

الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح بريطانيا

قسم علم النفس

ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية
للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء

رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في علم النفس العام
رسالة مقدمة من
عادل جاسب شبيب

إشراف
الدكتورة
مارغريت ماثيو

٢٠٠٨

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ وَمَا أَوْتِيْتَهُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيْلًا ﴾

عنوان الرسالة : ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال
المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء

اسم الباحث : عادل جاسب شبيب

الجامعة / : الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح (بريطانيا)

تاريخ تخرج الباحث :

المؤهلات الحاصل عليها : بكالوريوس علم النفس ١٩٨٨

تاريخ القيد لدرجة الماجستير :

تاريخ تسجيل درجة الماجستير :

الدرجة العلمية : الماجستير

سنة المنح : ٢٠٠٨

الأهداء

الى أبي وأمي
براً ووفاءً

الشكر والتقدير

بعد أن منَّ الله جل جلاله عليَّ بإكمال بحثي المتواضع في خير صورة وتمام
لا يسعني إلا أن أتقدم بالشكر والعرفان لكل من ساهم في توجيهي وتعليمي
بكلمة أو حرف أو رأي . وأخص الأستاذ الدكتور فاضل عبد الزهرة
المدرس في جامعة البصرة كلية التربية , وأخصائي الأطفال د . بهاء عبد
الحسين العيثان الذي قدم لي إحدى حالات التوحد والتي تم كشفها من قبله,
وكذلك كل الشكر والتقدير إلى الأستاذة الكريمة التي راعتني في كل
صغيرة وكبيرة الدكتورة مارغريت ماثيو , وكل التقدير والامتنان لعائلة
الطفل الأول وعائلة الطفل الثاني وأتمنى من قلبي ان أقدم لهم أي معلومة أو
طريقة علاجية جديدة تساهم في تخفيف معانات أطفالهم وتزيد قدرتهم على
التحمل . ولا أنسى أن أقدم الشكر لعائلتي الكريمة على تهيئتها الأجواء
المناسبة لإكمال البحث رغم كل الصعوبات والضغوطات في بلدي . ولم
أنسى تقديم شكري واعتزازي للإخوة والأخوات في قسم الإشراف
والمتابعة في الأكاديمية على متابعتهم لرسائلي واستفساراتي .

قائمة المحتويات

رقم الصفحة

الموضوع

١٢ _ ٨

الفصل الأول

- مدخل إلى البحث
- أولاً : مقدمة
- ثانياً : مشكلة البحث
- ثالثاً : أهداف البحث
- رابعاً : أهمية البحث
- خامساً : حدود البحث
- سادساً : خطوات إجراء البحث

٥٣ _ ١٣

الفصل الثاني

- الإطار النظري
- التوحد
- مقدمة
- نبذة تاريخية عن التوحد
- تعريف التوحد
- أسباب التوحد
- تشخيص التوحد
- الإحصائيات الخاصة بالتوحد
- خصائص التوحد
- مراحل حدوث التوحد
- أنواع التوحد
- كيف يمكن التغلب على التوحد .

رقم الصفحة

الموضوع

٥٥_٥٤

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

٥٨_٥٦

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

أولاً: منهج الدراسة

ثانياً: عينة الدراسة

ثالثاً: أدوات الدراسة

رابعاً: الأساليب الإحصائية

٧٣_٥٩

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

أولاً: نتائج الفرض الأول .

ثانياً: نتائج الفرض الثاني .

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث .

رابعاً: توصيات الدراسة .

خامساً: الدراسات والبحوث المقترحة .

٧٦_٧٤

المراجع

الفصل الأول

مدخل إلى البحث

أولاً : مقدمة البحث

بين فترة وأخرى يطل علينا اسم مرض أو اضطراب معين . لم نسمع أو نعرف عنه شيء . فيولد موجة في المجتمعات , مما يدفع العلماء والباحثين إلى البحث والجهد والسهر من أجل الوصول الى الأسباب والحلول . فمن الأمراض والاضطرابات التي ظهرت ومازالت مبهمة وغامضة إلى يومنا الحاضر (الأسباب والعلاج) هو اضطراب التوحد . ذلك الاضطراب الذي أشغل شغل كثير من العلماء , وبُذلت كثير من الدول الأموال لكي تضع يدها على السبب الحقيقي واليقيني للأصابه . لكن مصطلح التوحد autism هو مصطلح حديث ، ولقد تردد ذكره في بداية الأمر بين علماء النفس والأطباء النفسيين ، ويعتقد أن أول من قدمه هو الطبيب النفسي السويسري إيجن بلولر Eugen Bleuler عام ١٩١١ حيث استخدمه ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية .

فالتوحد يصيب الأطفال دون الثلاث سنوات وهو عمر الأزهار عمر الالتصاق بالوالدين , عمر اللعب الجماعي والتفاعلي والبدء بتكوين بيئة ثانية وهي بيئة الأصدقاء والساحة والشارع . ولكن وبدون سابق إنذار يلاحظ على الطفل التوحدى البدء بالانعزال وعدم التواصل واللعب مع الأقران وعدم القدرة على التخاطب اللفظي والبكاء أو الضحك وبدون سبب وغيرها من الأعراض التي تجعل الاهتمام بهذه الشريحة اهتمام ضروري ومهم من أجل تخفيف تلك الأعراض وإمكانية جعلهم يتكيفون مع الإعاقة والمجتمع , اضافة الى مساعدة الأسرة وإعانتها على التعايش والتعامل مع المتوحد بأقل ضغط وتوتر نفسي يقع على العائلة وهذا بسبب بعض الأعراض التي تصبح ليس من السهل التعايش معها (كالبكاء لساعات طويلة في منتصف الليل وبدون سبب) .

ومنذ الانتباه والاهتمام بالتوحد قبل أكثر من خمسين عام الى هذا الحين تبقى أسباب التوحد مجهولة . ماعدا الفرضيات والاحتمالات , التي نادراً ما تصمد وتبقى قوية مع بقاء الأعراض وعدم الشفاء النهائي .

فالتوحد من اعقد الاضطرابات والأمراض لأنه ليس مرض محدد او ذي أعراض ثابتة , فهو يختلف من حيث الشدة والتشابه في المصاب الواحد أو مع الآخرين . وبسبب تعقيد هذا المرض وعدم معرفة أسبابه أصبح من الضروري والمهم أن تتم عملية التشخيص من قبل فريق متكامل يتكون من (طبيب نفسي , أخصائي نفسي , أخصائي أطفال . اختصاصي في الاختبارات , اختصاص في السمع والتخاطب) وأحيانا اختصاصات أخرى . لذا أصبح من الضروري ان يدرس الطفل الذي يشتبه بإصابته من جميع النواحي النفسية والاجتماعية والعقلية وفي جميع المراحل العمرية لغاية ظهور الإصابة . حتى يتوصل الفريق التشخيصي الى التشخيص الدقيق والصحيح من اجل المساعدة لوضع البرامج التي تساعد على تأهيل وتدريب الطفل المصاب .

ثانياً : مشكلة الدراسة وتساؤلاتها .

يعتبر سلوك الطفل التوحدي سلوك معقد , وفي أغلب الأحيان ليس من اليسير أن يُعرف لماذا يصدر هذا السلوك او ماذا يريد من وراءه . والسبب أن الطفل لا يستطيع أن يعبر بشكل طبيعي عن السلوك المطلوب وليس لديه وسيلة تعبير واتصال طبيعية يمكن أن يدير شؤون حياته ومتطلباته واحتياجاته الضرورية . فمعرفة الأعراض والخصائص لدى الطفل مهمة جداً تساعد في عملية التشخيص والعلاج والتأهيل . لذا فهناك خصائص نفسية واجتماعية وعقلية لأطفال التوحد تتم معرفتها بشكل أدق وأعمق من قبل الآباء نتيجة لتماسهم المباشر مع الطفل التوحدي . ولكن بسبب عدم معرفة الأسباب الحقيقية للتوحد وأيضا عدم وجود العلاج الذي يزيل الأعراض نهائياً دفع غالبية الآباء بعدم تقبل تشخيص طفلهم بأنه مصاب بالتوحد . وهذا قد يؤثر على الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية التي يطرحها الوالدين . لأنهم مصدر من المصادر المهمة في التشخيص ومعرفة الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للطفل التوحدي وبالتالي يؤدي عدم التقبل هذا الى تأخر طرق التأهيل والتدريب والى تعقيد معاناة الطرفين (الطفل والأسرة) . لذا فالتشخيص المبكر يذلل بعض الصعاب ويقلل الآلام والمعاناة للطرفين .

