical and neurocognitive* بين زوجين من التوائم المتماثلة من المصابين بالذاتوية ، تم عمل رنين مغناطيسي وتحليل كمي لتشريح المخ ، كشف أن التوائم المصابة لديها سبب ملحوظ في حجم كل من نواة الكودات *Caudate* والأميجدال *Amygdaloid* والحصىين

Hippocampal وصغر حجم القصيصات الفرمية في المخيخ *Cerebellar vermis lobules* وذلك مقارنة بعينة من أطفال أسوياء تتراوح أعمارهم ما بين (٦،٥-٣،٥) سنوات (إلهامى عبد العزيز إمام ١٩٩٩: ٤٥-٤٦).

وفي دراسة لسميرة السعد (١٩٩٨: ١٣٥) وأخرى لرفعت بهجات (٢٠٠٧: ٤) أكدوا أن أسباب إعاقة التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية وليست نفسية ورثياً أن الحصبة الألمانية أو ارتفاع الحرارة أثناء الحمل أو تلفاً في المخ أثناء الحمل أو الولادة قد يكونوا أسباباً لاضطراب التوحد.

ويشير دايكن 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 المغناطيسي ظهرت اختلافات في المخ والمخيخ لدى التوحديين 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 توحديين ، بالرغم من أنه من النادر أن يوجد في العائلة أكثر من طفل واحد مصاب بالتوحد . فريت (Frith: 2003: 70).

ويشير (Brill, 2001: 18) إلى أن الدراسات الأولية أشارت إلى إمكانية أن يكون الكروموزوم رقم ١٣ هو المحدد للأوتيزم بينما تشير دراسات متشابهة إلى الخلل في كروموزوم رقم ٧ والمرتبط كذلك بقصور اللغة والحديث . ويوجد عدد من الاختبارات الأخرى التي تدعى وجود حوالي ٢٠ جيناً 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 إنتقال الجينات من الأهل إلى الطفل أو نتيجة تأثيرات على الدماغ مثل الإصابة بالحصبة الألمانية أو انخفاض وزن الجنين وقد دعم ذلك وجود التوحد مترافقاً 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 التوحدى.

(٣) العوامل البيوكيميائية *Biochemical Factors*

يشير (لويس كامل مليكة ، ١٩٩٨ : ٢٦٨) إلى أن معظم الدراسات والبحوث في هذا المجال تتفق على أن مستوى السيروتونين في الدم المحيطى *Peripheral* أعلى لدى الأطفال التوحديون مقارنة بالأطفال الأسوياء وأنه في حوالى ٣٠ % من الأطفال التوحديون أكثر ارتباطاً بانخفاض مستوى الذكاء ، كما يوجد نقص في سائل النخاع الشوكى وإزدیاد في حمض الهوموفونانيليك لدى الأطفال ذوي التوحد .

وفي هذا المجال يستخلص كل من (عثمان فراج ، ٢٠٠٣ : ١٢)، عادل عبد الله (٢٠٠٤ : ١٧٣-١٧٤) مجموعة من العوامل البيئية والعصبية والكيميائية التي قد تلعب دوراً ملحوظاً في حدوث اضطراب التوحد هي :-

- التلوث الكيميائى وخاصة بمركبات المعادن الثقيلة كالرصاص والزنك والزرنيخ .
- أحد صور التمثيل الغذائى مثل حالات *pku* ، أو مرض السكرى .
- خلل أو قصور في الجهاز المناعى.
- إصابة بكتيرية أو فيروسية ، مثل التهاب الغدد النكافية ، أو التهاب الكبد الوبائى ، أو الإيدز ، أو نقص المناعة المكتسبة ، أو إصابة الأم بالحصبة الألمانية .
- تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية أو للإشعاعات .
- التلوث الإشعاعى أو التعرض للأشعة سواء الأشعة السينية (x)، أو التسرب الإشعاعى ، أو إستخدام 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، ٢٠٠٣: ٧) إلى أنه قد زاد الاهتمام بالعوامل البيئية الكيميائية بعد الضجة التي أثارت في أوائل التسعينات عندما أكتشف أن عقار الثالومين الذي كان يستخدم بكثرة بين السيدات لتثبيث الحمل كان سبباً لولادة أطفال يعانون من تشوهات جسمية أو تخلف عقلى أو صمم ، أو كف بصر بعد ولادتهم وتبين أن ٥% 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 لاكتشف الأم أنها حامل عند تناولها هذا الدواء في الأيام الأولى للحمل حيث يكون الجهاز العصبي في مرحلة بدء تخلفه (٢٠-٢٤) يوماً من بدء الحمل .

كما ترى (زينب شقير، ٢٠٠٤)، (جمال القاسم وآخرون ، ٢٠٠٠) أن تزيد احتمالية ولادة طفل توحدي في حالات الولادة المتعثرة أو المعقدة وتجدد الإشارة إلى أن تلك الأسباب لم يتم تأكيد أي منها بشكل علمي قاطع حتى هذا اليوم لإعتبارها مسبباً أساسياً 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 لدم وبول ٥٠ طفل يعانون من التوحد وكشفت النتائج أن هناك ارتفاع ممزق بسلسلة طويلة من الأحماض الدهنية *ply 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 انرورفت *Betaendorphins* (مواد تشبه الأفيونات وتفرز داخلياً في الجسم) المناعية التفاعلية) في البلازم التوحيديين كانت ناقصة بدرجة دالة إحصائياً مقارنة بالأسوياء .

إلاً أننا حتى الآن لا نرى أسباب قوية للإصابة باضطراب التوحد حيث الآن 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 .

(٤) أعراض التوحد:

يشير (Gabriels.& Hil, 2003: 16) إلى أن الشكل الأساسي للطفل التوحدي يشمل الفشل التام أو شبه التام في العلاقات الاجتماعية وتحديدًا 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 ، و خلاصة القول أن هذا الطفل يعاني من مشاكل في اللغة ويتبعها مشاكل في التفاعل الاجتماعي وما نجده أيضا 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 .

ويصف عثمان لبيب فراج (١٩٩٥) 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 أحيانا الطفل لصوت رغم ارتفاعه ويستجيب في نفس الوقت للأصوات الخافتة مثل ورق الجريدة أو الورقة التي تغلف قطعة الشيكولاته .

- 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 لتغيير المقاطع والنغمات .
- ويردد نفس السؤال إذا سأله 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 فالمعنى 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 (٢٠٠٣) ، عبد الفتاح عبد الحميد الشريف (٢٠٠٧) 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 التبدل في الاستجابة للغير وتبدل المشاعر تجاه الأم والخطر ، ويصبح السلوك مشتت ، وقد أوضحت الإحصائيات أن من ٧٥ : ٨٥% من التوحيديون يعانون من تخلف عقلي بدرجات متفاوتة .

ويشير (محمود على محمد ، ٢٠٠٤) إلى عدة مؤشرات يمكن ملاحظتها على الطفل التوحدي داخل الأسرة ، منها :

- الحركات المتكررة مثل الجري ، وفتح وغلق 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 ٢٠% من الأفراد الذين يعانون من التوحد متأخرون في اكتساب القدرات العقلية ، وأكتشف 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 ٢% من الأطفال الذين يعانون من التوحد حالات صرع ، ويعاني 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 يعاني 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 الوالدي لعدم السواء النمائي في التوحد أن ما يقرب من ٣٠ : ٥٣% قبل أن يصل طفلها إلى عامه الأول ، وأن ٨٠ : ٩٠% على الأقل أدركوا عدم السواء لدى طفلهم في الشهر الرابع والعشرين . (DiGiacomo&Fombonne1998) .

ويضع (عثمان لبيب فراج ، ١٩٩٤) 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 (٦-١٢) 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 - يحققون 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 (Ciccetti&Tvcker,1994) .

التوحد لدى المراهقين والكبار :

هناك اتفاق بين البحوث والتراث الإكلينيكي يتمثل في أن التوحد حالة عجز مستمرة طوال الحياة تقريباً ، 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

DeMyeretal,1973.Lovaas,2000,Nordin&Gillberg,1998,Pivenetal,1996,Rumseyetal,1985,Rutter,1970,Seltzeretal,2003,Szaymari et al 1989,Knorrning&Haeggloef,1993 .

على الرغم من أنه في بعض الحالات تبقى بعض خصائص فرط الحساسية الاجتماعية ، والسلوكية ، والتواصل . وفيما يتعلق بالتحسن ، فقد أعلنت بعض الدراسات المتابعة تحسن عام مع العمر ، فقد أشار كانر ورفاقه (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 ٤٣% من العينة التي بلغت ٢٠١ أسرة يابانية بين العاشرة والخامسة عشر من العمر في حين وجد بالإبان جيل ورفاقه (Ballaban-Gil et al, 1996) تحسناً في السلوك لدى ٩% إلى ١٨% من العينة غير المتجانسة بناء على السلوك كما أعلن ايفز وهو (Evas&Ho, 1996) عن تحسن معرفي أو سلوكي لدى ٣٧% من عينته التي بلغ قوامها ٧٦ طفلاً تم متابعتهم لمدة أربعة سنوات إلى أن وصلوا لمرحلة المراهقة المبكرة . ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في الصورة الرابعة (Dsm-Iv) (١٩٩٤) إلى أن أعراض التوحد تتمثل في ضرورة توافر ست أعراض أو أكثر وهذه الأعراض تظهر قبل سن الثالثة من العمر وتتمثل هذه الأعراض في :

أولاً:- وجود عجز أو قصور في النمو قبل سن الثالثة وذلك في واحد على الأقل

من الجوانب التالية : -

- (١) اللغة التعبيرية المستخدمة في الاتصال .
 - (٢) تطور التفاعل الاجتماعي والتفاعل المشترك .
 - (٣) اللعب الرمزي أو الوظيفي .
- ثانياً:- الاضطرابات النوعية في التواصل ، كما هي ظاهرة بوحدة على الأقل مما يلي : -

- (١) تأخر أو غياب كلي للغة المنطوقة .
- (٢) استخدام نمطي وتكراري للغة ، أو اللغة الفطرية الأولى .
- (٣) بالنسبة لأطفال التوحد ذوي بعض القدرة اللغوية لديهم إعاقة على ابتداء المحادثة مع الآخرين والمحافظة عليها .

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

(١) اضطراب في استخدام السلوكيات غير اللفظية ، مثل النظر بالعين والتعبير بالوجه والإيحاء بالجسم والإشارات والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي .

(٢) قلة البحث عن أشخاص آخرين لإيجاد الراحة واللعب معهم في أوقات الضغط العصبي أو تقديم الراحة والحب للآخرين حينما يظهرون القلق والحزن .

(٣) العجز في الطلب التلقائي لمشاركة الاستمتاع والاهتمام والإنجازات مع الآخرين مثل العجز في الإحضر والإشارة إلى موضوعات اهتمام الآخرين .

(٤) العجز في التفاعلات الاجتماعية والانفعالية .
رابعاً : - أنماط تكرارية ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة المحددة كما هي ظاهرة بوحدة على الأقل مما يلي : -

(١) حركات نمطية وتكرارية مثل التلويح بالأيدي وضرب الرأس .
(٢) الانشغال بالأنشطة أو العاب محددة والتقيد الإستحوازي بالأنشطة الروتينية والطقوسية .

(٣) الانشغال بأجزاء من الأشياء (مثل يد لعبة بدلاً من اللعبة) واستعمال غير اعتيادي غير مألوف للأشياء .

ويضع عثمان لبيب فراج (١٩٩٤) ثمانية أعراض تشخيصية للطفل التوحدي هي :-

- (١) القصور الحسي .
- (٢) العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي .
- (٣) الاندماج الطويل في سلوك نمطي متكرر .
- (٤) نوبات إيذاء الذات .
- (٥) القصور اللغوي والعجز عن التواصل .
- (٦) التفكير الإجتراري المنكب على الذات .
- (٧) قصور في السلوك التوافقي .
- (٨) الأفعال القسرية والطقوس النمطية .

ويرى عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٠) أن هناك أعراض رئيسية للتوحد هي :-

- (١) المبالغة في رد الفعل للمثيرات السمعية والبصرية .
 - (٢) الاهتمام الخاص بخبرات إدراكية حقيقية .
 - (٣) وجود اضطرابات وأنماط غريبة وشاذة في الحديث واللغة .
 - (٤) سلوك حركي غير عادي ومقاومة للتغيير في البيئة .
 - (٥) تطرف في التعبير عن الانفعالات وأيضاً في الحالة المزاجية .
 - (٦) افتقار السلوك التخيلي ويظهر ذلك في اللعب .
- (٥) تشخيص التوحد :-

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 أنهم 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 أنها 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 ١٥ ، ٣٠ سنة . بينما يوجد التوحد ويظهر قبل عمر ٢ : ٣ سنة والفصام يصيب الإناث والذكور على السواء ولكن التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٤ : ١) ، 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 (٢٠٠٣ : ٧٥٣-٧٥٤) أنه عند تشخيص التوحد لا توجد مرحلة سابقة أو كبيرة من الارتقاء الطبيعي ، ولكنها إن وجدت لا تتجاوز عمر الثلاث سنوات ، وهناك دائماً اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي كما يتضح في فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين ، 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 (٢٠٠٢: ب: ٤٧) إلى أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبيعته الرابعة *Dsm - Iv* الصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) *APA* والتصنيف الدولي العاشر للأمراض *ICD - 10* الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) *WHO* يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص اضطراب التوحد وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هي : -

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

(٢) 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.

(٣) 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 .

(٤) 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 (٢٠٠٤: ١٦٧-١٦٨) 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 محكاً لتشخيص التوحد .

صعوبات تشخيص التوحد :-

ترجع الصعوبة في تشخيص الطفل التوحيدي إلى التشابه في بعض الأعراض مع بعض الحالات الأخرى ويتفق كل من محمد حسيب الدفراوي (١٩٩٣) وعثمان لييب فراج (١٩٩٤) (١٩٩٥) ، وهوبسون Hobson (١٩٩٨) ، وعمر بن الخطاب (١٩٩١) 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 .
- يوجد صعوبة في تطبيق الاختبارات الحالية لقياس الذكاء والقدرات والعمليات العقلية على الطفل التوحيدي .(آمال عبد السميع باظة : ٢٠٠٢ : ٣٢) .

وتشير (آمال عبد السميع باظة : ٢٠٠٣) إلى أنه يمكن التمييز بين الأطفال ذوي اضطرابات التواصل التوحيدي من حيث يبدأ الأطفال في البيئة الأولى بتواصل الإيماءات وتعبيرات الوجه والإشارة بدلاً عن العجز في اللغة بينما لا يبدي الأطفال التوحيديين منها أو استعمالهم لهذه الأدوات للتواصل ، ويمكن تمييز الأطفال التوحيديين عن المعاقين عقلياً فيما يلي :-

- يتعلق الأطفال المعاقين عقلياً بالآخرين ولديهم وعى اجتماعي وهذا غير موجود لدى الأطفال التوحيديين ، وتوجد لغة تواصل بين الأطفال المعاقين عقلياً وربما لا توجد إطلاقاً لدى الأطفال التوحيديين 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 التوحيديين أقل منها لدى الأطفال المتخلفين عقلياً .
- ويوجد لدى الأطفال التوحيديين سلوكيات نمطية متكررة ومعروفة لدى الطفل والمحيطين به أما بالنسبة للمعاقين عقلياً فهي غير اجتماعية.
- ويشير عثمان لييب فراج (١٩٩٥) إلى صعوبة التشخيص الحقيقي لهذه

الفئة لتشابهها مع كل من ذوي التخلف العقلي وصعوبات التعلم والفصام الطفلي 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 وتتناهي 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 ذوي اضطراب التوحد عن غيرهم من أطفال ذوي اضطرابات أخرى مثل الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطرابات اللغة والأطفال ذوي الإعاقة السمعية ، ويرجع ذلك إلى تداخل الأعراض (سهي أحمد أمين ، ٢٠٠١) .

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 ٢٠ طفل من كل (١٠ ، ٠٠٠) 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 أضاع عليهم سنوات من التدريب الصحيح . وقد يرجع ذلك إلى مشكلات الإدراك الحسي الذي قد يعاني منه الكثيرون من الأطفال ذوو التوحد (محمود على محمد ، ٢٠٠٤)

ويشير (إبراهيم محمود بدر ، ٢٠٠٤ ، ٤٧) إلى أنه بسبب تشابك وتعدد الصور الإكلينيكية للتوحد نتيجة لإرتباطة 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 (٢٠٠١ ، ٣٦) ، عثمان فراج (٢٠٠٢ ، ٦٨ - ٦٩) 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 (١٩٩٩ : ١٦) 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 أيضاً قلة خبرة الوالدين بمظاهر النمو السوي لطفلهم الأول .

ويشير (رشاد موسى ، ٢٠٠٢ ، ٤٠٢) إلى أنه من صعوبات تشخيص اضطراب التوحد هو عدم الوصول إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة لهذا الاضطراب.

وترى (نادية إبراهيم ، ١٩٩٧ ، ٣٨) 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 كريماني بدير (٢٠٠٤ : ١٦٧ ، ١٦٨) إلى أنه مما يزيد من صعوبة التشخيص لاضطراب التوحد أن كثير من سلوك التوحد 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.

الطرق المستخدمة في تشخيص اضطراب التوحد : -

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 أيضاً أعراض لاضطرابات أخرى فإنه يمكن للطبيب إخضاع الحالة لاختبارات طبية مختلفة لاستبعاد مسببات محتملة أخرى ، ولذلك فإن تشخيص حالات التوحد يعتبر صعباً 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 مختصاً في الأعصاب وأحياناً نفسياً ، 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 يمكن 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 بديلاً عن الاضطرابات النمائية الشاملة والتي تعتبر فئاتها المتعددة درجات على هذا المتصل ، وبالتالي فهي ترى أن متلازمة سبيرجير هي الدرجة البسيطة من التوحد ، وأعاد بعض الباحثين تشخيص الحالات التي عرضها سبيرجير ووجدوا أن أربعة منها ينطبق عليها تشخيص التوحد وفقاً لمحكات الطبعة الرابعة من الدليل الأمريكي ، كما أدرج التوحد غير النمطي ضمن فئة الاضطراب الشامل للنمو غير المحدد كما أضيف 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 الرزاق هويدي ٢٠٠٠ : ١٥ - ١١٨) .

ومن الأدوات والطرق المستخدمة في تشخيص اضطراب التوحد ما يلي :
(١) المقابلة الشخصية المتضمنة لأسئلة تتناول الخصائص الشخصية للفرد ومقابلة أخرى للتمييز بين التوحد والتخلف العقلي وإعاقات اللغة .

(٢) 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 .

(٣) مقياس لتقدير التأثيرات العلاجية على مرضى التوحد من خلال قياسي النشاط الحركي والاجتماعي والوجداني واللغة والاستجابات الحسية .

(٤) جدارة الملاحظة التشخيصية للأطفال المصابين بالتوحد .