تساؤلات الدراسة :

س ١ . ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء .

س ٢ . عدم معرفة الوالدين بتلك الخصائص يؤدي إلى تصرفات خاطئة في تعاملهم مع الطفل او حكمهم عليه .

س ٣ . هل يقوم الوالدين بإخفاء الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للطفل المصاب بالتوحد خوفاً من التشخيص .

ثالثاً : أهداف البحث

تهدف الدراسة إلى معرفة :

١ . الخصائص النفسية للأطفال المصابين بالتوحد .

والتي من خلالها قد يتمكن المختصون العاملون في مجال رعاية أطفال التوحد (أطباء أطفال وأطباء وأخصائيون نفسانيون واجتماعيون) من علاج وتأهيل وتدريب هؤلاء الأطفال .
ومن تلك الخصائص :
(القلق , التوتر , الانطواء , الانعزال , الاضطرابات السلوكية , اكتساب المهارات , النمو...) .

٢ . الخصائص الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد (التواصل والعلاقات مع الآخرين) .

٣ . الخصائص العقلية للأطفال المصابين بالتوحد (مستوى النمو العقلي والمعرفي) .

وكل هذه الخصائص أراد الباحث أن يعرفها من خلال وجهة نظر الآباء.

رابعاً : أهمية البحث

يعد الطفل النواة في جميع المجتمعات الإنسانية . فألت على نفسها بعض البلدان المتطورة والمتقدمة والراعية للإنسانية ان ترعى وتهتم بالطفولة . فوضعت تلك المجتمعات اهتماماتها وقدراتها من النواحي التربوية والاجتماعية والنفسية والمالية في خدمة الطفولة (وهذا للأطفال الطبيعيين) . أما الذين لم يكن بمقدورهم التواصل والعمل والحياة بصورة طبيعية بالمجتمع , أصبح لهم خصوصية رفيعة ومهمة كبيرة وواجب إنساني وأخلاقي على الجميع . ومن اجل تذليل كل الصعاب وتحسين الأجواء لهم وإمكانية العيش مع المجتمع بأقل عناء ووسيلة , تسعى المجتمعات جاهدة للقضاء والسيطرة على تلك الأمراض وتأهيل المصابين منهم . ومن تلك الجماعات هم الأطفال المصابين بالتوحد .

ونتيجة لأهمية الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للطفل التوحيدي لاعتبارها من العوامل الرئيسية في عملية التشخيص والمساهمة في التأهيل والتدريب . وبسبب التعايش المباشر والالتصاق الكامل مع الطفل كان دور الآباء كبير جداً والأخذ بوجهات نظرهم لمعرفة الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية من العوامل المساعدة في التشخيص والإسراع في السيطرة على بعض اضطراب السلوك والعادات الغير مقبولة اجتماعياً .

علاوة على أن الباحث (حسب علمه وتفتيشه) لم يعثر على أي رسالة في بلده قد تناولت اضطراب التوحد . ويضاف إلى الأهمية هو الازدياد والانتشار الملفت للنظر بالإصابة بالتوحد بنسبة كبيرة .. حيث كانت نسبته إصابة واحدة كل ٥٠٠ طفل أما الإحصائيات الحديثة فنقول إصابة واحدة كل ١٦٦ طفل . (معهد أبحاث التوحد Autism Research)...

خامساً : حدود البحث

- إن موضوع الدراسة الحالي هو :
- (ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء) وبالتالي فإن الدراسة الحالية تعتمد على التالي :
- ١ . الموضوع الذي تناولته الدراسة .
 - ٢ . العينة التي أجريت عليها الدراسة .
 - ٣ . الفترة الزمنية التي طبقت خلالها الدراسة .
 - ٤ . الأدوات المستخدمة والأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة .
- وبالتالي فإن إمكانية تعميم نتائج الدراسة تعتمد على الحدود المذكورة سابقاً .

سادساً : خطوات إجراء البحث

- قام الباحث بإعداد الخطوات الآتية :
- ١ . إعداد خطة أولية للدراسة .
 - ٢ . إعداد الإطار النظري للدراسة .
 - ٣ . اختبار أدوات الدراسة .
 - ٤ . تحديد عينة الدراسة .
 - ٥ . تطبيق أدوات الدراسة , وتم في شهري مايس وحزيران وتموز (٢٠٠٨م) .
 - ٦ . تفريغ البيانات .
 - ٧ . تفسير النتائج .
 - ٨ . تقديم بعض التوصيات .
 - ٩ . تقديم بعض الدراسات والبحوث المقترحة .

الفصل الثاني

الإطار النظري :

أولاً : التوحد

- ١ . مقدمة .
- ٢ . نبذة تاريخية عن التوحد .
- ٣ . تعريف التوحد .
- ٤ . أسباب التوحد .
- ٥ . تشخيص التوحد
- ٦ . الإحصائيات الخاصة بالتوحد
- ٧ . مراحل حدوث التوحد .
- ٨ . خصائص التوحد .
- ٩ . مراحل حدوث التوحد .
- ١٠ . أنواع التوحد .
- ١١ . كيف يمكن التغلب على التوحد .

أولاً : التوحيد

مقدمة

يلاحظ على الإنسان الطبيعي والمعافى من كل عاهة أو مرض استخدامه للنعمة التي أنعمها الله عليه بكل يسر وحرية وفائدة . فيلاحظ يتكلم بلسانه ويؤشر برأسه ويلعب ويأكل بيديه . ويشعر بالبرد والحر ويفرح للمفرح ويحزن للمحزن ويدرس ويعمل ويشتري ويبيع , وغيرها من النعم . ولكن عندما يصاب خلل او اضطراب في عضو من أعضاء الإنسان والمسيطرة على واجب معين , سرعان ما يبدأ الاختلال والوضوح على ذلك الجسم . فيلاحظ من البشر منهم من فقد بصره أو عقله أو يديه أو رجليه اوحواسة وغيرها فأصبح ذو أعاقاة واضحة للجميع .

أما اضطراب التوحيد فلأسف يجمع كثير من الحرمان من استخدام الأعضاء المتوفرة لديه من بصر وسمع ويدين ورجلين وعقل ونفس وغيرها من نعم الله تعالى على البشر . لقد أدت الإصابة بالتوحيد أن تجعل الطفل التوحدي في اغلب الأحيان انعزالي ومنطوي على نفسه ولا يشعر بالآخرين وكأنه أصم ولا يميل إلى اللعب الأبتكاري والجماعي ولا يشعر بالأخطار الطبيعية والتي من المفترض ان يخاف منها , واضطرابه هذا جعله أحياناً يضحك ويبيكي بدون سبب وغيرها من الأعراض والاضطرابات والتي أصبحت تنطوي تحت اسم التوحيد .

نبذة تاريخية عن التوحد :

يعتقد أن أول من قدمه هو الطبيب النفسي السويسري إيجن بلولر Eugen Bleuler عام ١٩١١ حيث استخدم التوحد ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية .

١. في عام ١٩٤٣ نشر الدكتور ليو كانر Leo Kanner ورقته المشهورة عن التوحد لكون بذلك أول من ذكره كاضطراب محدد في العصر الحديث.

٢. في عام ١٩٤٤ نشر الدكتور هانز اسبرجر من فيينا ورقة شهيرة أيضا تصف حالة مشابهة للتوحد أطلق عليها فيما بعد متلازمة اسبيرجر Asperger Syndrome وتعتبر هاتان الورقتان هما أول المحاولات العلمية لشرح هذا الاضطراب المعقد .

٣. في عام ١٩٦٤ اكتشف د. برنارد ريملاند Bernard Rimland أدلة تؤكد أن التوحد هو حالة بيولوجية biological condition .

٤. في عام ١٩٦٦ اكتشف د. أندرياس رت Andreas Rett

(صاحب متلازمة رت Rett Syndrome) دليلا آخر يؤكد أن التوحد حالة بيولوجية .

٥. في عام ١٩٧٧ عثر كل من الدكتورة سوزان فلوسيتين والدكتور ميكل روتر Dr. Susan Folstein and Dr. Michael على توأمين مصابين بالتوحد مما أوحى لهما بأن هذا دليل على احتمالية وجود عامل جيني يقف خلف الإصابة بالتوحد .