(٥) 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، ١٩٩٦، إلهامي عبد العزيز إمام ١٩٩٩) .

ومن أهم الأدوات التشخيصية المتاحة مقياس تقدير التوحد في مرحلة

الطفولة (Childhood autism ratingscale (Cars) الذي وضعه

سكديلر والذي يعتبر من الأدوات سهلة الاستعمال ويقيس هذا المقياس

المفحوصين وفقاً لخمس عشرة 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 (١ - ٩) بحيث يعطى المقياس درجة تتراوح بين ١٥ - ٦٠ .
- ويعطى المقياس الدرجات المختصرة التالية :-
- إذا كانت درجة المفحوصين أقل من ٣٠ يعتبر غير مصاب بالتوحد .
 - إذا كانت درجة المفحوصين بين ٣٠ - ٣٦ يعاني من درجة متوسطة من التوحد.
 - إذا كانت درجة المفحوصين تزيد عن ٣٦ يعاني من توحد شديد .
- وقد أجريت 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 التوحيدي منها :-
(١) المقابلة التشخيصية المعدلة للتوحد . *Verised autistic diagnostic*
interviews آلة وضعها لوك وروتر عام ١٩٩٩ هي مقابلة شبه منظمة
تعتمد على استنصاءات 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 ١٩٩٤)
. 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 يجري المقابلة مع والدي
الطفل ، وتعد الزيارة مفيدة لما توفر من فرصة لمراقبة الطفل في بيته
ويمكن كذلك تطبيق هذه المقابلة في العيادة وتستغرق ٩٠ دقيقة - إذا
قام بها مختص متمرس .

(٢) قائمة سلوكيات التوحد *Autism beharvior checklist (ABC)*
وتقيس هذه القائمة الاستجابات الحسية وفهم لغة الجسد والمهارات
اللغوية ومهارات خدمة الذات والمهارات الاجتماعية وتشتمل القائمة
على (٥٧) 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 ذوي الأداء المنخفض وبالتالي فإن هذه
القائمة لا تستخدم كأداة للتشخيص ولكنها تعتبر جيدة في توثيق تقدم
الطفل واستجابته للمعالجة والخطة التعليمية . *(Lord & Paul 1998)*

(٣) جداول المراقبة التشخيصية للتوحد *The autism dighostic*
Observations schedule (ADOS) وتعتبر هذه الجداول
بروتوكولاً موحداً لمراقبة سلوك التواصل والسلوك الاجتماعي للأطفال
من سن ٣٠ شهر فما فوق ممن يستطيعون الكلام والذين يحتمل إصابتهم
بالتوحد ، ويعتبر وسيلة إلقاء التحية وسلوك التواصل والسلوك
الاجتماعي والتحدث والتعبيرات الاجتماعية والحوار وفهم المزاج
وفهم اللغة غير الحرفية (الضمنية) .

(٤) جدول المراقبة التشخيصية للتوحد ما قبل تطور اللغة . *Pre linguistic autism diagnostic observation schedule (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 مؤخراً 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 (٣٠ : ٤٥ 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، ٢٠٠٤ ، ٣١٨).

(٥) قائمة التوحد للأطفال دون سنتين *Checklist for autism in toddlers: (CHAT)* وهذه القائمة صممت لملاحظة السلوكيات الإنذارية المبكرة للإصابة بالتوحد ابتداء من عمر ١٨ 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 .

(٦) 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 ٧ 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 بالإماءات .
 - لا يحب العناق .
 - فارط الحركة .
 - انعدام التواصل البصري .
 - تدوير الأجسام واللعب بها .
 - ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء.
 - يطيل الغناء في اللعب الانفرادي .
 - أسلوب متحفظ وفاتر للمشاعر.
- (Olivers, 1995, 902-928) ، (محمد شوقي ، ٢٠٠٣) .
- الفرق بين اضطراب التوحد وبعض الاضطرابات المتشابهة :-
- (١) التخلف العقلي :-

غالباً ما نجد أن الأطفال من ذوي التخلف العقلي إجتماعيين 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 إجتماعية 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 والإستجابة للعلاج لذلك يعد التعرف على اضطراب التوحد لدى الأشخاص ذوي متلازمة داون وإكتشافها مبكراً ذو مضامين هامة في التدخلات الطبية والاجتماعية والتعليمية التي تقدم للأطفال وأسرههم ، وقد لوحظ أن ٤٠% من التوحديون لديهم معامل ذكاء يقل عن (٥٠ - ٥٥) وحوالي ٣٠% يتراوح معامل ذكاؤهم بين (٥٠- ٧٠) ، ويلاحظ أن حدوث التوحد يتزايد مع نقص الذكاء فحوالي ٢٠% من التوحديون لديهم ذكاء غير لفظي سوى . ويتميز اضطراب التوحد بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواحي أساسية من النمو والسلوك هي :-

- خلل في التفاعل الإجتماعي .
- خلل في التواصل والنشاط التخيل.
- القلة الملحوظة للأنشطة والاهتمامات والسلوك المتكرر آلياً.

وبشير (عبد المجيد منصور وآخرون ، ٢٠٠٣ : ١٤٣) إلى أهم الفروق بين توحد الطفل وإعاقته عقلياً فيما يلي :

١- الطفل المتخلف عقلياً ينتمى ويتعلق بالآخرين ولديه وعي إجتماعي بينما الطفل التوحد لا يوجد لديه تعلق بالغير حتى إذا كان له مستوى ذكاء متوسط .

٢- الطفل التوحد له أداء أكثر في المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى ويكون الأداء أقل في المهمات اللفظية بينما المعوق عقلياً يكون الأداء منخفضاً أو متساوياً في المهمات سواء لفظية أو غير لفظية .

٣- تتناسب لغة المتخلف عقلياً مع نسب ذكاؤه بينما التوحد يمكن أن تكون لغته غير متوفرة وإن وجدت فهي غير عادية .

٤- العيوب الجسمية لدى المعوق عقلياً أكثر من العيوب الجسمية لدى التوحد .

٥- للطفل التوحد إمكانية إبداع مهارات خاصة مثل الرسم والموسيقى وهذا لا يظهر لدى الطفل المعوق عقلياً بشكل كبير .

٦- للطفل التوحد سلوكيات نمطية شائعة تختلف عن تلك الموجودة لدى الطفل المعوق عقلياً.

ويتفق كل من عثمان فراج (٢٠٠٢) ، عبد الحميد منصور وآخرون (٢٠٠٣) عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٤) على بعض المؤشرات التي تسهل عملية التشخيص الفارقى والتمييز بين إعاقة التوحد والتخلف العقلي والتي تم تسجيلها من تجارب الملاحظة الموضوعية المقننة للاعاقين ما يلي :

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

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

٣- طفل التخلف العقلي لا يعاني من مشكلة رجوع الصدى الذي يعاني منه طفل التوحد الذي يعيد نطق آخر كلمة أو كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه .

- ٤- طفل التخلف العقلي لا يستثيره التغيير في عاداته اليومية سواء في الملبس أو اللعب أو المأكل ولا يندفع في ثورات غضب (مثل طرق رأسه في الحائط) وإيذاء ذاته بعكس ما يحدث للطفل التوحدي .
- ٥- طفل الخلف العقلي لا يعاني من قصور في إستعمال الضمائر بعكس ما يفعله طفل التوحد الذي يخلط بين أنا وأنت وكذلك بالنسبة إلى غيرها من الضمائر .
- ٦- طفل التخلف العقلي أسهل مراراً في التعامل معه في برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهود فائقة وصبر في التعامل معه .
- ٧- طفل التوحد يتجنب التواصل البصري بإلقاء العيون بين المحادثين وهي نادراً ماتحدث مع طفل التخلف العقلي .
- ٨- طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر بينما لا يحدث في طفل التخلف العقلي .
- ٩- طفل التوحد ليس لديه القدرة على التعامل مع الآخرين بعكس طفل التخلف العقلي الذي يشارك أقرانه في أنشطتهم ويستمتع باللعب معهم .
- ١٠- طفل التوحد قد ينبغ أو يتفوق أو يبدي مهارة في أحد المجالات أو في الفن كالرسم والموسيقى وهي سمة لا توجد عند طفل التخلف العقلي .
- ١١ - التوحد من حيث إنتشاره أقل بمراحل من التخلف العقلي فنسبة حدوثه ٣-٢ % على الأكثر بينما التخلف العقلي ينتشر بنسبة ٣% من المجتمع أو أكثر .
- ١٢- طفل التوحد لا يفهم المظاهر أو العاطفية كما أن لديه قصورا وغياب القدرة على التعبير عنها على عكس ما يحدث لطفل التخلف العقلي .
- (٢) الإعاقة السمعية :-

قد يتداخل الأمر على البعض ويخلطون بين تشخيص الطفل التوحدي وغيره أو قد يذهبون في تصنيف الأطفال كتوحيديون في حين قد تستوجب الحالة تشخيصاً آخر أكثر ملائمة فعلى سبيل المثال فإن الطفل المتخلف عقليا 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 إهتماماً شعبياً واسعاً بحيث نجد أن الأخصائيين الإكلينيكين قد يميلون إلى إستخدام 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 السرطاوى ، ٢٠٠٢: ٣) .
ويتفق كل من عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٠) ، محمد الخطيب (٢٠٠٥) على توضيح أهم الفروق بين الأطفال التوحديين والأطفال ذوي الإعاقة السمعية على النحو التالي :-

- معدلات الذكاء في حالات الإصابة بالإعاقة السمعية أعلى من نظيرتها في حالات التوحد .
- حالات الإعاقة السمعية لها القدرة على تكوين علاقات إجتماعية على عكس أطفال التوحد .
- يميل أطفال التوحد إلى الانسحاب الإجتماعي والإنزعاج من الروتين بشكل أساسى مقارنة بالأطفال المعاقين سمعياً .
- يمكن للطفل التوحدي تحقيق تواصل لفظى بينما لا يستطيع الأصم .
- يسهل تشخيص الإعاقة السمعية بالفحص الطبى لأجهزة السمع والكلام بينما توجد صعوبة في تشخيص التوحد نظراً لعدم وجود أدوات مقننة لهذا العرض .

ويشير كل من سيمونز وأوشى (Simons&Oishi, : 1987: P.31) إلى أن الفرق بين الأوتيزميين والمعاقين سمعياً في أن المعاقين سمعياً يحاولون التواصل عن طريق الإشارات والإماءات ، كما أنها تقوم بالتواصل العينى وهو مايفتقر إليه التوحديون ، وفي حين يوجد قصور عام في الاستجابة لدى الاوتيزم حيث يستجيب الأطفال الأوتيزميين للأصوات بشكل متنافر ومتناقض فإن ذلك لا يوجد لدى الأطفال المعاقين سمعياً . ويشير بيركى (Berke, 2003) إلى أنه يتم إسءاء التشخيص لكل من التوحد والإعاقة السمعية أو الخلط بينهم حيث أن الطفل التوحدي قد يبدي بعض السمات التي يبيدها 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 توحدى نظراً لما قد يصدر عنه من سلوكيات . ويرى (رشاد موسى ، ٢٠٠٢ ، ٣٩٠) أن تشخيص التوحد بين الأطفال تاريخياً إقتصر على الأحكام التي يصدرها الإكلينيكيون ، حيث قام عليها في أغلب الأحيان أخصائيو الطب النفسى 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 الكليينكية ، وتتمتع مقاييس التقدير وقوائم الشطب بإجراءات مقننة للإستخدام 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 ماتتداخل مع اضطرابات نمائية أخرى .

(٣) الفصام :-

يشير (محمود حموده، ١٩٩١، ١٠٥) إلى أن العلاقة بين الفصام والتوحد في أن الإصابة بالفصام نادراً ماتحدث في الطفولة بينما المصابين بالتوحد قد يكون لديهم عديد من الأعراض السالبة للمرحلة المتبقية من الفصام مثل العزلة الاجتماعية ، والإنسحاب ، والسلوك مفرط الغرابة ، والوجدان المتبدل غير المناسب و غرابة اللغة ، والآلية المتكررة للأفعال .

ولذلك فإن برونو (Bruno, 1993: 29) ، فريث (Frith, 2003)

(69- 68) يشيران 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 .

ويشير عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١ : ١٢٦) إلى أن هناك فروقاً بين الاضطرابين تتمثل في :-

- أن الطفل التوحدي غير قادر على إستخدام الرموز بالمقارنة بالفصامي.
- ضعف النمو الإجتماعي عامة لدى الطفل التوحدي أكثر من الفصامي.
- يبدأ ظهور التوحد قبل سن عامين ونصف بينما الفصام يبدأ في عمر متأخر من الطفولة أو مع بداية المراهقة .
- عدم وجود هلاوس وهذائانات لدى الأطفال التوحيديون بينما يكثر وجودها لدى الفصاميين .
- ضعف النمو اللغوي عامة لدى الأطفال التوحيديون أكثر من الفصاميين.
- ضعف النمو الإنفعالي عامة لدى الأطفال التوحيديون أكثر من الفصاميين .
- وقد خصص (Rimland) الفرق بين كلا من فصام الطفولة والتوحد

كما هو في الجدول الآتي:-

جدول يوضح الفروق بين كلا من فصام الطفولة والتوحد

المظاهر الإكلينيكية	فصام الطفولة	التوحد
بداية ظهور العرض	بشكل تدريجي وبين عمر سنتين إلى ١١ سنة بعد فترة نمو الطبيعة	ظهوره تدريجيا بعد الولادة بثلاثين شهراً
المظاهر الاجتماعية	اهتمام منخفض مع الآخرين وانسحاب، وفقدان التواصل وعلاقات معاقبة مع الآخرين	الفشل في إظهار حركات إيمائية متوقعة، إصرار على التماثل، البقاء في عالمه الخاص حتى عندما يكون مع الآخرين
المظاهر المعرفية والذهنية	اضطراب التفكير، تشوه في التوجيه المكاني والزمني ومتوسط متدني في الذكاء مشكلات إدراكية	قدرة مكانية عالية، ذاكرة جيدة ، ذكاء متعدد
الانفعالات	عيوب الاستجابة الانفعالية، الانفعالات غير المناسبة ، ومتدنية	عدم الاستجابة انفعاليا مع الآخرين، ويمكن أن يستجيب بالتدريب لبعض الانفعالات البسيطة مثل التقليد، الابتسام، 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

المظاهر الإكلينيكية	فصام الطفولة	التوحد
		في التواصل، حرفية مصاداة، عكس الضمائر
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.

(Rimland, 1994: 543)

(٤) اضطرابات التواصل :-

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

- العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل لدى الطفل التوحد بينما يتعلم مضطرب التواصل معاني مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين .
- يُظهر الطفل التوحد تعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة بينما المضطرب في التواصل يحقق التواصل بالإيماءات وتعابير الوجه تعويضاً عن مشكلة الكلام .
- كلاهما يمكنهما إعادة الكلام إلا أن التوحد يظهر إعادة الكلام المتأخر من الجمل والعبارات بعكس الطفل الاضطراب تواصلياً .
- وتميز آمال باظة (٢٠٠١، ٧٦) بين أطفال التوحد وذوي اضطراب التواصل حيث يبدي أطفال التواصل تواصلأً بالإيماءات وتعابير الوجه للتعويض عن مشكلات الكلام ، بينما أطفال التوحد لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة .

ويشير (عبد الرحمن سليمان، سميرة محمد سند، إيمان فوزي سعيد : ٢٠٠٤ : ٨٠) إلى بعض الفروق بين اضطراب التوحد واضطرابات التواصل كما يلي : -

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

ويشير علاء كفاني (٢٠٠١ : ١٤) 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 التوحيدي . ويرى (عبد الرحمن سيد سليمان: ٢٠٠٠ : ٧٨) أن الدراسات أشارت إلى أن هناك أوجه تشابه بين اضطرابات اللغة الاستقبالية واضطرابات اللغة التي يظهرها الأطفال التوحيديون كما أشارت نتائج الدراسات في هذين الاضطرابيين وكذا التمييز يمكن التعرف عليه من خلال أن الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل مع الآخرين بالإيماءات وتعبيرات 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 بترديدهم للكلام (المعاداة) وخاصة ترديد أواخر الكلمات أكثر وفي حين يخفق الأطفال التوحيديون في استخدام اللغة كوسيلة اتصال يكون بإمكان الأطفال الاضطرابيين لغوياً 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 لغوياً.

(٥) الاضطرابات النمائية الأخرى :-

١- اضطراب ريت *Reets Disorter* :-

يشير عثمان فراج (٢٠٠٣: ١١٩-١٣١) إلى متلازمة ريت بأنها إحدى اضطرابات النمو الشاملة *disorder, pevelopmetal* 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 إعاقة تواصل ونوبات صراعية تزيد من إعاقة الفرد عنفاً وتحدث بمعدل حالة واحدة من كل ١٠,٠٠٠ حالة ولادة حية .

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

جدول يوضح التشخيص الفارق بين التوحد والريت

مسلسل	الريت ret	التوحد <i>autisme</i>
١	يبدأ المصاب تدهوراً واضحاً تدريجياً في النمو مع تقدم العمر	قصور النمو موجود وظاهر بعد الميلاد (مبكراً)
٢	اضطراب وعشوائية ونمطية حركية اليد (عرض مميز)	غالبا لا توجد وإذا وجدت فهي غالبا نتيجة عادات مكتسبة
٣	غياب التوازن - ترنح في المشي - غياب التناسق الحركي	الوظائف العضلية الكبيرة سليمة
٤	فقدان تام للوظائف اللغوية	قد يوجد في استخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها
٥	اضطراب التنفس أحد الأعراض الرئيسية	اضطرابات التنفس نادرة أو لا توجد
٦	التدهور في محاور النمو عرض أساسي حتى يصل في مرحلة البلوغ إلى عمر ٦-١٢ شهراً على المحور اللغوي	ثبات في مهارات محاور النمو المختلفة دون تدهور

التوحد <i>autisme</i>	الريت <i>ret</i>	مسلسل
نوبات الصرع قليلة أو نادرة وإذا ظهرت ففي مرحلة المراهقة	نوبات الصرع تظهر مبكراً في ٧٥% من الحالات عنيفة ومتكررة ويصاحبها إفرازات فموية	٧

(عثمان فراج : ٢٠٠٠- ١٢)

ويتفق كل من عادل عبد الله (٢٠٠٢: ٢١٦) ، سهي أمين (٢٠٠٢: ٣٦) على أن زملة رين هي اضطراب يصيب الإناث فقط ، ويظهر في صورة سلوك يشبه التوحد حيث اختلال في نمو الرأس ومشاكل في تناعم العضلات ومشكلات في حركات أو استخدام اليد متمثلة في عدم القدرة على الكتابة أو الحركة ويبدأ ذلك في السن من ١- ٤ سنوات .

٢ - اضطراب اسبيرجر *Aspergers syadrome* :-

هذا الاضطراب اكتشفه هانز اسبيرجر *Aspergers* عام ١٩٤٤ واعتبره أحد اضطرابات الشخصية وكان يتشابه في أعراضه مع بعض أعراض التوحد ، حيث أن اكتشافات اسبيرجر ظهرت في نفس الوقت الذي أعلن فيه كانر عن ملاحظاته للأطفال ذوي التوحد وقد أطلق اسبيرجر على الاضطراب الذي اكتشفه المرض النفسي الأوتيسم *Autistic pcyhopath* واعتبره حالة مخففة من التوحد

وقد يأتي تشخيص متلازمة اسبيرجر في مرحلة متأخرة عن التوحد أي في الطفولة المتأخرة والمراهقة وهذا لا يعني 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)*.

ويقول عادل عبد الله (٢٠٠٥ : ٢٣٢) 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 الإكلينيكية 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 (Scheuerman&Webber,2002,11) أن الطلاب ذو المستوى الوظيفي العالي للتوحد أو اضطراب اسبيرجير قد يحصلون على متوسط أو فوق المتوسط في اختبارات الذكاء وقد يكون لديهم مهارات شفهية 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 .

٣- 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، ٢٠٠١، ٢٠).

ويشير حسن عبد العاطي (٢٠٠٣ : ٥٧٩) 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.

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

يشير خالد عبد الله (٢٠٠٤ : ٢٠٢) إلى أن هذا الاضطراب يشار إليه عادة على أنه اضطراب توحدي غير نمطي أو غير نموذجي ، 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* (٢٠٠٢) 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 .

(٦) 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 آخر .

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 يشخيص 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 يعني وجود إجماع بين المتخصصين حول هذه المسميات بطريقة تختلف عن الآخر .

(٧) خصائص الأطفال التوحديون *Characteristics of Astism* .

تشير آمال باظة (٢٠٠٣) إلى بعض الأعراض والخصائص الفارقة للأوتيزم تبعاً للدليل الرابع (DSM-IV) (١٩٩٤) ، 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 (٣٠) 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 .

(١) الخصائص المعرفية :-

١- الإدراك :-

تشير دراسة مارجوري (١٩٩٤) إلى أن الأطفال التوحديون لديهم مشكلات في الاستمرار في الأداء المعرفي كالذكر لفترة كبيرة ، وهناك أطفال يعانون من مشكلات بصرية ومشكلات في استخدام الرموز وحل المشكلات (سهي أحمد أمين: ٢٠٠٢ : ٤٠-٤١)

ويشبر شاكر قنديل (٢٠٠٠) عن دراسة لفيراري (١٩٨٣) قام فيها بملاحظة أطفال التوحد في سلوكهم لأعمار تتراوح ما بين ٣ : ١٠ 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 ٢١ شهراً أنهم كانوا يلمسون أنفهم في التجربة ، ومن خلال ذلك نجد أن الطفل التوحدي قد يكون لديه نوع من الفهم لنفسه مثل العاديين ، وإن كان ذلك يأتي في مرحلة متأخرة من العمر من إدراكه لنفسه . (شاكر قنديل ، ٢٠٠٠ : ٧٤) .

٢- الانتباه:-

يشير محمد أحمد خطاب (٢٠٠٥ : ٣١ : ٣٢) إلى أن الأطفال التوحيديون يظهرون انتقائية الانتباه وذلك من خلال الأحداث البيئية المحيطة بهم ، حيث أنهم يستجيبون بخبراتهم الحسية بطريقة غريبة ، فهم في بعض الوقت يبدون كأنهم ليس لديهم خبرة بالأشكال والأصوات من حولهم فقد يستجيبون لصوت مرتفع ، كما يبدون تجاهلاً لأشخاص يعرفونهم ، ولكن في أوقات أخرى قد تبدوا حواسهم سليمة حيث يشعرون بأصوات بسيطة . كما تشير دراسة أولية إلى قصور في الانتباه لدى الأطفال ذوي متلازمة اسبيرجر ، ويظهر خصوصاً في استجابة غير ثابتة أو متباينة للمثيرات في مهام الانتباه البصري (Schatz et al,2001)

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

Buchsbaum et al, Cosey et al, 1993, Garretson et al, 1990, Goldstein et al, 2001, Minshew et al, 1997, Pascualvaca et al, 1998.

٣- التذكر :-

يشير إبراهيم عبد الله الزريقات (٢٠٠٤ : ١٥٢) إلى أن الذاكرة قصيرة المدى لدى الأطفال التوحيديين ، تظهر في المثيرات السمعية والبصرية ، حيث أنهم يظهرون حادثة في الاستدعاء الفوري للجمل المختلطة المتضمنة جزءاً من الجمل وجزءاً من غير الجمل ، والوصف الإكلينيكي لهؤلاء الأطفال يظهر ميلهم لإعادة الجمل التي قيلت لهم لتستعمل في كلام المصاداة ، أما الذاكرة طويلة المدى وهذه الذاكرة جزء آخر لدى الأطفال التوحيديين حيث نجد أن لديهم قدرة معاقة 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 .

٤- التخيل :-

يشير عمر بن الخطاب (٢٠٠١ : ٢٧) 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 التوحيديون 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

(٢) الخصائص الاجتماعية :-

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 أعزاء المعاني الاجتماعية للمثيرات فهناك إحدى الدراسات تشير إلى أن هؤلاء الأطفال كانوا يميلون إلى وصف التفاصيل البدنية لصورة تخص اثنين من الأصدقاء بينهم أسرار (الملازمة والمجاورة الشديدة ، والأنشطة التي يقومون بها ، ولون ملابسهم) ، أكثر من إنهم أصدقاء حميميون ، ومن خلال ذلك فإن هؤلاء الأطفال لديهم فهم جزئي للحالات النفسية للآخرين ، لذلك فإن البرامج

يجب أن تقوم على أساس هدفين الأول- توسيع فهم الطفل للحالات النفسية للأطفال الآخرين ، الثاني – توجيه الطفل بصورة مباشرة لتطبيق هذه المعرفة لزيادة التبادل في التفاعلات الاجتماعية اليومية (Bauminger,2002 : 288).

ويؤكد هشام الخولي (٢٠٠٨: ٢٠) وكاربنتر وآخرون (Carpenter,et,al,2002) ، وكامبس وآخرون (Camps,et,al 2002) على أن الأطفال التوحديون 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 (٢٠٠١: ٤٧٢) ، ولونجينكر Longenecker (٢٠٠٢: ١١) ، وكاربنتر وآخرون (Carpenter,et,al ٢٠٠٢) 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 المبادرة وفي إمكانية التفاعلات الاجتماعية التبادلية ، وفي التواصل بدقة وكفاءة مع الآخرين ، وفي تفسير وجهات نظرهم .

وأكد كانر Kanner (١٩٤٣) ، وباري وآخرون Barry et al (٢٠٠٣) على أن السمة الأساسية في اضطراب التوحد هو الضعف والانحراف عن المستوى الاجتماعي ، حيث يعد انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أبرز الملامح المميزة لهذا الاضطراب ، فمعظم أطفال التوحد قليل التفاعل الاجتماعي وغالبا ما يوصفون على أنهم في معزل عن الآخرين ، وفي بعد عن المجتمع الذي يعيشون فيه .

ويشير بيرسون وميتشيل (Parsos&Mitchell) (٢٠٠٣: ٤٣) إلى أن الإعاقة التي تظهر لدى الأطفال التوحديون في المجال الاجتماعي تؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي وصعوبة تحقيق صداقات وعلاقات

والاحتفاظ بهذه الصداقة ، وقد قامت العديد من المحاولات لتحسين المهارة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال ، وزيادة التقبل من جانب الأقران والمحيطين ، حيث تقوم الأساليب المعرفية الأكثر حداثة لتعليم المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التوحد على افتراضات نظرية العقل (TOM) *theory of Mind* والخاصة بالأوتيزم حيث ترى هذه النظرية أن الصعوبات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال تتضح عن طريق عدم القدرة على التفكير حول الحالات الذهنية والنفسية للذات الأخرى .

وبشير (Siegel, 1996, 46) ، وشاكر قنديل (٢٠٠٠ : ١٩) ، محمد كمال (٢٠٠٩ : ٦٨) إلى أن الأطفال التوحديين يظهرون درجات من شذوذ الاتصال بالعين في نهاية السنة الثانية من العمر ، والذي قد يأخذ شكل تحديق العين وعادة فإن الأطفال التوحديين يقومون اتصال 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 جولدشتين وثمان Goldstion&Theiman (٢٠٠٠) والين وآخرون whalen, et al (٢٠٠٦ : ٦٦٢) ، ونوريس وداتيلو Norris&Datilo (١٩٩٩) أن العجز الرئيسي الذي يواجهه الأطفال ذوي اضطراب التوحد على المستوى الاجتماعي هو فقدان الفهم الاجتماعي ، والذي يتمثل في فقدان القدرة على أعزاء المشاعر والانفعالات للآخرين وللذات حيث تنقص الأطفال التوحديين القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات ، حيث تقتصر العلاقة مع الآخرين على تلبية الاحتياجات الضرورية لهم إذا أرادوا ، وأنهم لا يستطيعون التعبير عن المشاعر الأساسية كالحزن والفرح وهذا نتيجة عدم قدرتهم على الانتباه وصعوبة التقليد .

ويرى إلهامي عبد العزيز إمام (٢٠٠٣ : ٢٧٩) ، وروفمان وآخرون Ruffman ,et,al (٢٠٠١) ، إنجرسول ، شرييمان Ingersol & Schreibman (٢٠٠٦ : ٤١٧) كوتش ومايريند Cuocho&Miren (٢٠٠٣) أن أصعب ما يواجه الأطفال ذوي اضطراب التوحد هو في تكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ، وهي 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 أوريوردان ، باسيتي Oriordan&Passeti (٢٠٠٦ : ٦٦٥) هيبورد، ستون Hepburd&Stone (٢٠٠٦ : ٦٤١) إلى أن المعالجة البصرية لدى أطفال التوحد تتضمن التركيز على مثيرات محددة واستبعاد مثيرات أخرى والقدرة الشديدة لملاحظة ملامح وتغيرات محدودة في البيئة والحساسية الشديدة لأصوات معينة .

ويتفق كل من ترافاجليني Travaglini (٢٠٠١) ، جيلفيه Gelveh (٢٠٠٢ : ٢) 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 . 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 ولينظرون للأشخاص الذين يتكلمون معهم ولا يحبون الاختلاط بمن في عمرهم من الأطفال .

(٣) الخصائص الانفعالية :-

تشير آمال عبد السميع باظة (٢٠٠٣ : ١٦٣) إلى أن أهم صفات الطفل التوحدي كما جاءت في الدليل الإحصائي الرابع (DSM – iv – 1994) هي ضعف التواصل بالآخرين وقصور في فهم الانفعالات وبالتالي فقد الاستجابة للآخرين ، وعجز في التواصل غير اللفظي لعدم القدرة على تمييز الانفعالات وتكرار للمقاطع والكلمات ، والخوف والفرع ومقاومة التغيير والإصرار على التكرار النمطي والروتيني . ويشير شاكر قنديل (٢٠٠٠ - ٩٢) إلى أن السبب في المشكلات الانفعالية هو أن طبيعة الطفل التوحدي تسبب له أقصى درجات التوتر ، ولذا يبدو هؤلاء الأطفال غير سعداء ، وقد يكون أو يضحكون دون سبب واضح ، ويكون مصدر الألم لديهم محدداً مثل التغيير اليومي المعتاد ، كل ذلك يوحى بأن لديهم وعياً بمدى اختلاف حالتهم عن الآخرين . ويرى (Yimya, 1996:78) أن الأطفال التوحديون لديهم قصور انفعالية .

• النشاط الزائد .

يرى عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١ : ١١٥) أن فرط الحركة مشكلة حركية شائعة لدى الأطفال التوحيديون في حين أن نقص الحركة أقل تكراراً وعندما تظهر فإنها غالباً ما تتبدل إلى فرط النشاط .

• سلوكيات شاذة .

يرى شاكر قنديل (٢٠٠٠ - ٩١) 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 .

• 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

(٤) الخصائص السلوكية :-

المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال التوحيديون عديدة ، وتختلف من طفل إلى آخر وذلك لأن أطفال الأوتيزم ليسوا على نمط سلوكي واحد (محمد الفوزان ، ٢٠٠٠ : ٤١) .

وتتضح المشكلات السلوكية لدى الأطفال التوحيديون فيما يلي :-

• السلوك النمطي التكراري .

يشير إلهامي عبد العزيز (١٩٩٩ : ٩) إلى أن التوحيديون 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 تماماً عند الذهاب إلى المدرسة .

• 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 .

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 تهيم على الساحة حالياً تشتمل على نظرية العقل ، الترابط المنطقي المركزي ، والوظائف التنفيذية مع نتائج البحوث المرتبطة والتي يتم دمجها وتفسيرها في هذه البناءات المحددة المكانيزمات الاجتماعية - المعرفية والنمو اللغوي تقع أيضاً في حتمية مجال الوظيفة العصبية - النفسية .

الإدراك الحسي :

منذ الظهور المبكر للنظريات المعرفية في مجال التوحد ، وثقت الاضطرابات الحسية بشكل جيد واعتبرت مجالاً رئيسياً للعجز . وأوضح أورينتز وريتفو (Ornitz & Ritvo, 1963) مدى الحساسية الزائدة التي تؤثر في كل حاسة من الحواس في ما يزيد على ١٥٠ حالة من التوحدين 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 تبين 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,)

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 التوحيديون بانتباه قوى للمعلومات البصرية التكرارية البسيطة مقارنة بنظرائهم من ذوي الاضطرابات النمائية الأخرى كما يقاس بالأداء المستمر على المهام .

(1997,Pascualvaca et al, 1998 Garretson et al, 1990, Goldstein et al, 2001, Minsheew et al, Buchsbaum et al, 1992,Cosey et al, 1993,)

بينما تثير دراسة أولية إلى قصور في الانتباه لدى الأفراد ذوي متلازمة أسبيرجر ، ويظهر خصوصاً في استجابة غير ثابتة أو متباعدة للمثيرات في مهام الانتباه البصري (Schatz et al,2001) :
النمو الاجتماعي في التوحد :

كان كانر Kanner (١٩٤٣) أول من وصف متلازمة التوحد الطفولي المبكر فقد أعلن في ورقته أن (١١) طفلاً الذين أظهروا ما أسماه كانر نقص فطري للاهتمام بالناس ، أو التوحد Autism - وهي كلمة مشتقة من الأصل اليوناني Autos أي "النفس أو الذات " على عكس الاهتمام المحدود لدى هؤلاء الأطفال بالبيئة الاجتماعية ، فإنهم قد أظهروا - في الغالب - اهتماماً بسمات أو مظاهر البيئة العلاجية على سبيل المثال ، قد لا يبدو الطفل على أنه يدرك والديه أو أحدهما ، 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 التوحيديين (Rimland, 1964,Rutter,1998,Wing,1976) على الرغم من أن بعض المهارات الاجتماعية تظهر معه إلا أن حتى الكبار التوحيديين " 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) وأيضاً معايير التشخيص الحالية لهذا الاضطراب (American Psychiatric Association,1994)

اللغة والتواصل في التوحد :

يشير بانجور *Bangor* (٢٠٠١) 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 تقريباً في النمو في فهم التوحد . يهتم والدوا الأطفال التوحديين أول ما يهتموا بأن هناك شيء غير طبيعي في نمو الطفل بسبب التأخرات 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 & Beitchman 1989*).

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 حكراً على التوحد (*Cantwell et al,1980*)

في حالة ما يوجد وصف جيد للتاريخ الاجتماعي المبكر للطفل ، وأيضاً 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 ، خصوصاً القدرات المعرفية ذات الرتبة العالية مثل نظرية العقل (Baron-Cohen,1993) من المتعارف عليه الآن أن اللغة في التوحد متقلبة تماماً ويحتمل أن توجد مجموعات فرعية من الأفراد داخل حالة التوحد لديهم بروفيلات لغوية متميزة ، بعضها يشبه تلك البرفيلات الخاصة باضطرابات اللغة النهائية (Fred et al,2006: 336) . كما أنه توجد عدة مشكلات يعاني منها الطفل التوحدي في المراحل العمرية التالية :

أولاً : مشكلات الطفل التوحدي من ٢ - ٥ 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 رهيبة فيغطي أذنيه حتى لا يسمع الصوت وكأن لديه أحساس 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 التوحديين أبداً طوال عمرهم والبعض الآخر وهم أكثر من ٥٠% يتعلمون كيف ينطقون بعض الكلمات على الرغم من أنهم يبدأون 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 التوحيدي 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 التوحيدين 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 التوحيدي أنه غير حساس للبرد أو الألم ولكنه كلما كبر يكون لديه حساسية مبالغة للأذى.

• حركات جسمية غير مألوفة

لوحظ على الطفل التوحيدي أنه يقوم ببعض الحركات الغريبة مثل حركات اليدين أو القفز لأعلى وأسفل والمشي على أطراف الأصابع والدوران دون الإحساس بالدوخة ، وتحدث هذه الحركات عندما ينظر الطفل التوحيدي لشيء يشد انتباهه.

• تصرفات صعبة ومشكلات عاطفية

تظهر هذه التصرفات عادة في السنوات الأولى للطفل التوحيدي 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 التوحيدي 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 التوحيدي 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 التوحيدي من أشياء قد تكون عادية لغيره وعلى الجانب الآخر نجد هذا الطفل لا يخاف من أشياء قد تكون مخيفة ، ومن ثم الطفل التوحيدي شديد الخوف دون داع .

• السلوك المحرج اجتماعيا

يتصرف الطفل التوحدي تصرفات غير مقبولة اجتماعيا نظراً لكونه لا يفهم ما حوله ، فبعض الأطفال المصابين بالتوحد يعيشون في عزلة تامة ولديهم خمول ولا يسيبون أي إزعاج بينما البعض الآخر منهم كثير الحركة مخرباً (سميرة عبد اللطيف : ١٩٩٢) .

ثانياً : مشكلات الطفل التوحدي بعد خمس سنوات :-

إن آباء الأطفال التوحيديون يواجهون أوقاتاً 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 اجتماعيا وأكثر انتباها 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: ١٩٩٣)، (لورنا وينج: ١٩٩٤)، (محمد شوقي: ٢٠٠٣) .
- ويشير (محمد كامل : ٢٠٠٣) لأكثر المشكلات اللغوية المرتبطة باستخدام وفهم اللغة عند ذوي التوحد على النحو التالي :-
أولاً : مشكلات التعبير اللغوي :-

١- التعارض بين استخدام وفهم اللغة

نجد أن بعض الأطفال التوحيديين 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 أنهم غير متعاونين أو يسلكون بأسلوب فظ وأغبياء وذلك بسبب الفشل في الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة إليهم .

٢ - الحرفية

هناك صعوبة أخرى تظهر لدى الأطفال التوحيديون 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 - إريك - متى ولد ومتى يحتفل بعيد ميلاده فكانت استجابته أن نظر إليها باستنكار وأجاب بلوم شديد في كل عام بالطبع .