٦. في عام ١٩٩١ نشر كل من الدكتور ميكل روتر والدكتورة كاترين لورد والدكتورة أن لي كوتشر Drs. Catherine Lord, Michael Rutter and Ann LeCouteur
. published

أول استبيان لتشخيص التوحد the Autism Diagnostic Interview

٧. في عام ١٩٩٢ نشرت جمعية الطب النفسي الأمريكية الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع, the Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) الذي وضع معايير مقننة لتشخيص اضطراب التوحد.

٨. في عام ١٩٩٣ أصدرت منظمة الصحة العالمية World Health Organization دليلا مشابها لدليل جمعية الطب النفسي الأمريكية عرف بالتصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases (ICD-١٠)

وذكرت فيه تعريفا للتوحد ضمن فئة الاضطرابات النمائية Developmental Disorders

٩. في عام ١٩٩٤ أسس الإتحاد الدولي لأبحاث التوحد

the National Alliance for Autism Research (NAAR)

ليصبح أول منظمة في الولايات المتحدة تختص بتمويل البحوث الطبية الخاصة باضطراب الطيف التوحدي (ASD) Autism Spectrum Disorder

تعريف التوحد . Autism

هناك تعريفات كثيرة للتوحد . وتهدف هذه التعريفات الى وصف فئة معينه تحمل نفس الصفات , وهي فئة التوحد .

ويعتبر العالم كانر (kannar ١٩٤٣) أول من عرف التوحد الطفولي , حيث قام من خلال ملاحظته لإحدى عشر حالة بوصف السلوكيات والخصائص المميزة للتوحد والتي تشمل على عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين , والتأخر في اكتساب الكلام , واستعمال غير تواصلية للكلام , ونشاطات لعب نمطية وتكرارية , والمحافظة على التماثل وضعف التخيل والتحليل . وما زالت الكثير من التعريفات تستند على وصف كانر للتوحد حتى وقتنا الراهن . (الشامي ٢٠٠٤) .

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

- أ . إعاقة في العلاقات الاجتماعية .
- ب . نمو لغوي متأخر أو منحرف .
- ج . سلوك طقوسي واستحواذي أو الإصرار على التماثل .
- د . بداية الحالة قبل بلوغ ثلاثين شهراً من العمر . (سليمان ٢٠٠١) .

وأيضاً لدى منظمة الصحة العالمية تعريفاً للتوحد ففي عام ١٩٨٢ عرفته بأنه (اضطراب نمائي يظهر قبل سن ثلاث سنوات ويبدو على شكل عجز في استخدام اللغة وفي اللعب وفي التفاعل والتواصل الاجتماعي) .

كما يعتبر تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society For Autistics Children من اكثر التعريفات قبولا لدى المهنيين . وينص على أن التوحد عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل الى ٣٠ شهراً , ويتضمن الاضطرابات التالية .

- ١ . اضطرابات في سرعة أو تتابع النمو .
- ٢ . اضطرابات في الاستجابات الحسية للمثيرات .
- ٣ . اضطرابات في التعلق او الانتماء للناس والأحداث .
- ٤ . اضطراب في الكلام واللغة والمعرفة . (يحي ٢٠٠٠) .

والتوحد كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال ، وبالعربية أسموه الذووية (وهو أسم غير متداول) ، والتوحد ليس الانطوائية ، وهو كحالة مرضية ليس عزلة فقط ولكن رفض للتعامل مع الآخرين مع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص لآخر .

أسباب التوحد :

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

١ . الفرضية النفسية :

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

٢ . الفرضية البيولوجية :

وهناك من يفسر التوحد نتيجة للعوامل البيولوجية . وأسباب تنبي هذا المنهج بسبب ان الإصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية او إعاقة عقلية , ولكن قد يكون هناك عدم قبول للنظرية البيولوجية عندما لا يجد سبب طبي أو إعاقة عقلية يمكن أن يعزى لها السبب (الصبي ٢٠٠٣) .

٣. فرضية الفيروسات والتطعيم :

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

٤. الفرضيات الوراثية والجينية :

تفترض أن عنصر الوراثة كسبب يفسر اضطراب التوحد, وهذا يفسر إصابة الأطفال التوحديين بالاضطراب نفسه كما يشير بعض الباحثين إلى الخلل في الكروموسومات والجينات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين تؤدي إلى الإصابة به.

٥. الفرضيات البيوكيميائية:

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

٦. الفرضيات الأيضية:

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

٧. فرضية التلوث البيئي:

يفترض بعض الباحثين أن تعرض الطفل في مراحل نموه الحرجة إلى التلوث البيئي وما يحدث من تلف دماغي وتسمم في الدم (الزئبق والمادة الحافظة للمطاط والرصاص وأول أكسيد الكربون).

هذه الفرضيات والنظريات تبقى كلها احتمالات . ويبقى التوحد مرض غامض ومجهول السبب .

تشخيص التوحد :

من الأمور المهمة والصعبة في التوحد هي عملية التشخيص بسبب ما يحمله هذا المرض من تعدد الأعراض واختلافها وتداخلها مع اضطرابات أخرى . لذا أصبحت عملية التشخيص مسألة صعبة ومعقدة ويجب إن يكون التشخيص من قبل فريق متخصص متكامل يتكون من (طبيب أطفال , طبيب اختصاص نفسية . اختصاص في علم النفس (التوحد) , اختصاص اختبارات , اختصاص سمع وتخاطب) وقد يحتاج إلى بعض الاختصاصات مثل طبيب أعصاب أو محلل نفسي أو طبيب أطفال تطوري .

ويبقى التشخيص بعيداً عن المختبرات ومواد التحليل والأشعة بل معتمداً على المراقبة والملاحظة لسلوك المصاب في العيادة الخاصة والمنزل وإجراء بعض الاختبارات وتخطيط السمع وغيرها , لكي يكون التشخيص شامل ودقيق من أجل معرفة درجة الإصابة ونوع العلاج والتدريب الذي يحتاجه المصاب .

نظراً لكثرة الأعراض المرضية في التوحد ، ولتشابه بعض هذه الأعراض ووجودها في حالات مرضية أخرى ،

فقد قامت جمعية طب النفس الأمريكية بوضع قاعدة عامة للتشخيص Diagnostic and

Statistical Manual IV . (DSM-IV-TR , ٢٠٠٠)

وتعتبر محكات الجمعية من أفضل محكات التشخيص قبولا في الأوساط العيادية والتربوية (ابن صديق ٢٠٠٥) .

وتحتوي هذه القاعدة على ١٦ عرضاً مرضياً على ثلاث مجموعات . ويشترط في التشخيص وجود ما لا يقل عن ستة أعراض على الأقل من المجاميع الثلاثة . وفي دراسات ومدارس أخرى هناك قواعد مختلفة للتشخيص ، كما أن بعض الأعراض قد يكون عدم وجودها طبيعياً .

اضطراب العلاقات الاجتماعية :

- ١ . عدم الإحساس أو الإدراك بوجود الآخرين .
- ٢ . عدم طلب المساعدة من الآخرين في وقت الشدة ، أو طلبها بطريقة غير طبيعية .
- ٣ . انعدام أو نقص القدرة على المحاكاة .
- ٤ . انعدام التواصل واللعب مع الآخرين، أو القيام بذلك بطريقة غير طبيعية .
- ٥ . عدم القدرة على بناء صداقات مع أقرانه .

اضطراب التواصل والتخيل :

- ١ . عدم وجود وسيلة للتواصل مع الآخرين
- ٢ . اضطراب في التواصل غير اللغوي .
- ٣ . عدم وجود القدرات الإبداعية .
- ٤ . اضطرابات شديدة في القدرة الكلامية .
- ٥ . اضطراب في نوع ومحتوى الكلام مثل ترديد ما سبق قوله، أو تعليقات غير ذات صلة بالموضوع .
- ٦ . عدم القدرة على البدء أو إكمال الحوار مع الآخرين .

محدودية النشاط والمشاركة مع الآخرين :

- ١ . نمطية حركة الجسم .
- ٢ . الانهماك الكامل مع اللعبة .
- ٣ . مقاومة تغيير البيئة المحيطة به .
- ٤ . الحرص على الرتابة بدون سبب .
- ٥ . محدودية النشاط والانهماك الكامل في نشاط ضيق محدود .

الإحصائيات الخاصة بالتوحد :

في الآونة الأخيرة بدأت بعض الدول تعلن عن ازدياد نسبة الإصابة بالتوحد في بلدانها . ومن تلك الدول هي الولايات المتحدة الأمريكية . ومن المؤكد الانتشار في تزايد , ولكن هل هذا التزايد يرجع إلى الثقافة في المرض وتقدم أساليب التشخيص أم إلى عوامل أخرى ساعدت على ازدياده . ولم يحسم الأمر إلى الآن . وفيما يلي ملخصاً لهذه الإحصائيات .

-في تقرير المعهد الدولي للصحة National Institutes of Health عام ١٩٩٠ يقول أن التوحد يصيب ١ من كل ٥٠٠ طفل مولود في تقرير صدر عن إدارة كاليفورنيا للاضطرابات النمائية عام ١٩٩٩ Department of Developmental California Disabilities جاء فيه أن عدد الأطفال التوحديين قد ارتفع بنسبة ٢٧٢٪ في الإحدى عشرة سنة الأخيرة . تقدر الإحصاءات الحديثة أن ١ من بين كل ١٦٦ شخص يولد مصاب بالتوحد ، أو ما يعادل ٦٠ في كل ١٠٠٠٠ شخص. ترتفع نسبة الإصابة بالتوحد بين الذكور بمقدار أربعة أضعاف عن الإناث.

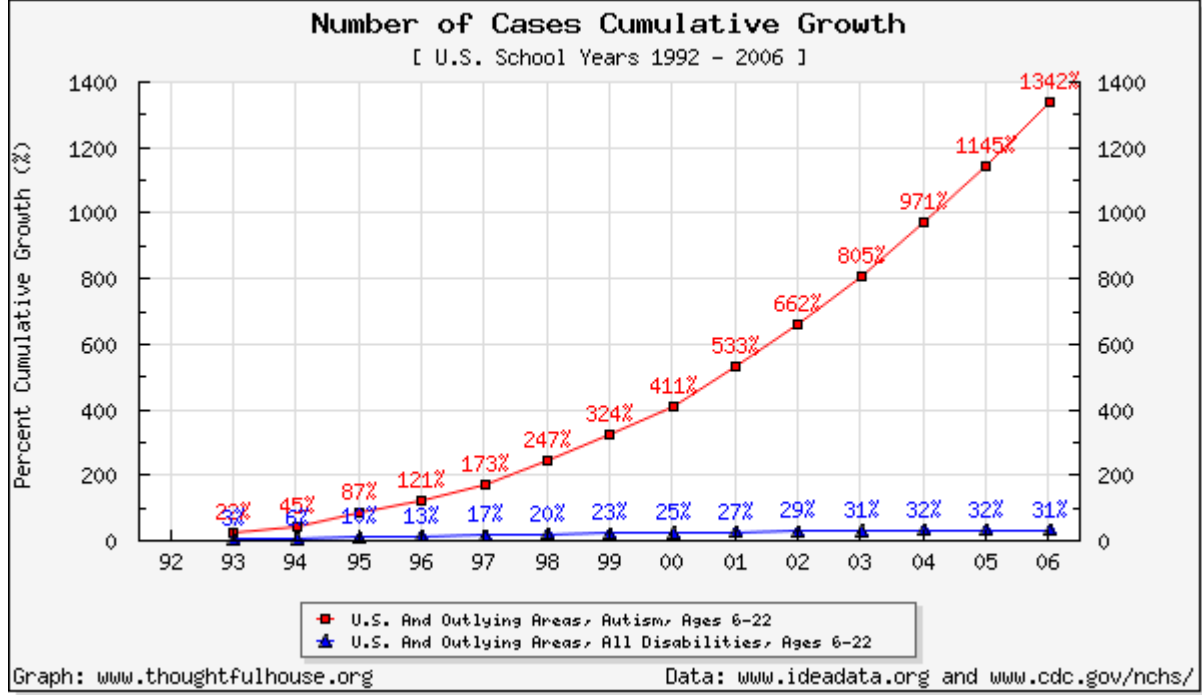
إن نسبة التوحد أصبحت حالياً حوالي ١ في كل ١٥٠ أيضاً ذكر .

International Child Development Resource C ICDRC نسبة مقارنة هي ١ في كل ١٦٠ طفل في ولاية كاليفورنيا بأمريكا .

ارتفاع نسبة التوحد وصل إلى ١١٠ ٪ في السنة مقارنة باضطرابات الأخرى مثل التخلف العقلي ارتفع بنسبة ١٧,٥ ٪ , الصرع ارتفع بنسبة ١٢,٦ ٪ , والشلل الرعاش بنسبة ١٢,٤ ٪ .

إذا الأعداد فى ازدياد مستمر سواء كان في الخارج أو في البلدان العربية ولكن للأسف لا يوجد إحصائيات رسمية إلى الآن...

مخطط يقارن نسبة التوحد بالإعاقات الأخرى



اللون الأحمر..... يرمز للتوحد واللون الأزرق..... يرمز إلى الإعاقات الأخرى

وهنا نرى الفرق واضح....

خصائص التوحد (Characteristics of Autism) :

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

عادة ما تظهر الأعراض المرضية بعد إكمال الطفل السنة الثانية من العمر وبشكل تدريجي ومتسارع , ويقل بدء حدوثه بعد الخامسة من العمر ولكن بعض العائلات لاحظت وجود تغييرات سلوكية لدى أطفالهم في عمر مبكر بعد الولادة . (الصبي ٢٠٠٣) .
وفي اغلب الدراسات تشير إلى أهم الخصائص التي تميز التوحد وهي كما يلي :

١ . إعاقة في التفاعل الاجتماعي (Impairment of Social Interaction) .

من أهم الأمور المميزة للأطفال والأشخاص المصابين بالتوحد هو أنهم لا يستطيعون تطوير العلاقات الاجتماعية التي تتناسب وأعمارهم . ويرى جيلسون (Gillson ٢٠٠٠) ان الخاصية الأساسية للتوحد تتمثل في اختلال الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي , وكذلك يوصف الأطفال التوحديون بأن لديهم إعاقة في تطوير واستخدام السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري والمتعارف عليه , والذي يسهل الحياة اليومية للأفراد التوحديين .
كما إن الأطفال التوحديين يفضلون البقاء لوحدهم ولا يرغبون في الاحتضان أو الضم ويظهرون الامبالاة للوالدين .

وكذلك يميز الطفل التوحدي بعدم فهم مشاعر الآخرين . مثلاً لا يستطيع الطفل ان يتفاعل مع أمه عندما يراها تبكي أو حزينة مثل الأطفال العاديين . ويعود عدم التفاعل العاطفي لعدم قدرتهم على تبادل المشاعر او العجز في فهم الطبيعة – التبادلية في عملية التفاعل الاجتماعي (سليمان ٢٠٠١) .

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

وتعتبر عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي من أهم الخصائص السلوكية كمؤشر على الإصابة بالتوحد . وتلك الخصائص يمكن ملاحظتها في جميع المراحل العمرية .

وعادة الطفل التوحدي لا يرفعون أيديهم لوالديهم من اجل حملهم كما يفعل أقرانهم , ويظهرون غير مباليين وبدون عاطفة .. وقليلاً ما يظهرون أي تعبيرات على الوجه , ونتيجة لذلك يعتقد الوالدان بان طفلهم أصم , وعادةً ما تبدأ مراجعة ذوي الطفل بشكوى الصمم . ومن ابرز مشاكل التفاعل الاجتماعي عدم استطاعتهم إقامة علاقات اجتماعية والمحافظة عليها . حيث يلاحظ انه ينسحب من الكثير من أشكال التفاعل والتواصل الاجتماعي , مما يؤدي الى صعوبة في تكوين وإقامة علاقات اجتماعية , كما ان الطفل التوحدي لا يتضايق من بقاءه لوحده (محمد ٢٠٠٠) .

٢ . اعاقه في التواصل (Impairment of Communication) .

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

ومن الأمور التي تعتبر مشكلة لديهم ان فهم اللغة عندهم متأخراً جداً وهناك مشاكل شديدة في التواصل حيث ان ٥٠% من الأطفال التوحديون لا يكتسبون كلاماً مفيداً ويظهرون الصمم والبكم لبعض الكلمات . وكذلك فان ٢٥% منهم يستطيعون الكلام ويكون تواصلهم غير عادي حيث يكرر بعض الكلام , ويوجد لديهم أيضاً صعوبة في استعمال الضمائر فمثلاً لا يقول إنا أريد أن اشرب , ويقول عامر يريد ان يشرب , ومثلاً تقول له مرحبا اسمي عامر , ما هو اسمك ؟ فيقول : عامر ما هو اسمك (Barlow & Durand ١٩٩٤) .