ثانياً : مشكلات في اللغة المنطوقة : -

١- الاضطراب في دلالات الألفاظ والكلمات

يعانى الأطفال التوحيديين 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 الموضوع المحدد .

٢- طريقة استخدام الكلمات

حيث أن الأفراد ذوي 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 متطاول على الآخرين ، أيضاً بعض الأفراد ذوي 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 .

٣ - 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 .

٤ - الفضاضة أو التبلد الذهني

هناك مشكلة كبرى تظهر لدى الأفراد ذو التوحد تتمثل في انخفاض المحصول اللغوي المناسب اجتماعيا 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 ذهنياً وبالتالي فإن هذا الأسلوب غالبا ما يقلل من فرض النضج الاجتماعي لدى الأفراد ذوي التوحد لأنه يولد عدم التقبل الاجتماعي لهذا الفرد .

ثالثا : مشكلات التفاهم مع المفاهيم المعنوية

١ - التحدث عن المستقبل :

تمثل المفاهيم المعنوية أو الافتراضية مصدر صعوبة كبرى لدى الأطفال التوحديين خاصة فيما يتعلق بالمفاهيم المرتبطة بالمستقبل فعلى سبيل المثال تعد بعض الاستجابات الشائعة بين الأفراد العاديين غامضة جداً أو غير مؤكدة بالنسبة للأفراد التوحديين ، فمثلا الإجابة عن الأسئلة باستخدام بعض الكلمات مثل قريباً أو من الممكن أو سأفكر في هذا يمكن أن تؤدي إلى استشارة

هائلة لغضب الأفراد التوحديين 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 .

٢ - التعبير عن المشاعر والأحاديث

يعانى الأطفال التوحديين 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 التوحديين أصبحوا مرضى بشدة سواء بخراج في الأسنان أو أمراض في المعدة أو حتى إلتهاب الزائدة الدودية ولم يكن لديهم القدرة على توضيح أنهم يشعرون بالألم معينة وبالطبع فإن هذه الحساسية الضعيفة للألم يمكن أن يكون لها مضاعفات خطيرة .

٣ - حس الدعابة

من المثير للدهشة أن الأطفال التوحديين 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 .

٤ - 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 أمطار 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 ، ٢٠٠٣ : ٣٤-٤٤) .

رابعاً :- المشكلات التي تعاني منها أسرة الطفل التوحدى :-
كثيراً ما تتعرض أسرة الطفل التوحدى بكثير من المشكلات التي
تعانى منها والتي من أهمها :-
(١) 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 التوحدى وعلى عمليات تعليمه واستيعابه للمواد الدراسية النظرية
وأسس تعاملاته الاجتماعية .

مشكلات نفسية :-

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

مشكلات صحية :-

- أحياناً ما يصاحب المتخلف عقلياً التوحدى 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 .

مشكلات حركية :-

- أحياناً ما يصاحب المتخلف عقلياً التوحدى 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 التوحدى والتقليل أيضاً من
فرص التفاعل الاجتماعي والمشاركة مع الآخرين في أنشطتهم .

مشكلات في التكيف الاجتماعي :-

- في حالة وجود المشكلات النفسية ، والصحية ، والحركية فإنه يتعذر على
الطفل المعاق عقلياً التوحدى 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 (٢) مشكلات في

الإدراك الحسي :-

يشير (عبد الرحمن محمد عيسوي ، ١٩٩٦ ، ١٣٤ - ١٣٦) إلى أن مشكلات الإدراك الحسي ترتفع نسبة الإصابة بها بين المتخلفين عقلياً التوحديين عن أقرانهم من ذوي 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 وعلى 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 .

(٣) 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 ، فتتصب 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 الحركي (المسئول عن الإحساس بوضع الجسم والإحساس بالحركة) ، والحس الهليزي (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 .

(٤) 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 ملمسيه ، 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 .

(هـ) مشكلات في الاستجابة الدفاعية للضيق :-

يشير (محمد صبري وهبة، ٢٠٠٤) إلى أن هذه المشكلات يمكن أن تسبب مشكلة للطفل عند غسل أسنانه بالفرشاة ، وهناك صعوبة عند فحص طبيب الأسنان له ، ونجده يصعب عليه تحمل بعض ملامس أطعمة معينة ودرجة حرارة أطعمة معينة .

ويشير (خيرى المغازى ، وليد خليفة ، ٢٠٠٦ : ١٠٥) 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 التوحدين 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 الكلى والانتباه .

(٦) مشكلات في اللغة والكلام :-

يشير (محمد رفقي محمود ، ١٩٨٧ : ٩٣) 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 :-

- يقل مستوى التجريد في لغة المتخلفين عقلياً التوحديين .
- تقل كمية المنطوقات الصوتية بين المتخلفين عقلياً التوحديين كما قلت نسبة ذكائهم .
- يعانون من نقص نسبي في اكتساب مفردات اللغة ، وفي القدرة على التعبير عن حاجاتهم ومشاعرهم وما يحسون به أو يجول بخاطرهم .
- لا يحسنون الكلام ويبدو كلامهم مشوشاً وقريباً من لغة صغار الأطفال .
- تقل كفاءة اللغة التي تؤثر بشكل سلبي على عملية التعلم الاجتماعي بشكل مباشر أو غير مباشر .

ويضيف (وليد خليفة ، مراد عيسى : ٢٠٠٦) 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 :-

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

- اللغوية حتى تكون أكثر كفاءة .
- تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً التوحيدين يجب أن يصمم من خلال لغتهم اليومية والبيئية المحيطة بهم .
- تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً التوحيدين على برنامج يتضمن منظومة لغوية تشجعهم وتنمي لديهم حب الاستطلاع والفهم والمعرفة والتساؤل مما ينعكس أثره على تنمية اللغة العادية .
- استخدام القصص المشوقة والتي تعمل على إكساب الطفل المتخلف عقلياً التوحيدي المهارات اللغوية وتعديل سلوكه.
- (٧) مشكلات في التبول اللا إرادي :-

يشير (وليد السيد خليفة ، ٢٠٠٧ : ١٨٧ - ١٨٨) إلى أن كثير من الأطفال المتخلفين عقلياً التوحيدين 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 :-

- فحص الطفل طبياً وعلاج الأسباب الجسمية للتبول اللاإرادي مثل التهابات الكلى والمثانة وحمضية البول الزائد والتهابات العمود الفقري وغيرها .
- وضع برنامج تدريبي للطفل ينظم ذهابه للحمام قبل وفي أثناء وبعد النوم .

- دراسة مشاكل الطفل النفسية وتحسين ظروف البيئة من حوله وتحسين أساليب معاملته.
- تبصير الطفل بالمشكلة وبقدرته على العلاج وتشجيعه على التعاون في تنظيم مواعيد ذهابه إلى الحمام .
- دور الأسرة في التغلب على مشكلات الطفل التوحيدي :-

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

ويشير (محمود على محمد ، ٢٠٠٤) إلى أنه يجب أن يحتوى البرنامج الذي يقدم للطفل التوحيدي على المثيرات البصرية والتكنولوجية عند التطبيق ، فمثلاً تشترك الأسرة مع طفلها التوحيدي في فتح جهاز التلفزيون ، ويجب أن يشتمل برنامج تدريب الطفل التوحيدي على ألعاب وترفيه وإشباع رغبات الطفل في الأنشطة واللعب بالصلصال والرمال وأن يميل الطفل إلى أن يبحث

عن التسلية في البرامج .

ويوضح (محمد صبري وهبة ، ٢٠٠٤) أن الأسرة تلعب دوراً مهماً في عملية تدريب التوحيدي ولكن ذلك يجب أن يخضع لعملية تأهيل أسري أساسه التثقيف والتوعية عن طريق فريق يضع أهدافه المختص والأخصائي الاجتماعي حيث استخدام الندوات والمناقشات والمحاضرات التثقيفية لتوعية الأسرة بدورها في مساعدة الطفل التوحيدي على التدريب بشكل جيد .

ويؤكد (فتحي السيد عبد الرحيم ، ١٩٨١ : ١٥٣) على دور الأسرة بالنسبة للطفل المتخلف عقلياً التوحيدي 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 التوحيدي قدراً 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 التوحيدي أنه يكمن في أهمية إدراك حقيقة مؤداها أنه علي الرغم من حاجة الطفل المتخلف عقلياً التوحيدي 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 الثالث

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 التوحديين 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 التوحديين .

المحور الثالث :-

دراسات تناولت العلاج والعلاج بالفن للأطفال التوحديين .

المحور الأول :-

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

١- دراسة فيوليت فؤاد إبراهيم (١٩٩٢): بعنوان: فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم. وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مدي فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم " وتكونت العينة من (٢٤) طفلاً وتتراوح نسب ذكائهم بين (٥٠-٧٠) 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، ١٩٥٨م 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 إحصائياً 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 إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ومتوسطات المجموعة التجريبية بعد المتابعة وذلك لصالح أطفال المجموعة التجريبية وأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ونفسها قبل التطبيق وبعده وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل التطبيق ومتوسطات درجاتهم بعد التطبيق وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل المتابعة ومتوسطات درجاتهم بعد المتابعة وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل المتابعة ومتوسطات درجاتهم بعد المتابعة وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم)).

٢- 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 أبو ظبي مقسمين إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، واستخدمت اختبار رسم الرجل، ومقياس المناهات، 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.

٣- دراسة جومبل (Gumpel, 1994) : بعنوان: فاعلية نموذج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى المتخلفين عقلياً القابلين للتعليم. واستهدفت الدراسة تطوير نموذج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لأفراد متخلفين عقلياً قابلين للتعليم وذلك من خلال برنامج تدريبي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى المتخلفين عقلياً القابلين للتعليم، وتكونت عينة الدراسة من (٣٤) من الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة العقلية تتراوح أعمارهم بين (٦-١٨) 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 فنياتي النمذجة والتدعيم قد تحسنت بصورة أفضل في السلوك التوافقي الوظيفي من تلك التدريب على حل المشكلات للأفراد المتخلفين عقلياً القابلين للتعليم.

٤- دراسة سهر شاش (٢٠٠١): بعنوان: فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعليم. وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات وأثرها في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعليم 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 (٨٠ طفلاً) ومنهم (٥٠ طفلاً) متخلف عقلياً و(٣٠) 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 للتعليم 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.

٥- دراسة العربي محمد زايد (٢٠٠٣): بعنوان: فاعلية التدريب على استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثرها في خفض السلوك الإنسحابي 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، وتألفت عينة الدراسة من (١٠) أطفال معاقين عقلياً (٥) مجموعة تجريبية (٥) مجموعة ضابطة ممن تتراوح أعمارهم (٩-١٢) عام وقد استغرق التدريب ستة أشهر وأسفرت نتائج الدراسة: عن أهمية الجداول المصورة في إحداث تنمية المهارات الاجتماعية والتمثالية 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.

٦- دراسة أحمد علي عبد الله الحميضي (٢٠٠٤): بعنوان: فاعلية 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 (٨) 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)).

٧- دراسة ميادة محمد علي أكبر (٢٠٠٦): 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 (٣٢) طفلاً وطفلة من المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون"، وتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٢) عاماً، ونسب ذكائهم ما بين (٥٠-٧٠) درجة، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وروعي التجانس بينهما في كل من السن والذكاء والمستوي الاجتماعي الاقتصادي، والجنس، واستخدمت الدراسة 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 إحصائية لصالح المجموعة التجريبية نتيجة تعرضها للبرنامج الإرشادي على متغيرات الدراسة مهارات اجتماعية ومهارات التواصل اللفظي، كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في متغيرات الدراسة.

٨- دراسة ريمين جوتن : (2007) *Remington* بعنوان: فعالية التدخل المبكر القائم على المهارات الاجتماعية وأثره على السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. وهدفت الدراسة إلي 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 (٢٣) 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 أن هناك فروقاً دالة إحصائية في المهارات اللغوية ومهارات الحياة اليومية والسلوك الاجتماعي الإيجابي لصالح المجموعة التجريبية.

٩- دراسة سيفرز (2008) *Seevers* : 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 (٨) 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 التوحديين .
(١) دراسة :- لمياء عبد الحميد بيومي (٢٠٠٨) بعنوان :- فاعلية برنامج

تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين .
هدف الدراسة :- تقديم برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية

بالذات لدى الأطفال التوحديين . وقياس مدى فاعلية البرنامج التدريبي
في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين وتزويد
المسؤولية عن إعداد البرامج التدريبية لهذه الفئة ببرنامج يسهم في تنمية
مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين .

عينة الدراسة :- تكونت من (١٢) طفل تتراوح أعمارهم الزمنية بين
(٩ - ١٢) سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما ضابطة (٦)
أطفال منهم (٣ ذكور - ٣ إناث) والأخرى تجريبية (٦) أطفال منهم
(٣ ذكور - ٣ إناث) .

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

(٢) دراسة :- فائزة إبراهيم الجيزاوي (٢٠٠٨) بعنوان :- فاعلية برنامج
سلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية
لدى عينة من الأطفال التوحديين .

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 التوحديين .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال
التوحديين عددهم (١٠) أطفال وأعمارهم تتراوح بين (٤-٧) سنوات
حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية أولى
وعددهم (٥) أطفال وطبق عليهم البرنامج السلوكي ، ومجموعة
تجريبية ثانية وعددهم (٥) 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 البعدي 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 .

(٣) دراسة:- مجدي فتحي غزال (٢٠٠٧) 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 (١٠) أطفال من الذكور يعانون من اضطراب التوحد ، وتتراوح أعمارهم بين (٥-٩) سنوات .
نتائج الدراسة:- تلخصت نتائج الدراسة في:-

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٥ ، ٠ ، ٠) في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية .
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٥ ، ٠ ، ٠) في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على قياس المتابعة لصالح أفراد المجموعة التجريبية .

(٤) دراسة:- رضا عبد الستار رجب كشك (٢٠٠٧) بعنوان :- فعالية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحيدين .

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 (٨) أطفال توحديين وأمهاتهم (٦ ذكور - ٢ إناث) ، وتتراوح أعمارهم ما بين (٩ - ١٢) 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 .

(٥) دراسة:-هنري سيلفر:- *Silver, Henry, E. T* (٢٠٠٦) 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 (٢٣) طفلاً وطفلة في سن ما بين (٥-٨) 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 .

(٦) دراسة:-سويني *Swaine* (٢٠٠٤) 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 ذوي 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 ذوي 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 ذوي النمو العادي .
- (٧) دراسة توبين ، ك، *Towbin, K* (٢٠٠٣) بعنوان :- إستراتيجيات من أجل العلاج الدوائي للتوحدي ، وزملة الأسبيرجير .
- نتائج الدراسة :- توصلت نتائج الدراسة إلى أنه كلما اكتشفنا معرفة أكثر بالناقلات العصبية التي تسهل عملية السلوكيات المتكررة ، ونظم المكافأة ، والإدراك الاجتماعي كلما توفرت أسباب تدعونا للاعتقاد بأن معالجتنا سوف تصبح أكثر حنكة وحرفية .
- (٨) دراسة :- تونج، وبيرتون، وآخرون *Tong & Breton, et al* (٢٠٠٤) بعنوان :- قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدي .
- هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى التأكد من إمكانية استخدام قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدي ، وتقييمه ومتابعته .
- عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (١٢٠) طفلاً وطفلة من الأطفال التوحديين وعينة ضابطة من الأطفال المتخلفين عقلياً .
- نتائج الدراسة :- توصلت إلى أن الأطفال التوحديين لهم بروفيل خاص باضطرابات التواصل والمشكلات الاجتماعية ، والانفعالية ، والسلوكية .
- (٩) دراسة :- رومانو *Romano* (٢٠٠٢) بعنوان :- هل القصص الاجتماعية فعالة في تعديل السلوك لدى الأطفال ذو 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 .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال من ذوي اضطراب التوحد ، تتراوح أعمارهم ما بين (٤ - ٨) سنوات .
نتائج الدراسة :- أوضحت فعالية استخدام القصص الاجتماعية في خفض السلوكيات المضطربة (التواصل غير الملائم - العدوات - المشاركة الاجتماعية غير الملائمة) وذلك لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد .

(١٠) دراسة :- محمد شوقي عبد المنعم (٢٠٠٤) بعنوان :- فعالية برنامج إرشادي فردي لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين (الأوتيزم) .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى الكشف عن فعالية برنامج إرشادي فردي لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين (الأوتيزم) ، بالإضافة إلى تقديم إطار نظري متكامل حول إعاقة التوحد من حيث مفهومه وأسبابه وتشخيصه .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال توحديون وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية (تكونت من ٥ أطفال) والأخرى ضابطة (تكونت من ٥ أطفال) .

نتائج الدراسة :- أظهرت نتائج الدراسة فعالية في تنمية مهارات التواصل اللغوي التي تضمنها البرنامج وهي مهارة الاستماع - التعرف - التحدث .

(١١) دراسة :- هالة فؤاد كمال الدين (٢٠٠١) بعنوان :- تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى تصميم برنامج عربي لإكساب مهارات السلوك الاجتماعي للأطفال التوحديين .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (١٦) طفلاً مصاباً بأعراض التوحد ، تتراوح أعمارهم ما بين (٣ - ٧) سنوات .

- نتائج الدراسة :- توصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين درجات المجموعات التجريبية في القياس القبلي ، ودرجاتها في القياس البعدي لصالح القياس البعدي في الجوانب التالية :-
- انخفاض مستوى الأداء المميز للطفل التوحيدي على قائمة السلوك التوحيدي
 - 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 التوحيدي لدى المجموعة التجريبية بحيث أصبحت 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 .

(١٢) دراسة:- سهي أحمد أمين (٢٠٠١) 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 التوحيدي بهدف تنمية مهارات الاتصال اللغوي ، وهو برنامج يركز على العلاج السلوكي والعلاج بالموسيقى ، والعلاج بالفن ، والعلاج باللعب .

عينة الدراسة:- تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلا كعينة استطلاعية (١٠) أطفال كعينة تجريبية (٨-١٢ ذكور، ٢ إناث) ، تتراوح أعمارهم ما بين (٨-١٢) سنة ، درجة الذكاء من (٥٠-٧٠) .

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 .

(١٣)دراسة:-روفمان وآخرون *Rufiman et al* (٢٠٠١) بعنوان :-

الفهم الاجتماعي لدى التوحيديون : نظرة العين كمقياس للإدراكات الجهرية.

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

عينة الدراسة:- تكونت عينة الدراسة من (٢٨) طفلاً من ذوي اضطراب التوحد ، ٢٣ 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 اضطراب 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 .

(١٤)دراسة موري، س *Mori, S(2001)* :-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 عزله .

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 .

(١٥)دراسة:- عمر بن الخطاب خليل(١٩٩٤) بعنوان :- خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحد (الأوتيسية) على اختبار أيزنك لشخصية الأطفال.