كما ان بعض الأطفال التوحديون الناطقين يكون التواصل اللفظي عندهم غير عادي فقد يكرر الأطفال الكلمات التي يعرفونها بشكل غير وظيفي وهذه الحالة تسمى المصاداه الكلامية (echolalia) وهذا التردد المرضي للكلام لا يساعد الطفل على استخدام الكلام بسياقات او مواقف اجتماعية وتفاعلية مختلفة (Kendall ٢٠٠٠) .

٣ . السلوك النمطي والاهتمامات والنشاطات المقيدة (Restricted Behavior .Interests) (Activities)

من الخصائص المهمة التي تظهر بشكل واضح ومتكرر في التوحد والاضطرابات التوحدية , الانهماك بأشياء ضيقة المدى ومحدودة وفريدة , نذكر منها :

أ . السلوك النمطي :

من الأشياء الملاحظة والغريبة قيام أطفال التوحد بعمل حركات متكررة وبشكل متواصل بدون غرض أو هدف معين , وقد تستمر هذه الحركات طوال فترة اليقظة , وعادةً ما تختفي مع النوم , مما يؤثر على اكتساب المهارات , كما يقلل من فرص التواصل مع الآخرين , ومن أمثلتها : اهتزاز الجسم , ورفرفة اليدين , فرك اليدين , تموج الأصابع , لف الأشياء الدائرية , طقطقة أمام أعينهم وغيرها من السلوكيات النمطية المختلفة , كما ان اغلب الأشخاص المصابين بالتوحد يقومون بشكل متكرر بسلوكيات مقيدة لا ترتبط بهدف واضح , (الشامي ٢٠٠٤) .

ب . السلوك الروتيني :

يقوم معظم الأطفال وبشكل طقوسي لساعات عديدة بلعبة محددة , يقاومون التغيير بشكل كبير . ويتجسد السلوك الروتيني مثلاً بموعد الطعام والحمام واللباس وكذلك الروتين في ترتيب الغرفة ويوجد لديهم مقاومة شديدة للتغيير الذي يحدث في البيئة , كما يحافظون بشكل كبير على التماثل (Hallahan & Kauffman ٢٠٠٣) .

ج . الاهتمام بأشياء محددة جداً .

الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد يتضايقون من تغيير البيئة المحيطة بهم حتى أدنى تغيير , ويرفضون تغيير رتابة اللعب . هذا الرفض قد يؤدي الى الثورة والغضب , كما إنهم يرتبون ألعابهم وأدواتهم في وضع معين ويضطربون عند تغييره ويقاومون تعلم أي نشاط أو مهارة جديدة ويظهر الطفل اهتماماً بشي معين , كلعبة فارغة مثلاً موجودة في مكان معين وبوضوح معين , وقد ينظر إليها أو يلعب بها بطريقة معينة وبشكل متكرر ممل , وعند تغيير وضعها أو اختفائها فان الطفل الهادئ قد يتحول الى شعلة من الغضب والصراخ , وقد ينتهي الوضع بإعادة اللعبة الى وضعها مرة أخرى .

بعض الأهل يلاحظون ان طفلهم التوحدي يتعود على كوب و صحن معين , ويرفض تغييره , بل انه يفعل عند عدم وجوده . (الحكيم ٢٠٠٣) .

ويهتم الطفل التوحدي بأشياء محددة تؤدي إلى إيجاد صعوبة في عملية التعلم والتفاعل الاجتماعي , فمثلاً قد يهتم الطفل في لعبة ما ويحملها معه أينما ذهب , او يهتم الطفل بعدد جميع أعمدة الإنارة الموجودة بالشارع او الاهتمام بمواضيع معينة مثل المشاهير حيث يقوم بجمع كل التفاصيل المتعلقة بحياتهم وتحركاتهم (Hallahan & Kauffman ٢٠٠٣)

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

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

وخلافاً للمتعارف عليه بين الأوساط حول التوحد قد نلاحظ بان البعض منهم أطفالاً أم كباراً لهم القدرة على الاتصال البصري ولديهم بعض التفاعل الاجتماعي البسيط كالابتسامة او الضحك ولكن بدرجات متفاوتة .

ان مستقبل المتوحد يعتمد على شدة الإصابة وتأثيرها عليه , فأحياناً تلاحظ البعض يعيش بشكل مستقل ومعتمد على نفسه في الحياة اليومية ولديه عمل يكسب منه وهذا من خلال درجة الإصابة والتدريب والتأهيل في المراكز المتخصصة , أما البعض الآخر فيبقى اعتمادي على أسرته وحبيس الدار .

وقد يعاني المصابون بالتوحد من إعاقة أو اضطرابات أخرى تؤثر في عمل الدماغ مثل :
الصرع أو التخلف العقلي أو الاضطرابات الجينية مثل (متلازمة X الهشة Fragile X)
Syndrome. وتظهر الفحوص أن ما يقارب ثلثي من يتم تشخيصهم بالتوحد يدخلون ضمن
مجال التخلف العقلي وأن ما يقارب من ٢٥-٣٠% من التوحديين قد يتطور لديهم نمط
الصرع في إحدى مراحل حياتهم .

مراحل حدوث التوحد :

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

أنواع التوحد :

التوحد وطيف التوحد (الاضطرابات النمائية الشاملة) :

Disorders Pervasive Developmental

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

- ١ . نقص في التفاعل والتواصل الاجتماعي
- ٢ . نقص المقدرات الإبداعية
- ٣ . نقص في التواصل اللغوي وغير اللغوي
- ٤ . وجود نسبة ضئيلة من النشاطات والاهتمامات التي عادة ما تكون نشاطات نمطية مكررة (الصبي ٢٠٠٣) .

غالباً ما يعرف التوحد بأنه اضطراب متشعب يحدث ضمن نطاق (Spectrum) بمعنى أن أعراضه وصفاته تظهر على شكل أنماط كثيرة متداخلة تتفاوت بين الخفيف والحاد، ومع أنه يتم التعرف على التوحد من خلال مجموعة محددة من السلوكيات فإن المصابين من الأطفال والبالغين يظهرون مزيجاً من السلوكيات وفقاً لأي درجة من الحدة ، فقد يوجد طفلان مصابان بالتوحد إلا أنهما مختلفان تماماً في السلوك . لذلك يُجمع غالبية المختصين على عدم وجود نمط واحد للطفل التوحدي وبالتالي فإن الآباء قد يصدمون بسماعهم أكثر من تسمية ووصف لحالة ابنهم ، مثل شبه توحدي أو صعوبة تعلم مع قابلية للسلوك التوحدي، ولا تتم هذه المسميات عن الفروق بين الأطفال بقدر ما تشير إلى الفروق بين المختصين، وخلفيات تدريبهم، والمفردات اللغوية التي يستخدمونها لوصف حالات التوحد .

غالباً ما تكون الفروق بين سلوكيات الأطفال التوحديين ضئيلة للغاية ، إلا أن تشخيص حالات التوحد يعتمد على متابعة الحالة من قبل المختص ، أما إطلاق التسمية على الحالة فيعتمد على مدى إلمام المختص بمجال التوحد والمفردات المختلفة المستخدمة فيه ، ويعتقد الكثير من المختصين أن الفروق بين التوحد وغيره من الاضطرابات المتشابهة ليست ذات دلالة ويعتقد

البعض الآخر من المختصين أنهم من باب مساندة الآباء يقومون بتشخيص أبنائهم على أنهم يعانون من اضطرابات أخرى كالإعاقات النمائية غير المحددة (PDD-NOS) بدلاً من التوحد.

ويختلف المختصون فيما بينهم حول ما إذا كانت متلازمة أسبيرجر (Asperger's Syndrome) على سبيل المثال اضطراباً توحدياً .