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى التعرف على خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحد على اختبار أيزنك 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 (١٩٩٤) 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 (١) مجموعة الأطفال المصابين بالتوحد ، عددهم (٢٥) طفلاً ، متوسط أعمارهم ما بين (٢-٦) سنة (٢) مجموعة الأطفال الأسوياء ، عددهم (٢٥) طفلاً ، متوسط أعمارهم ما بين (٢-٦) 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 نعتبرهم أطفال شديدي الانطوائية نتيجة لاضطرابهم ، ومن ثم فإن النتائج تصف الأطفال المصابين بالتوحد بأنهم أكثر انطوائية من أقرانهم الأسوياء كنتيجة لخصائص الاضطراب .

(١٦) دراسة:-لوف ستيفن (Love,Steven,1994) بعنوان :- إدراك وإظهار التعبيرات الوجهية من جانب الأطفال التوحديون .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى إظهار التعبيرات الوجهية لدى الأطفال المصابون بالتوحد .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات من الأطفال الذكور ، تتراوح أعمارهم ما بين (٨-١٥) سنة ، وهم مجموعة من الأطفال التوحيديون ، 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 (٤-١٠) كلمات .

نتائج الدراسة :- أوضحت نتائج الدراسة صعوبة إظهار الأطفال التوحيديون للتعبيرات العاطفية الوجهية ، أما العاديين فقد أنجزوا تلك المهمة بنجاح ، وكان لدى المتخلفين عقلياً صعوبة في إظهار التعبيرات الوجهية ، ولكن بدرجة أقل من الأطفال التوحيديون .

(١٧) **دراسة :- حسنى إحسان حلواني (١٩٩٦)** بعنوان :- المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية .

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

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (٢٧) طفلاً ، تتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٥) سنة وأيضاً (٢٧) طفلاً من المتخلفين عقلياً بمدينة جدة تراوحت أعمارهم ما بين (٦-١٣) سنة ، وتضمنت (٢٧) طفلاً من الأسوياء تتراوح أعمارهم بين (٦-٨) 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 .

(١٨) **دراسة :- أيلين ، شونزرتز : (1999) Schwartz, Ilene-s**

هدف 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 .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من الوثائق والسجلات كمصدر للبيانات لاختبار الوظائف لدى العينة الثلاثة (وظائف الإدراك- السلوك الاجتماعي) من عمر (٤-٧) 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 التوحيديون .

(١٩)دراسة:-سهي عليوة(١٩٩٩)بعنوان:- فعالية كل من برنامج إرشادي وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض التوحد .

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

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من(١٦) طفلاً وطفلة ذو اضطراب توحيدي منهم (١١) من الذكور ، (٥) من الإناث بمتوسط عمري ما بين (٨-١٠) سنوات ، ومتوسط ذكاء ما بين (٨١-٥٨) .

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

(٢٠)دراسة:-هـ، فليوبرج: *Fluberg,H* (٢٠٠١) بعنوان :- أثر لغة الأطفال التوحيديون من الناحية النفسية على سلوكهم .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى المقارنة بين مجموعة من الأطفال التوحيديون ، ومجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً من ذوي زملة داون وذلك في مجموعة أبعاد تضمنت التفاعلات الاجتماعية .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (٦) أطفال توحيديون،(٦) أطفال متخلفين عقلياً ، تتراوح أعمارهم ما بين (٤-٧) سنوات .

نتائج الدراسة :- أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين ، حيث كان الأطفال التوحيديون 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 بالفضن للأطفال التوحيديين .
(١)دراسة:- (Kanareff Rita Lain,2002) بعنوان :- برنامج علاج بالفن لتنمية المهارات الاجتماعية والتقليل من الأعراض المتلازمة لدى الأطفال التوحيديين .
هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى الكشف عن أثر استخدام العلاج بالفن لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحيديين .
عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال من منطقة الغرب الأوسط لأمريكا وتم تقسيم المجموعات إلى قسمين (٣) أطفال مستويات مختلفة من التوحد أما الطفل الرابع لديه مجموعة من أعراض متلازمة. نتائج الدراسة:- أسفرت نتائج الدراسة إلى أن هؤلاء الأطفال التوحيديون أظهروا تحسناً في مهاراتهم الاجتماعية وتطور في علاقتهم بالمجتمع وذلك نتيجة لبرنامج العلاج بالفن الذي كان يتم من خلال مرتين في الأسبوع لهؤلاء الأطفال .
(٢)دراسة:-فهد بن سليمان الفهيد(٢٠٠٧) 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 ذوي 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 ذوي 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 الكاتب 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 .
(٣) دراسة:- (Karnerick Thelamz ١٩٩١) 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 التأزر 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 العلاجي 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 .

(٤) دراسة:- (Hawie et al, 2002) بعنوان :- إطلاق الصور المحاصرة : الأطفال يُصرعون وقع هجمات ١١ 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 .
عينة 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 .

(٥)دراسة:-فانتينا وديع الصايغ(٢٠٠١)بعنوان :- فاعلية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة من سن ٩ - ١٢ 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 .
عينة الدراسة:- تكونت عينة الدراسة من (٤٠) طالب وطالبة من الأطفال الصم الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٩ - ١٢ 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 .

(٦) دراسة:- عوض بن مبارك الياامي (٢٠٠٤) 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 .
عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من حالتين قام بمتابعتهم في عيادته الخاصة .

نتائج الدراسة :- أسفرت نتائج الدراسة على أن العلاج بالفن لا يقتصر على الأساليب الإسقاطية ، بل من الممكن الاستفادة من الأشكال البصرية حتى في منأى عن التحليلات السيكودينامية للرموز الفنية.
(٧) دراسة:- حنان حسن نشأت (١٩٩٤) بعنوان:- أثر استخدام الفن التشكيلي

في تعديل بعض المظاهر السلوكية من مرضى التخلف العقلي .
هدف الدراسة:- تهدف الدراسة إلى تعديل المظاهر السلوكية لدى الأطفال ذو التخلف العقلي وذلك باستخدام الفن التشكيلي .
عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من ٢٥ طفلاً ذكور وإناث من مدارس النصر ، ومدرسة الرعاية الفكرية ، ومدرسة التربية الفكرية وتراوح أعمارهم ما بين ٦ - ١٥ سنة ، ومستوى ذكاء ما بين ٣٥ - ٧٠ درجة .

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

(٨) دراسة:- سحر حلمي غانم (٢٠٠٤) بعنوان :- دراسة لفاعلية العلاج بالفن في علاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي .

عينة الدراسة:- تكونت عينة الدراسة من (٢٠) تلميذاً وتلميذة تتراوح أعمارهم ما بين ٨ - ١٠ سنوات ممن يعانون من المخاوف المرضية .

هدف 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 ٣ 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 .
(٩)دراسة:- (٢٠٠١) KozłowskaHanny بعنوان :- العلاج بالفن الجماعي

مع الأطفال المصابين بالصدمة نتيجة للعنف وانفصال الوالدين.
هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى علاج (٥) من الأطفال لديهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة وذلك باستخدام العلاج بالفن الجماعي كما كان هؤلاء الأطفال يعانون من مشاكل مرتبطة بالصدمة .
عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (٥) من الأطفال لديهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة ، تتراوح أعمارهم ما بين ٤ - ٨ 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 .
(١٠) دراسة:- (Henley–David–R,2002) بعنوان :- نعم في التذكر :
تعبير اصطلاحي كمؤثر في مجموعة العلاج بالفن عند الأطفال التوحيديون .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى استخدام التعبير الاصطلاحي في مجموعة العلاج بالفن لتحديد القضايا التي يمكن علاجها .
عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (٧) أطفال في مستوى عمر (٨) سنوات لديهم اضطراب توحيد وزيادة في النشاط وتششت في الانتباه .

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

(١١)دراسة:- (emeryMelindaJ, 2004) بعنوان:- العلاج بالفن للأطفال التوحيدين .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى تنمية قدرات الأطفال التوحيدين على التواصل من خلال مناقشة رسوماتهم .
عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من طفل واحد يبلغ (٦) سنوات مصاب بمرض التوحد .

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.

(١٢)دراسة:- (Marten – Necol, 2008) بعنوان :- تقييم الوحدات المرسومة التي أنتجها الأطفال التوحيدين .

هدف الدراسة:- تهدف الدراسة إلى إمكانية العلاج بالفن لتنمية معالجة الانعزالية لدى الأطفال التوحيدين من خلال رسوماتهم .
عينة الدراسة:- تكونت عينة الدراسة من (٢٥) طفلاً من المصابين بالتوحد ، (١٥) طفلاً من المصابين باضطراب عصبي قاموا جميعاً برسم لوحات .

نتائج الدراسة :- أسفرت نتائج الدراسة على أن الأطفال التوحيدين كانوا أكثر مشاركة وتخابط 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 التوحيدين .

(١٣)دراسة:- (Gabrrelis,Robinl,2003) بعنوان :- العلاج بالفن للأطفال التوحيدين وعائلاتهم .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى توضيح دور العلاج بالفن في مساعدة الأطفال التوحيدين 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 التوحيديون ، وتحفزهم على المشاركة مع الآخرين ، وتقوم خطة العلاج بالفن على استغلال هذه الميزة للفن في تنمية المهارات الأساسية للطفل التوحيدي ، ثم استخدام الأنشطة الفنية لتحسين وتقوية تفاعلات اجتماعية ذات هدف للأطفال التوحيديين مع أقرانهم ، كما أن الأنشطة الجماعية للعلاج بالفن توفر مجالاً للمناقشة بين الوالدين والأقارب من جهة والطفل التوحيدي من جهة أخرى لدعم كل منهم الآخر للوصول إلى أفضل صيغة للتعامل مع الطفل التوحيدي .

الفصل الرابع

علاج التوحد

يعد التوحد أحد أكبر الاضطرابات الغامضة وربما يرجع ذلك لأن أسبابه غير واضحة بشكل حاسم ، وإن هذه الاضطرابات تؤثر في كل أنماط النمو بشكل خطير .

ولذلك اختلفت الآراء حول إمكانية تقديم العلاج للأطفال التوحديين حيث تحتاج لأساليب وطرق متباينة بتباين الحالات وصعوبة تشخيصها ، ولذلك فقد تحتاج تلك الفئة لعناية خاصة ومتدربين على العمل معهم ورعايتهم ومشاركة الآباء والأمهات في سبل تقديم البرامج العلاجية لهؤلاء الأطفال مع مراعاة الآتي :-

- العمل على تنمية الوعي بذواتهم وبعلاقتهم بالآخرين .
- محاولة إقامة نظام الدمج وتطبيقه مع العاديين لهؤلاء الأطفال ليكتسبوا ولو ببطء اللغة والمعايير الاجتماعية من أقرانهم الأسوياء .
- التركيز على الأنشطة المفضلة لهم مع إجراء بعض التعديلات عليها بالتدريج حيث تأخذ الأنشطة لديهم النمط الثابت المتكرر .
- التركيز على المهارات التي توجد لديهم وتنميتها .
- تنمية الاتجاه الإيجابي نحوهم من قبل الآباء والأمهات والمشرفين والمحيطين بهم .
- عدم التركيز على نمط ثابت لتدريبهم أو تعليمهم .
- إثارة اهتماماتهم بالبيئة ومكوناتها .
- التدريب على التقليد والمحاكاة .
- التدريب على تقبل التغير البيئي من حوله .
- التدريب على التخاطب باستخدام الكمبيوتر والتسجيل الصوتي وجذب انتباههم بطرق غير تقليدية .
- التربية الحسية وتنمية عمل الحواس باستخدام الخامات القابلة للتشكيل وغير الضارة وخصوصاً حاسة اللمس والشم .
- تحول النظرة المستقبلية للإيجابية بمن يحيطون بالطفل .
- زيادة التواصل بالباح من جانب الكبار مع هؤلاء الأطفال بكل صورة اللفظية والوجدانية والإشارية .

- وتهدف الفنيات العلاجية مع الطفل الأوتيزمى إلى :-
- معاونة الوالدين في تعلم طرق التواصل مع الطفل والإسهام في علاجه خلال وجودهم في المنزل .
 - دفع الطفل إلى اكتساب مزيد من المهارات اللغوية والاجتماعية في محاولة لتعديل سلوكه .
 - إخراج الطفل التوحدي من التوقع الذاتي والانغماس في العالم الخارجي باستخدام بعض الفنيات والأنشطة التي تؤدي إلى كسر حاجز العزلة .
- كما تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب اضطراب التوحد ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضاً الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيف من آثار هذا الاضطراب .
- كما أنه من الأساليب العلاجية المتبعة في التخفيف من حدة آثار هذا الاضطراب ، منها ما هو قائم على الأسس النظرية للتحليل النفسي ومنها ما هو قائم على مبادئ النظريات السلوكية ، وهناك أيضاً تدخلات علاجية قائمة على استخدام العقاقير والأدوية.
- كما أن هناك طرق لعلاج الأطفال المصابين بالتوحد منها (طريقة لوفاس – طريقة تيتش – طريقة فاست فورورد) .
- أولاً :- العلاج النفسي:- *Psycho Therapy*
- هو الأسلوب السائد ، والهدف الأساسي من هذا العلاج هو إقامة علاقة قوية بين الطفل والنموذج الذي يمثل الأم في محاولة لتزويد الطفل بما لم تقدمه له أمه من خبرات مشبعة معه كالحب والأمان والتفاعلات الإيجابية ، حيث يفترض نقص الارتباط العاطفي بينهما وأن الأم لم تستطيع تزويده بتلك الخبرات (إبراهيم القريوتي ، حاتم البستامى ١٩٩٥ : ٣٧٤ - ٣٧٥) .
- ويتفق كل من (عبد الرحمن سليمان : ٢٠٠١ : ١٤٢) ، (عبد الرحيم بخيت ١٩٩٩ : ٢٣٨) ، (رشاد موسى : ٢٠٠٢ : ٤١٠) على أن الهدف الأساسي للعلاج بالتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية بعيدة عن الوالدين وذلك مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة وهذا ما لم تقدر القيام به أم الطفل المصاب بالتوحد ، وعدم استطاعتها إعطاء الطفل الحب والحنان والدفع اللازم له وهذه العلاقة تحتاج إلى عدة سنوات حتى تتطور عملية العلاج .
- ويشير (عبد الرحمن سليمان ، ١٩٩٩ : ٩٢) إلى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين :

في الأولى : يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكثر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفاهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج . وفي الثانية : يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين النفسيين مع الأطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة حية عن الناحية العقلية .

وتشير (هالة فؤاد : ٢٠٠١ : ٧١) إلى أن القوائم على العلاج يقوم بعمل علاقة حب وحنان بين الطفل المصاب بالتوحد وبين والديه ، هذه العلاقة تتسم بالتساهل والمحبة والدفء وذلك بهدف تشجيع الطفل على الدخول في العالم المحيط به .

ثانياً:- العلاج السلوكي Behavior Therapy

يتفق كل من عادل عبد الله (٢٠٠٢ : ٥٤ - ٥٥) ، (محمود حمودة ١٩٩٨) (رشاد موسى ٢٠٠٢ : ٤١٠) على أن العلاج السلوكي يعد من أفضل طرق العلاجات المتقدمة للطفل التوحدي من حيث تعديل سلوك الطفل التوحدي حيث يوضع أثناء العلاج في فصل منظم للتدريبات على السلوكيات المقبولة ورعاية الذات واكتساب اللغة وتنمية السلوكيات المقبولة .

وترى (نيفين زيور ، ١٩٨٨ : ٨٨ : ١٠١) أن العلاج السلوكي أفضل من العلاج النفسي والتي أوضح فاعليته في علاج التوحد ، حيث يعتمد على نظرية التعليم والثواب والعقاب ويستخدم للتخلص من السلوكيات المصاحبة للتوحد كالعنف ونوبات الغضب وإيذاء الذات وغيرها من المشاكل السلوكية التي تمثل ضغطاً على الوالدين والمتعاملين مع الطفل بهدف تحسين العلاقات والتفاعلات وانطلاقاً من مفاهيم نظرية التعلم بأن السلوك متعلم وأن ما تم تعلمه يمكن أن يعلم سلوك جديد ويتبنى هذا الاتجاه معالجة السلوكيات المشككة ، وتدريب الطفل وإكسابه سلوكيات جديدة .

كما تشير عزة ممدوح (١٩٩٧ : ٢٧) ، محمد محروس الشناوي (١٩٩٧ : ٣٤٦) إلى أن مبدأ العقاب يمكن أن يكون له دور في العلاج ، وقد يكون هذا العقاب تلقائياً وذلك مثلما يحدث حين يلتقي الفرد بموقف مؤلم نتيجة لسلوك غير موفق عليه ، ويجب أن يكون العقاب مناسباً لسلوك الطفل حيث أن الطفل المنبسط يضاعف جهوده عقب اللوم في حين يضطرب الطفل المنطوي ويضعف أدائه.

وبشير رمضان القذافي (١٩٩٤: ١٦٦-١٦٧) إلى أن فكرة تعديل السلوك تقوم على أسلوب المكافأة حيث يتم مكافأة الطفل التوحيدي على السلوك الجيد وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى ، وذلك من أجل السيطرة على السلوك الفوضوي للطفل .

ويوضح (رمضان القذافي ، ١٩٩٣: ١٦٦-١٦٧) أنه لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب أو التعليم فإنه يستلزم الاهتمام بالخطوات التالية :-

- تحديد الهدف : إذ لابد من العمل على اختيار السلوك المرغوب في تكوينه بشكل محدود واضح مثل الرغبة في تعليم الطفل الابتسام لغيره أو مشاركة الآخرين في اللعب أو نطق كلمة معينة أو القيام بسلوك حركي معين .

- سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل : حيث يتم توجيه التعليمات بشكل سهل لا يحتمل ازدواج المهمة ، كما يجب ألا يكون مطولاً بحيث لا يؤدي إلى صعوبة المتابعة والأمثلة التالية تعطينا مثلاً كما يجب أن يكون (ارفع يديك - امسك القلم - أنظر لأعلى - المس اللون الأحمر ..الخ .

- حث الطفل على الاستجابة : وذلك عن طريق الملائمة بين المطلوب تأديته من خبرات الطفل الحاضرة إذ قد لا يستجيب الطفل أحياناً لأن الإجابة ليست حاضرة لديه .

- عملية تشكيل السلوك : عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيرة متتالية مع استمرار إثابة ومكافأة الخطوات الصغيرة جميعها إلى أن يتم تحقيق الهدف ، فإن كان الهدف هو حث الطفل على نطق كلمة (باب) مثلاً وأن الطفل قام بنطق الحرف " ب " في المرة الأولى ثم نطق "با " في المرة الثانية فيتم مكافأة الخطوتين السابقتين كل في حينها .

- نوعية المكافأة : من الضروري أن تكون المكافأة ذات تأثير على الطفل فتكون مثلاً تقبيل الطفل أو ضمه أو احتضانه حيث تنجح المكافأة المعنوية أكثر مع هؤلاء الأطفال .

كما أنه لابد من تنوع المكافآت لكي لا يصبح الطفل مشبعاً بنوع واحد ويجب تنويع المكافأة طبقاً لصعوبة العمل : (Eiketh,Smith,T,1997,107) (133) ويتفق كل من عادل عبد الله (٢٠٠٢: ب: ٩٩) ، لويس كامل مليكه (١٩٩٨: ٢٨٦) على أن المعززات يجب استخدامها عندما يقوم الطفل بالاستجابة الصحيحة وذلك تكون بمثابة المكافأة ، وتؤكد دراسة دونلاب

وفوكس (١٩٩٩) Dunlap&Fox (M,et al 1999 whelan) ، وحياء المؤيد (١٩٩٦ : ٤١) أن هناك طرق وأنواع للإثابة على السلوك الذي يقوم به الطفل وذلك عن طريق المداعبة والتصفيق والمكافأة الرمزية مثل إعطاء الطفل النجوم وهذا يؤكد على إن إثابة الطفل على الاستجابة الصحيحة وتنوع المكافآت يجعل للتعزيز أثراً طيباً في سلوك الطفل .

والواقع أن بعض أشكال العلاج باللعب التي تصور اللعب على أنه وسيلة لإعادة توجيه الطفل وإعادة تعليمه ، قد أدت إلى نفس القدر من النتائج التي يؤدي إليها الممران أو الممارسة : أي أن تشكيل السلوك التلقائي بواسطة تنظيم المعالج لما يقدمه من تدعيمات تتوقف على حدوث هذا السلوك . وينطوي اللعب مع الطفل على عملية مستمرة من استجابات الشخص الكبير لما يفعله الطفل سواء كان ذلك اللعب في شكل اللعب الإيهامي أو العاب الدومينو . ويقوم اللعب مع الأطفال وملازمتهم بتأثير فعال باعتباره من المدعّمات . ومع ذلك فينبغي في العلاج السلوكي أن يتم تنظيم التدعيمات من قبل .

ثالثاً :- العلاج الطبي (الدوائي) *Medical Intervention*

يشير (محمد قاسم عبد الله : ٢٠٠١ : ١٩٣) إلى أن العلاج الدوائي يستخدم لتنظيم وتعديل المنظومة الكيماوية العصبية التي تقف خلف السلوك الشاذ وبالرغم من أن البحوث الحديثة قد أثبتت تنوع وتعدد العوامل التي تسبب التوحد إلا أن الكثير من الاتجاهات المباشرة وغير المباشرة قد أثبتت أهمية العلاج الدوائي مع الاضطراب التوحدي ومع أنه لا يوجد دواء واحد ويحذر (ماوك) للتوحد فيجب أن يتكامل هذا النوع من العلاج الطبي مع برنامج العلاج الشامل بحيث يساعد في تحسين قدرات المريض . ويشير (رشاد على موسى : ٢٠٠٢ : ٤٠٩-٤١٠) إلى أهم العقاقير التي تستخدم في خفض أعراض التوحد وهي :-

- الهالوبيريديول *Haloperidol* يفيد في خفض النشاط الزائد والانسحاب والحركات النمطية التكرارية .
- الفينفلورمان *Fenphloaromane* يعمل على خفض نسبة السيروتين في الدم كما يساعد على خفض النشاط الزائد غير المناسب ، كما يساعد على تحسين الوظائف العقلية والاجتماعية
- نالتركسون *Naltrexane* يساعد على خفض العدوان وسلوك إيذاء الذات .

• كلومينبرامين *Clomipryamina* يعمل على خفض السلوك القسري والنشاط الزائد والاضطراب الانفعالي ، ونوبات الغضب والعذوانية لدى الأطفال التوحديون .

وتشير فضيلة الراوي ، أيمن البلثة (١٩٩٩) إلى أنه بسبب عدم الوصول إلى سبب لتفسير إعاقة التوحد ، فإنه لا يوجد علاجاً شافياً لهذه الإعاقة أو أدوية ويمكن أن تستخدم العقاقير الطبية لتقليل الأعراض السلوكية المضطربة مثل فرط الحركة والآلية الحركية والانسحاب مثل عقار الهالوبيريديول *Haloperidol* ، ولكن لا يوجد حتى الآن عقاقير لها دور في علاج اضطراب التوحد ، ويتفق مع هذا الرأي كل من (محمود حمودة : ٨٣:١٩٩١) ، (رشاد موسى : ٢٠٠٢: ٤٠٩) ، (عثمان فراج : ٢٠٠٢: ب) ويرى محمد قاسم (٢٠٠١) أنه ثبت فاعلية المهدئات والأدوية في معالجة مظاهر التوحد ، وإن بعض الأعراض الرئيسية لاضطراب التوحد مثل الطقوسية أو النمطية والنشاط الزائد قد تم تحريضها وإحداثها عند الحيوانات بعد إعطائها كمية زائدة من الدوبامين مما أدى للافتراض بأن العصبونات الدوبامينية المركزية قد تكون مرتفعة النشاط عند المصابين بالتوحد .

وقد افترض (لويس كامل مليكة : ١٩٩٨ : ٨٨) أن إعطاء عقار *L_doda* سوف ينقص مستويات السيروتونين وإن ذلك سوف يرتبط بنقص في الأعراض السلوكية بينما إعطاء مضاد قوى للدماين *Antagonist* هو *(holdol,mcneil pharmaceutical haloperidol)* يؤدي إلى نقص دال في الأعراض السلوكية وسرعة دالة في التعليم داخل المعمل .

ويحذر (ماوك) *Mauk,J,1991* من استخدام الهالوبيريديول ويتفق معه كل من (جوزيف أيزو، روبرت زابل ١٩٩٩.أ: ٣٤٦ : ٣٤٧) ، (عثمان فراج ٢٠٠٢: ٨٣) ربما يؤدي إلى حدوث مضاعفات تنتج عند استخدامه لفترة طويلة يؤدي إلى خلل في التآزر الحركي فيحذر من استخدام العقاقير الطبية إلا بموافقة الطبيب المختص والإلتزام التام بتعليماته من حيث العقار المستخدم للحالة وحجم الجرعة .

رابعاً :- العلاج بالموسيقى *Music thevapy*

يشير (عمر بن الخطاب ٢٠٠١ : ٤٨-٤٩) إلى أنه من الملاحظات المتعددة ثبت أن الأطفال التوحديين لديهم حساسية غير عادية للموسيقى ، فبعضهم لديهم إقاعات مفضلة ، وآخرون منهم يستطيعون العزف على الآلات

الموسيقية بمهارة و عادة بعمل المعالجة الموسيقية ، وبعض الأطفال التوحديين لديهم حساسية غير عادية لأصوات معينة مثال "كان صبي بعد ما يلعب الأكسيليفون يقوم بغناء السلسلة الهيكلية الدقيقة ثم يربط الأصوات بالحروف الساكنة للنغمات وبدأ الصبي إصدار أصوات الحروف الساكنة والمتحركة في عملية اللعب الصوتي .

تعتبر الموسيقى من المؤثرات القوية والفعالة التي تؤثر في جميع الأفراد سواء كانوا رجالاً أو نساءً أو أطفالاً أو مرهقين أو راشدين لأنها تخاطب المشاعر والانفعالات وتعتبر من أكثر قنوات التواصل اتساعاً للوصول للأطفال المصابين بالتوحد وذلك بسبب مشكلاتهم في الاتصال بالآخرين .

ويشير عادل عبد الله (٢٠٠٨: ١: ١٤٧) إلى أن العلاج بالموسيقى بالنسبة للأطفال التوحديين شكل من أشكال العلاج الوظيفي حيث نلاحظ أن هؤلاء الأطفال ينجذبون في الواقع إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها .

كما يرى ميرا (١٩٩٩) ، نهلة غندور (٢٠٠٠) أن العلاج بالموسيقى يساعد الطفل التوحد على الشعور والإحساس بنفسه ، والشعور بقيمته وسط المجموعة وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين في النشاط الموسيقي .

ويرى صابر عبد الحميد وعلاء كفاي (١٩٩٢، ج ٥) أن الموسيقى تستخدم كعلاج إضافي للعلاج الطبي النفسي والتأهيل، برنامج العلاج بالموسيقى يتم تحت توجيه المعالج المتخصص ، ويوفر تنوعاً من خبرات الاستماع والمشاركة تلائم حاجات الطفل ، وتمثل الخبرات فرصة للتواصل غير اللفظي ، والخبرة المشتركة والتعبير الانفعالي .

ويشير كل من سنيل (1996) snell ، وادجرتون (1994) Edgerton ، وتاوت (1992) Thaut إلى أن العلاج بالموسيقى يعتبر نمطاً علاجياً على درجة كبيرة من الأهمية لهؤلاء الأطفال وأن هناك العديد من الحقائق التي ترتبط باستخدام الموسيقى مع هؤلاء الأطفال والتي من شأنها أن تجعل هذا الأسلوب العلاجي من أهم وأنجح التدخلات المختلفة التي يتم استخدامها معهم .

وتتضمن فائدة العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين فيما يلي :-

- العلاج بالموسيقى ينمى ويطور المهارات الاجتماعية، الانفعالية، الإدراكية التعليمية، والإدراك الحسي .

- الألعاب الموسيقية العلاجية تحقق التفاعل والاتصال الاجتماعي مع الآخرين .
 - اللعب بآلة موسيقية بجوار الطفل التوحد ينمي الانتباه إليه .
 - العلاج بالموسيقى يساعد على تعديل السلوك الاجتماعي للطفل التوحد مثل الجلوس على مقعد بهدوء أو الالتزام بالوجود مع مجموعة من الأطفال الآخرين في دائرة مثلاً .
 - يساعد العلاج بالموسيقى الطفل التوحد على الشعور والإحساس بنفسه والشعور بقيمته وسط المجموعة وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين في النشاط الموسيقي (Mayra, 1999)
- ومن خلال ذلك نلاحظ أن العلاج بالموسيقى يستخدم في مجالات عديدة مع أطفال التوحد وذلك لتنمية الكثير من مهاراتهم (مهارات الاتصال – مهارات سلوكية – مهارات اجتماعية – مهارات معرفية) ، وأيضاً لتعديل سلوكيات كثيرة وتعتبر الموسيقى وسيطاً ناجحاً في العلاج لأن كل شخص سواء عادي أو غير عادي يستجيب على الأقل لبعض من أنواع الموسيقى ، وأيضاً العلاج بالموسيقى له فاعلية خاصة في تنمية وعلاج الحديث اللغوي وفي تنمية وعلاج النقص الملحوظ في القدرة على التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد فيما يتضمن حديثهم المعبر الذي قد يكون غير موجود أو غير ممكن لشخص يمكن أن تتراوح قدرته على الحديث بين الصمت إلى الصراخ التام أو الصياح أو الأصوات الغريبة أو المهمة .
- خامساً :- العلاج باللعب (Play Therapy)
- دائماً اللعب ما يخرج الكثير من الانفعالات والصراعات التي عادة ما تكون داخل الطفل التوحد وتعمل على توتره .
- وقد استخدمت هرمين هج هلموث *Hermine Hug Hellmuth* من أتباع فرويد، اللعب في علاج الأطفال المضطربين انفعاليا بغرض ملاحظتهم وفهمهم ويتمثل علاجها الحقيقي في محاولة التأثير على سلوكهم تأثيراً مباشراً بنفس القدر الذي يستطيعه أحد الوالدين أو المدرس .
- وبعض المعالجين لا يستخدمون اللعب إلا لمجرد التواصل مع الطفل المريض لما يمكن أن يخلق من موضوعات للكلام ومواقف اجتماعية . والبعض الآخر منهم يقيد الطفل بعدد قليل من الدمى ويشجعه على إعادة القيام بمشاهد معينة يعرف أو يفترض أنها كانت تمثل صدمة بالنسبة له .

وذلك لتخفيف مخاوف الطفل منها بسرعة . ولذلك يؤكد (Taft&Allen) على أن العلاج باللعب يهتم بحاجة الطفل للمساعدة لأن يجد نفسه من خلال علاقته بالمعالج ، حيث تعتبر ساعة العلاج خبرة نمو مركزة للطفل ، فقد يدرك الطفل تدريباً كيانه الشخصي المستقل ، ويدرك ماله من قدرات خاصة به (سهير محمود أمين: ٢٠٠٠، ١٠٨) .

وتؤكد دراسة صبحي عبد الفتاح (١٩٩٢: ٧٥) ، دراسة عزة عبد الفتاح (١٩٩٠: ١٥) ، دراسة سميرة جعفر (١٩٩٢: ٦٥) على تأثير اللعب على تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال المصابين بالتوحد .

ويشير محمد الفوزان (٢٠٠٠: أ: ١١٤) إلى أن اللعب الطفل التوحدي يجب أن تحتوى على مثيرات سمعية وبصرية ملموسة ، ومثيرات تلقائية لأن الطفل التوحدي لديه اضطرابات سلوكية ، لذلك يعتبر اللعب مادة جيدة لحل بعض المشكلات لديه .

سادساً :- العلاج بالقرآن الكريم

يشير (محمود على محمد: ٢٠٠٤) إلى أنه عندما كان يعمل في أحد المراكز المتخصصة في التربية الخاصة ، وكان يظهر على أطفال التوحد علامات الصراخ والنوم على الأرض وغيرها من تلك الصفات فكان يحرص على قراءة القرآن معهم بعد انتهاء البرنامج ، فيلاحظ صوراً جميلةً من هؤلاء الأطفال فأحدهم يداعب يديه ويبتسم في وجهه ، وهذا ما أكدته البحوث والدراسات في هولندا .

سابعاً :- العلاج بالحياة اليومية

يشير (إسماعيل محمد بدر: ١٩٩٧: ٧٢٦-٧٥٦) إلى أن برنامج العلاج بالحياة اليومية يعتمد على خمسة مبادئ أساسية هي :-

- التعلم الموجه للمجموعة .
- التعامل مع الأطفال التوحديين في فصل دراسي واحد مع الأطفال العاديين دون أن يمثل ذلك ضغطاً عليهم .
- تعليم الأنشطة الروتينية من خلال جداول الأنشطة .
- يعتمد البرنامج على تدريب الأطفال للاعتماد على أنفسهم في جميع شئون حياتهم .
- تقليل مستويات النشاط غير الهادف .
- كما تمثل التربية الرياضية دعامة أساسية في البرنامج حيث أن التمرينات الرياضية تؤدي إلى التقليل من مشاعر القلق وتقليل مشاعر

الميل العدوانى وتؤهل الطفل إلى تعديل سلوكه للمؤثرات الخارجية ،
وتقلل فترات الأرق وتساعد على السيطرة على القوة الجسمية .
ثامناً :- العلاج بالإبصار

يشير (عمر بن الخطاب :٢٠٠١ : ٥٥-٥٧) إلى أن العلاج بالإبصار
هم عملية إعادة تدريب جهاز المستقبلات البصرية حتى تعمل بأقصى كفاءة
وذلك للحصول على تناسق واستقبال بصري أفضل ، والعلاج بالإبصار قد
يصحح أو يحسن ظروف أداء الارتباط الشرطي الوظيفي التي إذا لم تعالج
تستمر في تعطيل عملية النمو والتعلم ، أحياناً يحدث التغيير بسرعة وبطريقة
ملحوظة وفي أكثر الأحيان يكون من النكوص وهذا مألوف في تطور النمو
الطبيعي ، وقد قرر كثير من الآباء حدوث إيجابية العلاج البصري.
تاسعاً :- العلاج بالتمرينات البدنية

قرر (Rimland 1988) أن الإثارة العقلية النشطة لعدة ساعات يومياً
يمكن أن تصلح الشبكة العصبية التي لا تعمل وظيفياً ، وأن التدريب الجسماني
العنيف له تأثيرات إيجابية على المشكلات السلوكية حيث أن ٤٨% من
١٢٨٦ من الآباء قد قرروا تحسينات ناتجة عن التمارين الرياضية ، حيث
لاحظ الآباء نقص في السلوك النمطي وفراط الحركة واضطراب النوم
والعدوان والقلق وإيذاء الذات كما أنه يحسن مدى الانتباه والمهارات
الاجتماعية .

(١٠) العلاج بالنظام الغذائي والفيتامينات

تشير (إلهامي عبد العزيز إمام: ١٩٩٩ : ٧١-٧٢) إلى أن
(Rimland, 1996) قدم تقريراً مختصراً عن وسائل بديلة لعلاج الذاتية منها
الغذاء وخاصة جرعة كبيرة من فيتامين (ب٦) والمماغنسيوم ، وعلاج
حساسيات الطعام ، وعلاج العدوى الميكروبية وعلاج اختلال الجهاز المناعي
، كما لوحظ أيضاً أن حوالي من ٤٠-٥٠ % من الآباء الذين أزالوا اللبن
والقمح والسكر من غذاء الأطفال شعروا أن أبنائهم قد استفادوا ، حيث يعتقد
أن هذه البروتينات قد تؤدي إلى عدم قدرة الجسد على تكسير بروتينات معينة
وتحويلها إلى أحماض أمينية ، وهذه البروتينات هي الجلوتين *glutin* مثل
القمح والشعير والكازين .

(١١) العلاج بالمعاششة

يشير (سامي بن جمعة : ١٩٩٣ : ١١٩) إلى العلاج بالمعاششة يكون عبارة عن برامج مبنية على توجه مجتمعي تشمل جماعة منزلية أو شقق يتم الإشراف عليها أو نماذج لمزارع قروية أو مؤسسات إيواء تنتج للتوحيدين إمكانية المعاششة في المجتمع.

(١٢) العلاج البيئي :

يشير (عثمان فراخ : ١٩٩٥ : ٦) إلى أن العلاج البيئي هو علاج طبي نفسي يقوم على أساس تعديل أو تناول ظروف حياة المريض أو بيئته المباشرة كما يشير إلى المفهوم الذي ينظر إلى المستشفى باعتبارها مجتمعنا العلاجي ، وهذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الاجتماعي والفيزيقي الذي يعيش فيه المريض أو الذي يتعامل فيه على نحو يساعد في الوصول إلى الشفاء ، كما يتضمن العلاج البيئي تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتدريب على إقامة علاقات شخصية متبادلة

(١٣) العلاج باستخدام الحيوان:

توجد إدعاءات بأن تحسينات في السلوك تحدث بعد التعرض للعلاج باستخدام الحيوانات الأليفة حيث أظهرت بعض التقارير التقييمية لهذا المدخل من العلاج ، تشير إلى أن السباحة مع الدولفين قد تكون مساعداً لبعض الأطفال بشكل عام ، كما أشارت بعض التقارير أن الخلط بين العلاج باستخدام الحيوان ومشاركة الرفاق قد يكون معتدلاً .