الفرق بين التوحد وطيف التوحد :

طيف التوحد هو ما يسمى أشباه التوحد، وهي حالات الاضطراب العام في التطور Pervasive Developmental Disorders ويقصد به الأطفال الذين تظهر لديهم العديد من المشاكل في أساسيات التطور النفسي في نفس الوقت وبدرجة شديدة ، أما التوحد فهو مرض محدد بذاته ، وفيه نوع شديد من اضطرابات التطور العام

مجموعات طيف التوحد

الاضطراب التوحيدي Autistic disorders

الأطفال ذوي الاضطراب التوحيدي لديهم درجة متوسطة إلى شديدة من اضطراب التواصل والاتصال الاجتماعي بالإضافة إلى المشاكل السلوكية ، والكثير منهم لديهم درجة من درجات التخلف الفكري.

مقياس التشخيص:

أ. على الأقل ستة بنود من المجموعات ١، ٢، ٣، ويكون على الأقل بندين من (١) وبنود من كلا من (٢، ٣).

١. ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي (على الأقل بندين) .

* الضعف الشديد في استخدام الكثير من سلوكيات التواصل غير اللفظية كالتفاعل النظري، تعبيرات الوجه، وضع الجسم، الإيماء والإشارة.
* عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه .

* قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب(عدم القدرة على طلب لعبة ما ، أو إحضارها، أو الإشارة عليها)

* نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والانفعالات مع المجتمع حوله .

٢ . الضعف الكيفي والنوعي في التواصل (بند واحد على الأقل) .

* تأخر أو نقص المقدرات اللغوية (مع عدم تعويضها باستخدام طرق التواصل الأخرى كالإشارة مثلا) .

* في حال المقدرة على الكلام ، عدم القدرة على البدء في الحديث مع الآخرين واستمراره .

* الحديث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام ، وقد يكون للطفل لغته الخاصة به .

* نقص القدرة على تنوع اللعب أو التظاهر بالقيام به ، وكذلك نقص القدرة على محاكاة وتقليد الآخرين في لعبهم ، أو القيام بألعاب من هم في سنه .

٣ . اهتمامات ونشاطات نمطية مكررة (بند واحد على الأقل) .

* الانهماك الكامل مع لعبة معينة ، واللعب بها بطريقة نمطية مكررة ، وفي نطاق ضيق

محدود ، وبدرجة غير طبيعية من حيث التركيز والشدة .

* مقاومة تغيير الرتبة .

- * نمطية وتكرار الحركات الجسمية (رفرقة اليدين والأصابع ، حركة الجسم المتكررة) .
- * الإصرار على الانهماك الكامل مع جزء صغير من اللعبة .

ب. تأخر أو أو نقص التفاعل غير الطبيعي ، (ويبدأ تحت سن الثالثة) على الأقل بند من هذه المجموعة .

- * التفاعل الاجتماعي .
- * اللغة كوسيلة للتواصل الاجتماعي .
- * اللعب المنطقي والتخيلي . (الصبي ٢٠٠٣) .

اضطراب ريتز Rett`s disorder :

هذه الحالة تحدث للبنات فقط ، وفي هذه الحالة يكون هناك تطور طبيعي حتى عمر ٦-١٨ شهراً، ثم يلاحظ الوالدين تغيراً في سلوكيات طفلتهم مع تراجع التطور أو فقد بعض القدرات المكتسبة خصوصاً مهارات الحركة الكبرى مثل الحركة والمشى، ويتبع ذلك نقص ملاحظ في القدرات مثل الكلام، التفكير، استخدام اليدين ، كما أن الطفلة تقوم بتكرار حركات وإشارات غير ذات معنى وهذه تعتبر مفتاح التشخيص، وتتكون من هز اليدين ورفرفتها ، أو حركات مميزة لليدين .

مقياس التشخيص:

كل البنود التالية

- * حمل وولادة طبيعيين .

- * تطور ونمو حركي نفسي طبيعي خلال الخمسة أشهر الأولى من الحياة .

- * محيط الرأس طبيعي عند الولادة .

حصول البنود التالية بعد مدة من التطور الطبيعي:

- * تباطؤ نمو محيط الرأس في العمر بين ٥-٢٤ شهراً

- * فقد القدرات المكتسبة لحركة اليدين في العمر بين ٥-٣٠ شهراً ، مع حدوث حركات نمطية متكررة مثل رفرقة اليدين .

- * فقد الترابط الاجتماعي المكتسب في مدة سابقة (عادة التفاعل الاجتماعي تتكون بعد هذا العمر) .

- * ظهور مشية غير مئزنة ، أو ظهور حركات جسمية غير طبيعية .
- * النقص الشديد في تطور اللغة الاستقلالية والتعبيرية ، مع وجود التخلف النفسي والحركي (الصبي ٢٠٠٣) .

اضطراب أسبيرجر Asperger's disorder

هو أحد اضطرابات التطور، عادة ما يظهر في وقت متأخر عن التوحديين أو على الأقل يتم اكتشافه متأخراً، ويتميز بالتالي:

- * نقص المهارات الاجتماعية .
 - * صعوبة في التعامل الاجتماعي .
 - * ضعف التركيز والتحكم .
 - * محدودية الاهتمامات .
 - * وجود ذكاء طبيعي :
- الكثير من أطفال التوحد لديهم نقص في القدرات الفكرية ، ولكن مستوى الذكاء في هذا النوع من الأطفال يكون عادياً أو فوق العادي ، لذلك فإن البعض يطلقون على هذا النوع مسمى التوحد عالي القدرات. " High Functioning Autism "

* لغة جيدة في التخاطب والقواعد :

في هذا النوع لا يكون هناك تأخر في المهارات اللغوية ولكن قد يكون هناك صعوبة في فهم الأمور الدقيقة في المحادثة والتي تحتاج إلى تركيز وفهم دقيق ، كالدعابة والسخرية.

مقياس التشخيص:

- أ. ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي (بندين على الأقل)
- * ضعف شديد في استخدام السلوكيات غير اللفظية (التواصل النظري ، تعبيرات الوجه، حركة الجسم ، الإيماء والإشارة)
- * عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه في نفس المستوى العمري
- * قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب لعبة ما أو إحضارها أو الإشارة عليها) * نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والانفعالات مع المجتمع حوله .

ب. سلوكيات نمطية متكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والنشاطات (بند واحد على الأقل) .

* القيام بالانهماك الكامل في واحدة أو أكثر من الاهتمامات النمطية غير الطبيعية في حداثها أو تركيزها.

* الحرص على الرتابة ورفض تغيير الطقوس

* تكرار الحركات الجسمية بطريقة مميزة (رفرقة الأصابع أو اليدين ، التواء الذراعين أو الجسم ، حركة معقدة للجسم) .

* الانهماك الكامل والمستمر مع جزء من لعبة .

ت . الاضطرابات تؤدي إلى ضعف محسوس طبياً في مهام وظيفية مهمة كالعلاقات الاجتماعية أو العمل

ث . عدم وجود نقص عام ملاحظ طبياً في القدرات اللغوية (كلمة واحدة في عمر السنتين، التواصل اللغوي في عمر الثلاث سنوات) .

ج. عدم وجود نقص عام ملاحظ طبياً في القدرات الإدراكية والمعرفية، قدرات مساعدة النفس، السلوك التكيفي (ما عدا التفاعل الاجتماعي)، الفضول حول البيئة المحيطة به مقارنة بمن هم في عمره.

ح. مجموعة الاضطرابات غير مشخصة كأنفصام الشخصية أو أحد أسباب اضطرابات التطور العامة الأخرى،(الصبي ٢٠٠٣) .

اضطراب التحطم الطفولي Childhood Disintegrative Disorder

* حالة نادرة .

* يمكن تشخيصها إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأولين من العمر.

* تبدأ الأعراض قبل سن العاشرة من العمر حيث يلاحظ تراجع الكثير من الوظائف (كالقدرة على الحركة، التحكم في التبول والتبرز، المهارات اللغوية والاجتماعية) .
مقياس التشخيص:

أ. تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأوليين من العمر مع وجود نمو طبيعي يتوافق مع عمر الطفل:

* للتواصل اللفظي وغير اللفظي .

* العلاقات الاجتماعية .

* اللعب .

* سلوكيات التكيف .

ب. فقدت المهارات المكتسبة التالية قبل سن العاشرة من العمر (على الأقل بندين مما يلي)

* اللغة الاستقبالية والتعبيرية .

* المهارات الاجتماعية أو سلوكيات التكيف .

* التحكم في البول أو البراز .

* اللعب .