(١٤) العلاج بالفن:

تُعرف الرابطة الأمريكية العلاج بالفن بأنه الاستعمال العلاجي للإنتاج الفني وفي حدود علاقة مهنية من قبل أفراد يعانون من مرض أو صدمة أو مصاعب في الحياة ، ومن قبل أفراد يسعون للنمو الشخصي ، ومن خلال ابتكار الفن والتمتع في إنتاجه وعملياته يستطيع الأفراد أن يرفعوا من درجة إدراكهم لأنفسهم وللآخرين والتأقلم مع أعراضهم المرضية والضغط التي تنتابهم والصدمات التي يمرون بها ، فيحسنون من قدراتهم المعرفية ويستمتعون بمتعة الحياة الأكيدة من خلال عمل الفن (ARTA, 2004) .

وتشير فالنتينا الصايغ (٢٠٠١ : ٨١) إلى أن فنون الأطفال لها أهمية كبيرة في تعامل شخصية الطفل وأسلوب بنائها من الناحية الانفعالية والاجتماعية والعقلية ، لأنها تعتبر شكل من أشكال الأداء النفسي وله

خصائص متعددة سواء في المجال المعرفي أو المزاجي والوجداني حيث أن الطفل يعبر أثناء الرسم عن كل ما بداخله فهو يعبر عن انفعالاته ليعكس أفراده وما يشعر به من إحساس بالعجز أو الدونية .

وترى مها أبو العز (٢٠٠٦: ٤١) أن العلاج بالفن يستهدف مساعدة الأطفال على إعادة بناء الطرق التي يتصورون بها حياتهم ويعيشونها ويدركونها وانتشالهم من حالات العدوانية ، والتمركز حول ذواتهم وما شابه ذلك ، إلى حالات أخرى تسودها مشاعر الحب ، والتعاطف والرغبة في التعلم والنمو ، والإعجاب بالحياة والإقبال عليها والإحساس بالتوازن والسلام الداخلي .

وتشير (عفاف فراج ، نهى حسن ، ٢٠٠٤) إلى أن الأهداف الخاصة لعملية العلاج بالفن تختلف تبعاً لاختلاف نوعية المشكلة التي يعاني منها المريض المقدم للعلاج بالفن حيث يشير "ليفيك ١٩٨١" إلى أن العلاج بالفن يهدف إلى :-

- تقديم خبرة تنفسية من خلال استخدام الفن كمتنفس عن المشاعر والخبرات الداخلية .
- تقوية الأنا ، وذلك عن طريق تحرير الطاقة النفسية التي سبق استنفادها في عملية الكبت ، من خلال التنفيس عن هذه المكبوتات في العمل الفني وعودة هذه الطاقة النفسية مرة أخرى إلى الأنا ، الأمر الذي يؤدي إلى دعم الأنا وتقويتها .
- تقليل الشعور بالذنب .
- تنمية القدرة على التكامل والتواصل .

وتتفق سحر غانم (٢٠٠٤) ، فهد الفهيد (٢٠٠٧) على أن العلاج بالفن هو نظام يمزج بين عناصر العلاج النفسي والعمل الإبداعي عن طريق استخدام الوسائط الفنية المختلفة في أنشطة فنية تشكيلية ، ويستطيع المريض من خلالها التعبير والتواصل غير اللفظي والتنفيس والكشف عن اللاشعور من خلال إسقاط المشاعر والانفعالات والصراعات في المنتج الفني .

تعد " مرجريت نومبيريج *M,noumbirig* من أوائل العاملين في مجال العلاج بالفن ، وكانت قد أسست مدرسة للأطفال في عام ١٩١٤ عرفت بمدرسة *walden* واعتنت فيها بتطوير أساليب تعليمية جديدة ، كما عيّنت بدراسة الرموز من خلال الفنون البدائية ، وبدأت منذ الأربعينات في وضع اللبانات الأولى للعلاج بالفن من خلال ممارستها المهنية وكتاباتها المنتظمة عن

علاقة التعبير الفني بمشكلات السلوك لدى الأطفال.
يشير (عبد المطلب أمين القريطى : ١٩٩٥ : ٢٤٢) إلى ما تناولته
(مرجريت نومبيرج) Noumbirig في العلاج بالفن على أنه يعتمد في طرقه
وأساليبه على ما يلي :-

- السماح للمواد اللاشعورية بالتعبير التلقائي من خلال الوسائط والمواد الفنية .
 - تطور العلاقة الوثيقة بين العميل والمعالج .
 - تشجيع عملية التداعي الحر باستخلاص البيانات والتحليلات والتفسيرات من خلال التصميمات والرموز الناتجة والتي تشمل شكلاً من أشكال التواصل أو الكلام الرمزي *Symbolic speehs* بين العميل والمعالج .
 - تؤكد (نومبيرج) أن الناس عندما يعبرون عن مشاعرهم بالرسم يكونوا أقل حذراً وتحفظاً وأكثر انسيابية في طرد هذه المشاعر عندهم .
- ويضيف عبد المطلب القريطى(١٩٩٥) : إلى أن العلاج بالفن وسيلة لإسقاط مخاوف الفرد ومشاعره وإدراكاته واتجاهاته كما أنه وسيلة للتنفيس عن الضغوط والتوترات والمواد اللاشعورية المخزنة مما قد يعجز الفرد عن الإفضاء بها بالطرق المعتادة كاللغة اللفظية وأن المعالجين بالفن يهتمون بالتعبير الرمزي الذي يعكس دوافع وصراعات المريض ومشاعره الكامنة والتي لا يتاح التعبير عنها إلا من خلال مثل هذه المدلولات الرمزية والتي يمكن أن يفسرها المعالج ويشجع صاحب النشاط الفني أن يفهم ويسعى بنفسه لمدلولات هذا التعبير ، ولكشف كينونته .

ويرى كرامر (Kramer(1973 أن العلاج بالفن يقوم على استخدام الأنشطة الفنية التشكيلية وتوظيفها بأسلوب منظم لتحقيق أغراض تشخيصية وعلاجية وتنموية نفسية عن طريق استخدام الوسائط والمواد الفنية الممكنة في أنشطة فردية وجماعية ، ومفيدة أو حرة وذلك وفقاً لأهداف الخطة العلاجية وتطور مراحلها وأغراض كل من المعالج وحاجات العميل ذاته .

ويشير (Gardener James: 1974) إلى أن العلاج بالفن يساعد المريض على فهم مشاعر الذنب وديناميات الكبت ، لأن أفكار الإنسان في اللاشعور قد يعبر عنها في صورة فنية "فيحدث اتصال مباشر رمزي بين تلك التعبيرات الفنية والمشاعر الأساسية تجاه الموضوع الفني داخل النفس ، لأن إسقاط الصورة الداخلية في رسوم خارجية تؤدي إلى بلورة وتثبيت الخيالات والأحلام في سجل مصور ثابت يعين المريض على الملاحظة

الموضوعية للتغيرات التي تحدث خلال عملية العلاج الفني ومن ثم يزداد احتمال أن يحقق العلاج بالفن التقدم بسرعة كبيرة .
ويشير مصطفى حسن (١٩٩٧ : ٣٤٠) إلى أهمية العلاج بالفن في النقاط الآتية :-

- أن العلاج بالفن وسيلة لإشباع الحاجات بالنسبة للمريض ، فكل الحاجات تناسب الأطفال المعوقين بوجه عام .
- أن العلاج بالفن يساعد الطفل على سلوك بناء الميكانيزمات الدفاعية وأيضاً تعلم دفاعات جديدة .
- يساعد العلاج بالفن على غرس وتنمية الخصائص والأنماط السلوكية اللازمة للتفاعل وبناء علاقات اجتماعية مع الآخرين وتحقيق توافق اجتماعي وإكسابهم المهارات التي تمكنهم من الحركة النشطة في البيئة المحيطة .
- تظهر أهمية العلاج بالفن في الحالات التي لا تستطيع التعبير عن نفسها لفظياً .

ويشير لويس كامل مليكة (١٩٩٠ : ٢١٦ : ٢١٧) في القاعدة الأساسية في العلاج بالفن إلى أن إسقاط الصور الداخلية وتجسيدها في رسوم خارجية من شأنه أن يؤدي إلى بلورة التخيالات والأحلام وتثبيتها في سجل مصور ثابت يعين المريض على التحرر من قبضة الصراع ، والنظر في مشكلته بموضوعية متزايدة وعلى ملاحظة التغيرات التي تحدث خلال عملية العلاج بالفن ، وإدراكها بصورة موضوعية ، ومن ثم أيضاً تقسيم التقدم العلاجي .
ويشير (عبد المطلب القريطى ، ١٩٩٦ ، ١٢١ : ١٢٢) إلى أن الأنشطة الفنية تتيح طبيعة المواد والأدوات المختلفة المستخدمة في الأنشطة الفنية إمكانية التعبير عن ذاته من خلال إنتاج أعمال من النوع المجدد والذي به يزيد من شعوره بالنجاح وإحساسه بالقدرة على الإنجاز ، وتساعد في تدريب الاستعدادات والوظائف العقلية كالملاحظة والانتباه وتساهم الأنشطة الفنية في تنمية المهارات الجسمية اليدوية والوظائف الحركية ، وتطور فنون التوافق والتآزر الحسي والحركي ، حيث بذلك تكفل الأنشطة الفنية فرصاً كثيرة لهؤلاء الأطفال لتنمية شعورهم بالإنجاز حيث يتم من خلال العمل الفني شعور الطفل بأنه أنتج شيئاً مهماً ، ويضيف أيضاً أنها تساعد الطفل التوحدي على الإفصاح عما بداخله من خلال العمل الذي يقوم به وإنتاجه الفني مما يساهم في التنفيس عما يعانيه من انفعالات وعدم اتزان .

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

- ١- إبراهيم الزريقات (٢٠٠٤) : التوحد ، الخصائص والعلاج ، عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع.
- ٢- إبراهيم القريوني ، غانم البسطامي (١٩٩٥) : مبادئ التأهيل ، مقدمة في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة ، الكويت ، مكتبة الفلاح.
- ٣- إبراهيم عبد الفتاح الغنيمي (٢٠١٠) : استخدام القصص الاجتماعي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الأوتيزم ، رسالة دكتوراه كلية التربية ، جامعة بنها .
- ٤- إبراهيم محمود بدر (٢٠٠٤) : الطفل التوحدي تشخيص وعلاج ، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٥- إجلال محمد سرى (٢٠٠٠) : علم النفس العلاجي ، ط ٢ ، القاهرة عالم الكتاب.
- ٦- أحلام رجب عبد الغفار (٢٠٠٣) : تربية المعاقين ذهنياً ، القاهرة دار الفجر للنشر والتوزيع.
- ٧- أحمد فهمي عكاشة (٢٠٠٠) : علم النفس الفسيولوجي ، ط ٥ ، القاهرة دار المعارف .
- ٨- أحمد فهمي عكاشة (٢٠٠٣) : الطب النفسي المعاصر ، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٩- أسماء السرسى ، أماني عبد المقصود (٢٠٠٢) : التفاعل الاجتماعي عن طريق اللعب لدى الأطفال المكفوفين والمبصرين في مرحلة ما قبل المدرسة " بين التشخيص والتحسين " مجلة كلية التربية وعلم النفس ، العدد السادس والعشرون ، الجزء الثاني .
- ١٠- إسماعيل إبراهيم بدر (١٩٩٧) : مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات أطفال ذوي التوحد ، المؤتمر الدولي الرابع للإرشاد النفسي (٢-٤) ديسمبر مج ٢ ، ٧٢٧ - ٧٥٨ .
- ١١- أشرف محمد عبد الغنى شريت (٢٠٠٩) : الطفل المعاق عقلياً " سلوكه . مخاوفه الإسكندرية ، مؤسسة حورس الدولية .
- ١٢- إلهامي عبد العزيز إمام (١٩٩٩) : الذاتوية لدى الأطفال ، مراجعة نقدية معهد الدراسات العليا للطفولة ، القاهرة .

- ١٣- إلهامى عبد العزيز إمام (٢٠٠١) : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة القاهرة بدون دار نشر .
- ١٤- أمال عبد السميع باظة (٢٠٠٩) : سيكولوجية غير العاديين "ذوي الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ١٥- أمال عبد السميع باظة (٢٠٠٢) : سيكولوجية غير العاديين "ذوي الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ١٦- أمال عبد السلام باظة (٢٠٠٣) : استمارة دراسة الحالة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ١٧- أمال عبد السلام باظة(٢٠٠١):تشخيص غير العاديين ذوي الاحتياجات الخاصة القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ١٨- أمال عبد السميع باظة (٢٠٠٧) : سيكولوجية غير العاديين (ذوي الاحتياجات الخاصة) القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ١٩- أموال عبد الكريم (١٩٩٤) : فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً ،رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
- ٢٠- جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاي (١٩٨٨) : معجم علم النفس والطب النفسي ،الجزء الأول ، القاهرة ، دار النهضة العربية .
- ٢١- جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاي (١٩٨٨) : معجم علم النفس والطب النفسي ، الجزء الخامس ، القاهرة ، دار النهضة العربية.
- ٢٢- جمال القسام،ماجد عبيد،عماد الزغبى (٢٠٠٠) : الاضطرابات السلوكية عمان ، دار صفاء للنشر والتوزيع .
- ٢٣- جوزيف ف. ريزو وروبرت د. زابل (ترجمة عبد العزيز الشخص ، زيدان أحمد السرطاوى (١٩٩٩- أ) تربية الأطفال والمراهقين .
- ٢٤- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٨) : علم نفس النمو ومشكلات الطفولة والمراهقة الطبعة الخامسة ، القاهرة ، عالم الكتاب .
- ٢٥- حسام إسماعيل هيبه (١٩٩٧) : سيكولوجية غير العاديين ، الإعاقة العقلية الحسية القاهرة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
- ٢٦- حسن مصطفى عبد العاطي (٢٠٠٣) : الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الأسباب – التشخيص – العلاج) ، القاهرة ، دار النهضة .

- ٢٧- حسنى إحسان حلواني (١٩٩٦) : المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي الأوتيزم من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة
- ٢٨- حسين على فايد (٢٠٠٤) : علم النفس المرضى (السيكوباتولوجى) الإسكندرية مؤسسة حورس الدولية .
- ٢٩- حمدي شاكر محمود (١٩٩٨) : مقدمة في التربية الخاصة (معايير النمو أدوات التشخيص - برامج التعلم - فنيات الإرشاد)، الرياض دار الخريجين للنشر .
- ٣٠- حنان حسن نشأت (١٩٩٤) : أثر استخدام الفن التشكيلي في تعديل بعض المظاهر السلوكية لعينة من مرضى التخلف العقلي ، دراسة تجريبية رسالة ماجستير ،كلية الآداب ، عين شمس .
- ٣١- حياة المؤيد (١٩٩٦) : بناء وتقويم برنامج لتعديل سلوك مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً في المجتمع البحريني " دراسة تجريبية " رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية البنات جامعة عين شمس .
- ٣٢- رشاد على عبد العزيز موسى (٢٠٠٢) : علم النفس الإعاقة ، القاهرة ،الأنجلو المصرية.
- ٣٣- رضا عبد الستار كشك (٢٠٠٧) : فاعلية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحيديين،رسالة دكتوراه،كلية التربية الزقازيق.
- ٣٤- رفعت محمود بهجات (٢٠٠٧) : الأطفال التوحيديين جوانب النمو وطرق التدريب، القاهرة ، عالم الكتاب .
- ٣٥- رمضان محمد القذافي (١٩٩٤) : سيكولوجية الإعاقة ، طرابلس الدار العربية للكتاب.
- ٣٦- زينب محمود شقير (٢٠٠٤) : نداء من الابن المعاق ، المجلد الأول ط١ القاهرة مكتبة النهضة المصرية .
- ٣٧- سامي بن جمعة (١٩٩٣) : رعاية الأطفال المعاقين في مركز بن سينا بصفافص، وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم ، مركز سيتي كاريتاس مصر القاهرة.

- ٣٨- سحر محمد على غانم (٢٠٠٤) : دراسة لفاعلية العلاج بالفن في علاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي رسالة ماجستير ، كلية رياض الأطفال ، جامعة الإسكندرية .
- ٣٩- سعيد حسن العزة (٢٠٠١) : التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية ، عمان ،الأردن ، دار البازورى للنشر والتوزيع .
- ٤٠- سليمان الريحاني (١٩٨٥) : التخلف العقلي ، الطبعة الثانية ، عمان الأردن ، المؤتمر الثاني للإرشاد النفسي .
- ٤١- سميرة عبد اللطيف السعد (١٩٩٢) : - معاناتي والتوحد- الطبعة الأولى، الشويخ،الكويت.
- ٤٢- سميرة على جعفر (١٩٩٢) : تعديل أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى أطفال المدرسة الابتدائية باستخدام برنامج إرشادي في اللعب،رسالة دكتوراه،معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة .
- ٤٣- سهى أحمد أمين (٢٠٠١) : مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين،رسالة دكتوراه غير منشورة معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس .
- ٤٤- سهى أحمد أمين (٢٠٠٢) : الاتصال اللغوي للطفل التوحدى التشخيص البرامج العلاجية القاهرة ، دار الفكر للطباعة والتوزيع .
- ٤٥- سهير كامل أحمد (١٩٩٨) :سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة،مركز الإسكندرية للكتاب .
- ٤٦- سهير محمد سلامة شاش (٢٠٠١) : فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظمي الدمج والعزل وأثره في حفظ الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية. جامعة الزقازيق
- ٤٧- سهير محمود أمين (٢٠٠٠) : اللجلة ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
- ٤٨- شاكرا عطية قنديل (٢٠٠٠-أ) : إعاقة التوحد طبيعتها وخصائصها المؤتمر السنوي لكلية التربية بالمنصورة(نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة) ، جامعة المنصورة ، أبريل ، ٤٧ - ٩٨ .

- ٤٩- شاكراً عطية قنديل (٢٠٠٠- ب) : برامج رعاية المعاقين، كلية التربية جامعة المنصورة.
- ٥٠- صبحي عبد الفتاح (١٩٩٢): تعديل السلوك العدواني لدى الأطفال باستخدام برنامج للعلاج الجماعي باللعب وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة طنطا.
- ٥١- صلاح الدين عراقي محمد (٢٠٠٦) : برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة حياة أبنائهم ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة كلية التربية، جامعة بنها.
- ٥٢- طارق مسلم الثمري، زيدان أحمد السرطاوي (٢٠٠٢) : صدق وثبات الصورة العربية بمقياس تقدير التوحد الطفولي، مجلة أكاديمية التربية الخاصة، العدد الأول الرياض، المملكة العربية السعودية.
- ٥٣- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢- أ) : الأطفال التوحديين، دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة، دار الرشاد.
- ٥٤- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢- ب) : فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض الآداب، سلسلة الإصدارات الخاصة، العدد (٧)، جامعة المنوفية.
- ٥٥- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٣) : جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين، وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً، القاهرة، دار الرشاد.
- ٥٦- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤- أ) : الإعاقة العقلية، سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، دار الرشاد.
- ٥٧- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤- ب) : الإعاقة العقلية، سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، دار النشر.
- ٥٨- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٥) : سيكولوجية الموهبة، القاهرة، دار الرشاد للنشر والتوزيع.
- ٥٩- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٨- أ) : مقياس الطفل التوحدي، القاهرة، دار الرشاد للنشر والتوزيع.
- ٦٠- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٨- ب) : العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين، القاهرة، دار الرشاد للنشر والتوزيع.
- ٦١- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠) : العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات القاهرة، دار الرشاد للنشر والتوزيع.

- ٦٢- عاطف حامد زغلول (٢٠٠٤) : الاتجاهات الحديث في مناهج الأطفال المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم) ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة ، جامعة المنصورة ، تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي – الواقع والمستقبل، في الفترة من ٢٤- ٢٥ مارس ، ١، ٢٣١- ٢٦٥ .
- ٦٣- عبد الحميد عبد المجيد حكيم (١٩٩٩) : موقف الفكر الإسلامي من ذوي الحاجات الخاصة ، الدورة الأولى لتأهيل معلمي المعاقين تخصص التربية الرياضية ، مكة المكرمة ، كلية المعلمين ، جامعة أم القرى .
- ٦٤- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٠) : الذاتية إعاقاة التوحد عند الأطفال القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
- ٦٥- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١) : إعاقاة التوحد ، ط٢ ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
- ٦٦- عبد الرحمن سيد سليمان ، سميرة محمد شندى ، إيمان فوزي سعيد (٢٠٠٤- ب) : الطفل التوحيدي ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
- ٦٧- عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (٢٠٠١) : الطفل التوحيدي (الذاتوى الإجتزاري) ، القياس والتشخيص الفارق ، المؤتمر الدولي السادس ، مركز الإرشاد النفسي ، ١٠- ١٢ نوفمبر ، جامعة عين شمس .
- ٦٨- عبد العزيز السيد الشخص، عبد الغفار الدماطى (١٩٩٢): قاموس التربية الخاصة وتأهيل العاديين ، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٦٩- عبد العظيم شحاته (١٩٩٠): التأهيل المهني للمتخلفين عقلياً، القاهرة النهضة المصرية.
- ٧٠- عبد العظيم شحاته (١٩٩٣): التأهيل المهني للمتخلفين عقلياً، القاهرة النهضة المصرية.
- ٧١- عبد الفتاح عبد المجيد الشريف (٢٠٠٧) : التربية الخاصة في البيت والمدرسة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٧٢- عبد اللطيف مرسى عثمان (١٩٨٩) : التخلف العقلي (الوقاية – العلاج) ، القاهرة ، دار انترناشيونال بلس للنشر .
- ٧٣- عبد الله سكر (٢٠٠٥) : الاضطرابات النفسية للأطفال ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

- ٧٤- عبد المجيد منصور وآخرون (٢٠٠٣) : علم النفس الطفولي ، الأسس النفسية والاجتماعية والهدى الإسلامي ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
- ٧٥- عبد المجيد عبد الرحيم (٢٠٠٧) : تنمية قدرات الأطفال المعاقين القاهرة ، دار غريب للنشر والتوزيع .
- ٧٦- عبد المجيد سيد أحمد منصور ، زكريا أحمد الشربيني، يسرية صادق (٢٠٠٣): موسوعة تنمية الطفل "الطفل ومشكلاته النفسية والتربوية والاجتماعية- الأسباب وطرق العلاج " الجزء الأول ، الطفل العادي القاهرة ، دار قباء للتوزيع والنشر .
- ٧٧- عبد المطلب أمين القريطي (١٩٩٥) : مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال ، القاهرة، دار المعارف للنشر والتوزيع .
- ٧٨- عبد المطلب أمين القريطي (١٩٩٦) : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
- ٧٩- عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠٥) : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
- ٨٠- عبد المطلب أمين القريطي (١٩٩٦) : الصحة النفسية ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
- ٨١- عثمان لبيب فراج (١٩٩٤) : إعاقة التوحد أو الاجترار - خواصها وتشخيصها، إتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ،النشرة الدورية (ديسمبر)، ع ٤٠ ، ٢- ٨
- ٨٢- عثمان لبيب فراج (٢٠٠٠) : من إعاقات النمو الشاملة متلازمة ريت إتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، العدد ٦٢ ، السنة السابعة عشر ص- ص ١٣-٢ .
- ٨٣- عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢- أ) : الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة " تعريفها، تصنيفها، أعراضها ، تشخيصها ، أسبابها ، التدخل العلاجي " المجلس العربي للطفولة والتنمية ، القاهرة .
- ٨٤- عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢- ب) : برامج التدخل العلاجي والتأهيل لأطفال التوحد (٥) النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، القاهرة ، العدد (٧٢) ، ١٣- ٢ .
- ٨٥- عثمان لبيب فراج (٢٠٠٣) : العوامل المسببة لإعاقة التوحد ، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية العدد(٧٣) ، السنة التاسعة عشر ، مارس ، ٢٠- ٢ .

- ٨٦- عزة خليل عبد الفتاح (١٩٩٠) : اللعب كأسلوب لحل بعض المشكلات - دراسة تجريبية على أطفال ما قبل المدرسة ،رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ،جامعة عين شمس .
- ٨٧- عزة محمد سليمان ممدوح(١٩٩٧):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.
- ٨٨- عفاف أحمد فراج ، نهي مصطفى حسن (٢٠٠٤) : الفن لذوي الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٨٩- عصام محمد زيدان (٢٠٠٤): الإنهاك النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال .
- ٩٠- علا عبد الباقي إبراهيم (١٩٩٣) : برنامج تدريبي للأطفال ذوي الإعاقة العقلية ، سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات إعاقة الطفولة - الكتيب الأول ، القاهرة ، مكتبة الطوبجي التجارية .
- ٩١- علا عبد الباقي إبراهيم (١٩٩٣) : برنامج تدريبي للأطفال ذوي الإعاقات العقلية،كلية التربية ، جامعة عين شمس .
- ٩٢- علاء الدين كفاقي (٢٠٠١) : تشخيص الاضطراب الإجتراى ، مجلة علم النفس ، العدد ٥٩ ، السنة الخامسة عشر ، سبتمبر، ٦- ١٥ .
- ٩٣- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) : خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحد على اختبار أيزنك لشخصية الأطفال . مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق،القاهرة، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ع ٤٩ السنة الرابعة عشر .
- ٩٤- عمر بن الخطاب (٢٠٠١) : الأساليب الفعالة في علاج التوحد ، مجلة معوقات الطفولة ، جامعة الأزهر ، العدد التاسع ، مايو ، ٥٧- ٦٦ .
- ٩٥- عوض بن مبارك سعد الياى (٢٠٠١-أ): علاج أطفال التوحد من خلال الفن التشكيلي ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود .
- ٩٦- عوض بن مبارك سعد الياى (٢٠٠١-ب): مفهوم العلاج بالفن التشكيلي ، كلية التربية جامعة الملك سعود .
- ٩٧- عوض بن مبارك سعد الياى (٢٠٠٤-أ): الأشكال البصرية والعلاج النفسي : نحو علاج معرفي سلوكي بالفن التشكيلي . مجلة علم النفس القاهرة ، الهيئة المصرية للكتاب ، ع٤ ، السنة الرابعة عشر.

- ٩٨- فاروق فارع الروسان (١٩٩٨) : أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، عمان ، الأردن ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع
- ٩٩- فاروق فارع الروسان (١٩٩٨) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان الأردن .
- ١٠٠- فاروق محمد صادق (٢٠٠٣) : "تنوع حالات التوحد في ضوء التشخيص" دورة تدريبية في الفترة من ١٠/ ٧ إلى ١١ / ٨ / ٢٠٠٣ بمركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس .
- ١٠١- فاروق محمد صادق (١٩٨٢): سيكولوجية التخلف العقلي ، الرياض مطبوعات جامعة الرياض .
- ١٠٢- فاروق محمد صادق (١٩٩٨) : الإعاقة العقلية في مجال الأسرة ، الحياة الطبيعية حق للمعوق ، إتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، النشرة الدورية، (٥٥) ٤٩-٥٧ .
- ١٠٣- فايزه إبراهيم الجيزاوى (٢٠٠٨) : فعالية برنامج سلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ .
- ١٠٤- فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩٠): سيكولوجية الأطفال غير العاديين ط٤ ج ٢ ، الكويت دار القلم .
- ١٠٥- فهد بن سلمان الفهيد (٢٠٠٧): دور العلاج بالفن التشكيلي في تأهيل إصابات ذوي العمود الفقري في مدينة الملك فهد الطبية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
- ١٠٦- فوزية دياب (١٩٩٥) : نمو الطفل وتنشئته بين الأسرة ودور الحضانة القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.
- ١٠٧- فيوليت فؤاد إبراهيم (١٩٩٢): "مدى فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم" بحوث المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري (المجلد الثاني) .
- ١٠٨- كريمان بدير (٢٠٠٤) : الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، القاهرة عالم الكتاب .

- ١٠٩- كريستين مايلز (١٩٩٤): (دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقلياً) تقديم البرفسير بيتر ميتلر، ترجمة : عفيف الرزاز بمشاركة من محمود المصري ومؤنس عبد الوهاب وفاديه الملا ، لبنان، ورشة الموارد العربية والرعاية الصحية وتنمية المجتمع .
- ١١٠- كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٦): مرجع في علم التخلف العقلي ، ط ١ الكويت، دار القلم.
- ١١١- _____ (١٩٩٧):
مرجع في علم التخلف العقلي، ط ٢ دار النشر للجامعات القاهرة .
- ١١٢- _____ (٢٠٠٠) : مرجع
في التخلف العقلي ، دار النشر، للجامعات، القاهرة.
- ١١٣- كمال سالم سيسالم (١٩٩٨) : الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين تقديم فاروق محمد صادق ، الرياض ، مكتبة الصفحات الذهبية .
- ١١٤- لويس كامل مليكه (١٩٩٠): دراسة الشخصية عن طريق الرسم ، ط ٦ القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .
- ١١٥- لويس كامل مليكه (١٩٩٨): الإعاقة العقلية والاضطرابات الارتقائية القاهرة، مكتبة النهضة العربية .
- ١١٦- ماجد السيد عمارة (٢٠٠٥): إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق ، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق .
- ١١٧- مجدي فتحي غزال (٢٠٠٧): فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان ، رسالة دكتوراه كلية الدراسات العليا ، الجامعة الأردنية .
- ١١٨- محمد إبراهيم عبد المجيد (٢٠٠٣) : الطفل الذاتوى برنامج تنموي لبعض المهارات القاهرة ، دار الفكر العربي ،
- ١٢٠- محمد أحمد خطاب (٢٠٠٥) : سيكولوجية الطفل التوحدي ، تعريفها تشخيصها ، أعرضها ، أسبابها ، التدخل العلاجي ، عمان ، دار الثقافة .
- ١٢١- محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠٠٧) : المرجع في اضطراب التوحد التشخيصي والعلاج كلية التربية بدمنهور ، جامعة الإسكندرية .
- ١٢٢- محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠٠٦) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين

- الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية .
- ١٢٣- محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠- ب): التوحد ، المفهوم ، التعليم التدريب مرشد إلى الوالدين والمهنيين ، الرياض ، دار عالم الكتاب للطباعة والنشر .
- ١٢٤- محمد حماد هندي (٢٠٠٢) : 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 ٧- ٨ مايو ، ١٠١ - ١٤٠ .
- ١٢٥- محمد شوقي عبد المنعم (٢٠٠٤) : فعالية برنامج إرشادي فردي لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين (الأوتيزم) رسالة ماجستير ، كلية التربية بكفر الشيخ ، جامعة طنطا .
- ١٢٦- محمد على كامل مصطفى (١٩٩٨) : من هم ذوي الأوتيزم ، القاهرة مكتبة النهضة .
- ١٢٧- محمد قاسم عبد الله (٢٠٠١) : الطفل التوحدي أو الذات ولى، الانطواء حول الذات ومعالجته (اتجاهات حديثة) ، عمان ، دار الفكر العربي .
- ١٢٨- محمد كمال أبو الفتوح (٢٠٠٩) : فعالية برنامج تدريبي في تحسين الكلام .
- ١٢٩- محمد محروس الشناوي (١٩٩٧): التخلف العقلي (الأسباب - التشخيص - البرامج - القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر .
- ١٣٠- محمد مقداد وآخرون (٢٠٠٨): إعداد معلمي التلاميذ العاديين للتكفل بذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء أساليب الدمج ، محرر في :محمد مقداد وليد كمال القفاص، عصام توفيق قمر، محمد أرزقي بركات ، انتصار محمد على، على لويس، زكية شنه، دلال جغبوب، وسمية صالح (٢٠٠٨): رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي بين المج والعزل، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث .
- ١٣١- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩١) : النفس أسرارها وأمراضها ط٢، القاهرة، دار المعارف.
- ١٣٢- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨) : الطفولة والمراهقة : المشكلات

- النفسية والعلاج القاهرة ، بدون دار نشر .
- ١٣٣- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨) : النفس أسرارها وأمراضها، القاهرة، مكتبة الفجالة .
- ١٣٤- محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي (٢٠١٤) :- تخفيف حدة الخوف المرضى لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، دسوق ، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- ١٣٥- محمود عنان (١٩٩٨) : رعاية الطفل المعوق ، القاهرة، سلسلة سفير التربوية
- ١٣٦- مصطفى محمد عبد العزيز (١٩٩٧) : التربية الفنية للفئات الخاصة القاهرة، الأنجلو .
- ١٣٧- مها أبو العز (٢٠٠٦) : العلاج بالرسم أسلوب علاجي ناجح مع الأطفال التوحديين ، القاهرة ، مركز أسرتي مبدعة .
- ١٣٨- نادر فهمي الزيود (١٩٩٥) : تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً الأردن، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- ١٣٩- نادية إبراهيم أبو السعود (١٩٩٧): الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغط الوالدية، رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس
- ١٤٠- نادية إبراهيم أبو السعود (٢٠٠٢) : فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحد وأبائهم ، رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
- ١٤١- نادية أديب (١٩٩٣) : الأطفال التوحيديون (الأوتيسك) وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم ، مركز سيتي كاريتاس مصر . ديسمبر ٩٣ .
- ١٤٢- نعمة مصطفى رقبان (٢٠٠٦) : المهارات الحياتية وتأهيل المعوقين ورقة مقدمة في الملتنقى الثالث للمهارات الحياتية تحت شعار "صحتك بين يديك" الذي تقيمه إدارة الأنشطة الفنية والثقافية بوزارة التربية والتعليم بدولة الإمارات ، الأربعاء ٨ / ٢ / ٢٠٠٦ - مسرح الوزارة .
- ١٤٣- نيفين زيور (١٩٨٨) : الأمراض النفسية لدى الطفل والمراهق ، بدون ناشر .
- ١٤٤- نهلة غندور (٢٠٠٠) : كيف نواجه التعقيدات الملحة لدى الطفل التوحدي ، الرياض ، مجلة عالم الإعاقة ، السنة الثالثة ، العدد (١٧) .

- ١٤٥- هالة فؤاد كمال الدين (٢٠٠١) : تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي
- ١٤٦- هدى أمين عبد العزيز (١٩٩٩) : الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالأوتيزم ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، قسم علم النفس ، جامعة عين شمس .
- ١٤٧- هشام عبد الرحمن الخولى (٢٠٠٤) : فاعلية برنامج علاجي لتحسين حالة الأطفال ذوي الأوتيزم ، مجلة كلية التربية ، جامعة طنطا ، مج ٢ ، ع ٣٣ ص ص ٢٠٨ - ٢٣٨ .
- ١٤٨- هشام عبد الرحمن الخولى (٢٠٠٨) : الأوتيزم، الإيجابية الصامتة، إستراتيجيات لتحسين الأطفال الأوتيزم ، بنها الجديدة ، دار المصطفى للطباعة .
- ١٤٩- وفاء على الشامي (٢٠٠٤) : سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها جدة ، مركز جدة للتوحد .
- ١٥٠- وليام كرين (١٩٩٦) : نظريات النمو مفاهيم وتطبيقات ، ترجمة (محمد الأنصاري) ، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية ، سلسلة الدراسات العلمية الموسمية .
- ١٥١- وليد السيد خليفة ، مراد على عيسى (٢٠٠٧) كيف يتعلم المخ ذو التخلف العقلي ، الإسكندرية ، دار الوفاء للطباعة والنشر .
- ١٥٢- يوسف القريوطى ، عبد العزيز السرطاوى ، جميل الصمادى (١٩٩٥) : المدخل إلى التربية الخاصة ، الإمارات ، دار القلم .
- ١٥٣- يوسف بشير ، يعقوب البهبهانى (٢٠٠٤) : التوحد علاج الذاتوية 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 functionong ASD.*
- 155- Barry,T, Klinger, L,M. Lee,J, Palardy,N, Gilmore, T & Bodin,D (2003) : *Exsaming The Effectiveness of on outpatient clinic Basedsocial skills Group for high – functioning children with Aiaorders joulal of Autism and Developmental Disorders, 33(6), 685-601.*
- 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.*
- 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 cdmunication interaction behaviors between typically developing preschoolers and preschoolers with autism MD,Miami university , faculty of Miami university . Oxford, OH*

- 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.*
- 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.*
- 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 5th 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).*

- 168- Grela, B & Mclaughlim, 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 : Idiomayic 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).*
- 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.*
- 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 improv[ing] the social play development of children with autism spectrum disorder* PHD, university of California.
- 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).
- 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 , Retarderded to 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*,

- 182- Mangal S (2002) : *Advanced Conductional Psychology 2nd ed*, Prentice-Hall : New Delhi.
- 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.*
- 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 .*
- 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 , Jand Dawson ,G. (1994) : *Early Recognition of children with Autism , A study Birthday Home video Types , journal of Autism and Development Disorders , 24, (3) , 246 : 570.*
- 188- Pearson ,D , Love Land , K , Lachar , D Red doch S , Man sour , R & Cleveland . L (2006) : *Acomparison 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 underlying attention and imitation skills deficits in preschool children with autism*. MD. University of North Carolina.
- 190- Romano, J (2003) : *Are social stories effective in modifying behavior in children with autism ? PHD*. Fairleigh Dickinson university.
- 191- Rosenhan, 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, Marilke & Evans, Kathy (1999) : *Emerging interactive Art therapy , paper in conference Autism 99, U. K* [http: //www.autism 99,org](http://www.autism99.org).
- 195- Scheuermam, B , webber, J. (2002) : *Autism teaching does make a difference Canada*, wadsworth – Thomson learning.
- 196- Scott, J , Clark, C , Brady , M , (2000) : *Students with autism* , California, singular Publishing group.

- 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 tesearch 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 nractices 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).*

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. Joumal of Autism and Developmental Disorders, 36, (1) , 655 – 664.*