* المهارات الحركية

ت. عمل غير طبيعي (بندين على الأقل مما يلي) :

١. ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي:

* ضعف السلوكيات غير اللفظية

* عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه

* ضعف التواصل الانفعالي والاجتماعي

٢. ضعف نوعي وكيفي في التواصل الاجتماعي

* تأخر أو نقص اللغة الكلامية

* عدم القدرة على ابتداء الحديث وإستمراريته .

* نمطية وتكرار الحديث ،

* نقص القدرة على تنوع اللعب

* سلوكيات نمطية مكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والنشاطات ، بما فيها نمطية الحركات الجسمية المتكررة.

ث. مجموعة الاضطرابات غير مشخصة كأنفصام الشخصية ، أو أحد أسباب اضطرابات التطور العامة الأخرى. (الصبي ٢٠٠٣) .

اضطرابات التطور العامة غير المحددة

PDD -) Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified

(NOS

لكي يشخص الطفل في هذه المجموعة:

* لا تنطبق عليها المقاييس الطبية لتشخيص أي من الأنواع السابقة .

* ليس فيها درجة الاضطراب الموضوعية لأي من الأنواع السابقة .

حسب ما نشرته للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM - IV) ، فإن هذه المجموعة تستخدم في حالات معينة ، عندما يكون هناك اضطراب شديد في تطور التفاعل الاجتماعي ، أو مهارات التواصل اللغوي وغير اللغوي ، أو سلوكيات واهتمامات ونشاطات نمطية متكررة ، وأن لا تكون المقاييس تنطبق على اضطرابات معينة في التطور (السابق ذكرها) ، انفصام الشخصية (الفصام) ، اضطراب حب النفس. (الصبي ٢٠٠٣) .

كيف يمكن التغلب على التوحد .

مقدمة :

يعد اضطراب التوحد من اشد وأصعب اضطرابات النمو لما له من تأثير ليس فقط على الفرد المصاب به وإنما أيضا على الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه وذلك لما يفرضه هذا الاضطراب على المصاب به من خلل وظيفي يظهر في معظم جوانب النمو " التواصل , اللغة , التفاعل الاجتماعي ، الإدراك الحسي والانعالي" مما يُعيق عمليات النمو واكتساب المعرفة وتنمية القدرات والتفاعل مع الآخرين . لذلك يُعد التدخل العلاجي والتأهيلي للتوحيدين أمراً في غاية الأهمية ينبغي أن تتكاتف من أجله جهود الأفراد والمؤسسات والمجتمعات . وحتى يكون التدخل العلاجي فعالاً ويؤتي ثماره ينبغي أن يبدأ مبكراً لأن الكشف والتشخيص المبكر والمبادرة بتنفيذ برنامج العلاج والتأهيل المناسب يوفر فرصاً أكثر فاعلية للشفاء المستهدف أو تخفيف شدة الأعراض وعلى العكس من ذلك فإن التأخر في التدخل العلاجي يؤدي إلى تدهور أكثر وزيادة شدة الأعراض أو ظهور أعراض أخرى مختلفة تحد كثيراً من فاعلية برامج التدخل العلاجي والتأهيلي حيث تُشير الأبحاث إلى أن التدخلات العلاجية التي تحدث قبل سن الخامسة تكون أكثر فاعلية وأكثر تأثيراً في نمو الطفل التوحيدي .

مبادئ التدخل العلاجي :

هناك مجموعة من المبادئ التي يجب مراعاتها في استخدام أي برنامج علاجي وهي :

- ١ . التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية .
- ٢ . تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنتظمة وبعيدة عن العمل العشوائي .
- ٣ . مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردي وضمن مجموعة صغيرة .
- ٤ . مراعاة أن يتم العمل على مدار العام .
- ٥ . مراعاة تنوع أساليب التعليم .
- ٦ . مراعاة أن يكون الوالدين جزءاً من القائمين بالتدخل .

أساليب التدخل العلاجي والتأهيلي :

أولاً : أساليب التدخل النفسي .

ثانياً : أساليب التدخل السلوكي .

ثالثاً : أساليب التدخل الطبي .

رابعاً : أساليب العلاج بالفيتامينات .

خامساً : أساليب العلاج بالحمية الغذائية .

تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب التوحد ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضاً الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيف من آثار التوحد العديدة والمتنوعة . ومن هذه الأساليب العلاجية ما هو قائم على الأسس النظرية للتحليل النفسي ومنها ما هو قائم على مبادئ النظريات السلوكية وهناك تدخلات علاجية قائمة على استخدام العقاقير والأدوية كما توجد بعض التدخلات القائمة على تناول الفيتامينات أو على الحمية الغذائية .

ولكن بالرغم من ذلك ينبغي التنويه إلى أن التدخلات العلاجية التي سوف يستعرضها الباحث بعضها ذا طابع علمي لم تثبت جدواه بشكل قاطع وبعضها ذا طابع تجاري وما زال يعوزها الدليل على نجاحها .

كما يجب التأكيد على أنه لا يوجد طريقة أو علاج أو أسلوب واحد يمكنه النجاح مع الأشخاص التوحديين كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج طفل واحد.

أولاً : أساليب التدخل النفسي :

حاول ليوكانر ١٩٤٣ Leo Kanner وهو أول من اكتشف التوحد وتفسير التوحد فرأى أن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين (وبخاصة الأم) والطفل وبذلك نُظر للآباء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم , ولذلك ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج التوحد وقد اعتمدت هذه الطرق النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل و الانفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم .

ويُركز العلاج النفسي على أهمية أن يجبر الطفل لإقامة علاقات نفسية وانفعالية جيدة ومشبعة مع الأم ، كما أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاكاً جسدياً مع الطفل وذلك لأنه يصعب عليه تحمله في هذه الفترة كما أنه لا ينبغي دفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه

إلى استجابات ذهانية حادة .

ومن رواد هذا النوع من العلاج نجد ميلانى كلاين Melany Klien و برونوبتلهم Betteelheim ومرشانت Merchant وقد تحمسوا للأسلوب النفسي في علاج التوحد وأشاروا إلى وجود تحسن كبير لدى الحالات التي عُولجت باستخدام الأساليب النفسية ، إلا أن هناك بعض الباحثين الذين رأوا أن العلاج النفسي باستخدام التحليل النفسي في علاج التوحد له قيمة محدودة ويمكن أن يكون مفيداً للأشخاص التوحديين ذوى الأداء الوظيفي المرتفع ، كما أنه لم يتم التوصل إلى أدنى إثبات على أن تلك الأساليب النفسية كانت فعالة في علاج أو في تقليل الأعراض . كما يُقدم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لآباء الأطفال التوحديين على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم حتى يتسنى لهم مساعدة أطفالهم بصورة غير مباشرة

ثانياً : أساليب التدخل السلوكي :

- تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعاً واستخداماً في العالم حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة التوحد وهي تقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كلياً . وتكمن أهمية أساليب التدخل السلوكي في :
- أ- أنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويطبّقونها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً .
- ب- يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس .
- ج- نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث الذاتوية (التوحد) فإن هذه الأساليب لا تُعبر اهتماماً للأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها .
- د- ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك .

أنواع التدخلات العلاجية السلوكية :

١. برنامج لوفاس (YAP) Young Autistic Program
٢. برنامج معالجة وتعليم الذاتيين وذوى إعاقات التواصل (TEACCH)
٣. التدريب على المهارات الاجتماعية (SST) Social Skills Training
٤. برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS)
٥. العلاج بالحياة اليومي (مدرسة هيجاش :) Daily Life Therapy DLT
٦. التدريب على التكامل السمعي : Auditory Integration Training (ALT)
٧. العلاج بالتكامل الحسي : Sensory Integration Therapy (SIT)
٨. التواصل الميسر : Facilitated Communication (FC)
٩. العلاج بالمسك أو الاحتضان : Holding Therapy (HT)
١٠. العلاج بالتدريبات البدنية : Physical Exercise (PE)
١١. التعليم اللطيف : Gentle teaching (GT)
١٢. العلاج بالموسيقى : Music Therapy (MT)

١. لوفاس : LOVAAS Young Autistic Program (YAP) :

هو برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين للدكتور إيفار لوفاس (Ivar Lovaas) وهو دكتور نفساني وبدأ رحلته في عالم التوحد في أواخر الخمسينات من القرن العشرين ، وقد بنى تجاربه على نظرية تعديل السلوك. ويعتبر أول من طبق تقنيات تعديل السلوك في تعليم الأشخاص التوحديين. ويقوم هذا البرنامج على التدريب في التعليم المنظم والتعليم الفردي بناء على نقاط القوة والضعف لطفل وإشراك الأسرة في عملية التعليم. ويقبل الأطفال الذين شخّصت حالاتهم بالتوحد ويعتبر العمر المثالي لابتداء البرنامج من سنتين ونصف إلى ٥ سنوات وتكون درجات الذكاء أعلى من ٤٠% ولا يقبل من هم أقل من ذلك، وقد يقبل لهذا البرنامج من هم في عمر ٦ سنوات إذا لديه المقدرة على الكلام .

ويتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود ٤٠ ساعة أسبوعياً أي بمعدل ٨ ساعات يومياً، حيث يبدأ الطفل في بداية الالتحاق بالتدريب لمدة ٢٠ ساعة وتزداد تدريجياً خلال الشهر القادماً حتى تصل إلى ٤٠ ساعة أسبوعياً.

ومن طرق التعلم وأكثرها استخداماً لدى لوفاس التعزيز والتعليم من خلال المحاولات المنفصلة وبناءاً على ملاحظات لوفاس حول زيادة السلوك المرغوب بعد الحصول على التعزيز كثف برنامج لوفاس من استخدام المعزز ليس فقط للحد من السلوك السلبي بل ليزيد أيضاً من إمكانيات التعلم والتدريب للمهارات المختلفة .

حيث يحصل الطفل على شيء محبب له بعد قيامه بما يطلب منه مباشرة وبالكمية المناسبة للاستجابة وهذا بالطبع يشجع الطفل على الاستمرار بالتدريب والقيام بما يطلب منه. ولاستخدام المعزز قوانين وإجراءات دقيقة ومفصلة ينبغي إتباعها كي يكون التعزيز أسلوباً فعالاً. إما التعليم من خلال المحاولات المنفصلة فهو يتكون من ثلاثة عناصر أساسية:

المثير والاستجابة وتوابع السلوك ومن خلال هذا الأسلوب يقوم المعلم بتعليم الطفل منهجاً يشمل أكثر من ٥٠٠ هدف يتم ترتيبها من الأسهل للصعب.

حيث يعتبر السؤال الموجه للطفل مثير وإجابة الطفل استجابة وإعطاء الطفل شيء محبب له (قطعة شكولاته) عندما تكون إجابته صحيحة تعتبر توابع السلوك وتكرار هذه الطريقة لتعليم وتدريب الطفل على الكثير من المهارات.

ومن أهم الركائز لتطبيق برنامج لوفاس هي القياس المستمر لمدى تقدم الطفل في كل مهارة وذلك من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة ومنها والفاشلة. واهم المجالات التي يركز عليها لوفاس:

(الانتباه - التقليد - لغة الاستقبال - لغة التعبير - ما قبل الأكاديمي - الاعتماد على النفس) ومع تقدم الطفل وتطور قدراته تزداد صعوبة الأهداف لكل مجالاً من المجالات السابقة وتضاف لها أهدافاً للمجالات الاجتماعية والأكاديمية والتحضير لدخول المدرسة.

تتراوح مدة الجلسة الواحدة في برنامج لوفاس ما بين ٦٠ - ٩٠ دقيقة للأطفال المبتدئين تتخلل الجلسة استراحة لمدة دقيقة أو دقيقتين كل ١٠ - ١٥ دقيقة من التدريب وحين انتهاء الجلسة أي بعد ٦٠ - ٩٠ دقيقة يتمتع الطفل باستراحة أو لعب لمدة تتراوح ما بين ١٠ - ١٥ دقيقة ويعود بعدها إلى جلسة أخرى وهكذا حتى تنتهي عدد الساعات المحددة للطالب يومياً ،

وقد تطول مدة الجلسات للأطفال الغير مستجدين في البرنامج إلى ٤ ساعات تتخللها فترات استراحة مدتها ١ - ٥ دقائق وتنتهي باستراحة مدتها ١٥ دقيقة.

٢. برنامج معالجة وتعليم التوحديين وذوى إعاقات التواصل . تيتش (TEACCH) . Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children

هو برنامج تربوي للأطفال التوحديين ومن يعانون من مشكلات تواصل ، وقد طوره الدكتور (إريك شوبلر) في عام ١٩٧٢م في جامعة نورث كارولينا ، ويعتبر أول برنامج تربوي مختص بتعليم التوحديين وكما يعتبر برنامج معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية. هذا البرنامج له مميزات عديدة بالإضافة إلى التدخل المبكر فهو يعتمد على نظام STRUCTURE TEACHING أو التنظيم لبيئة الطفل سواء كان في المنزل أو البيت حيث أن هذه الطريقة أثبتت أنها تناسب الطفل التوحدي و تناسب عالمه .

من مزايا هذا البرنامج انه ينظر إلى الطفل التوحدي كل على انفراد ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية - العقلية - العضلية - واللغوية وبذلك باستعمال اختبارات مدروسة .

برنامج تيتش يدخل عالم الطفل التوحدي و يستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين . أيضا هذا البرنامج متكامل من عمر ٣- ١٨ سنة حيث أن تهيئة الطفل للمستقبل و تدريبه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له عامل جدا مهم.. لملئ الفراغ .. وإحساسه بان يقوم بعمل منتج مفيد .. قبل أن يكون وسيلة لكسب العيش.

إن البيئة التعليمية لبرنامج تيتش بيئة تعليمية منظمة تقوم على المعينات والدلائل البصرية لكي يتمكن الطالب من التكيف مع البيئة لأنه يعاني من بعضا من هذه السلوكيات:

•التعلق بالروتين.

•القلق والتوتر في البيئات التعليمية العادية.

•صعوبة في فهم بداية ونهاية الأنشطة وتسلسل الأحداث اليومية بشكل عام.

•صعوبة في الانتقال من نشاط لآخر.

•صعوبة في فهم الكلام.

•صعوبة في فهم الأماكن والمساحات في الصف.

•تفضيل التعلم من خلال الإدراك البصري عوضا عن اللغة الملفوظة.

وتقوم البيئة التعليمية المنظمة على:

• تكوين روتين محدد.

• تنظيم المساحات.

• الجداول اليومية.

• تنظيم العمل.

• التعليم البصري.

ويرتكز منهج تيتش التربوي على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات للتكيف في المجتمع ومهارات حركية والمهارات الأكاديمية.

ويشتمل البرنامج على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية ويتم التعامل مع كل منها بشكل فردي.

كما يقدم أيضاً هذا البرنامج خدمات التشخيص والتقييم لحالات التوحد وكذلك يقدم المركز القائم على هذا البرنامج وهو TEACCH Division في جامعة نورث كارولينا خدمات استشارية فنية للأسر والمدارس والمؤسسات التي تعمل في مجال التوحد والإعاقات المشابهة . ويُعطى برنامج TEACCH اهتماماً كبيراً للبناء التنظيمي للعملية التعليمية Structured Learning الذي يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المثبرات البصرية التي يتميز بها الشخص التوحد . ويعتبر أهم الوحدات البنائية القائم عليها البرنامج هي : تنظيم الأنشطة التعليمية - تنظيم العمل - جدول العمل . استغلال وظيفي متكامل للوسائل التعليمية .

وبالرغم من الانتشار الواسع الذي حققه برنامج TEACCH في العالم إلا أنه مازال في حاجة إلى إثبات فاعليته من خلال بحوث ميدانية علمية تطبيقية فلم تجرى المؤسسات والمراكز العلمية مقارنة بين فاعلية هذا البرنامج والبرامج العلاجية الأخرى .

٣. التدريب على المهارات الاجتماعية (SST) Social Skills Training :

ويشتمل التدريب على المهارات الاجتماعية على عدد واسع من الإجراءات والأساليب التي تهدف إلى مساعدة الأشخاص الذاتويين على التفاعل الاجتماعي . ويرى أنصار هذا النوع من العلاج أنه بالرغم من أن التدريب على المهارات الاجتماعية يُعتبر أمراً شاقاً على المعلمين والمعالجين السلوكيين إلا أن ذلك لا يقلل من أهمية وضرورة التدريب على المهارات الاجتماعية باعتبار أن المشاكل التي يواجهها الذاتويين في هذا الجانب واضحة وتفوق في شدتها الجوانب السلوكية الأخرى وبالتالي فإن محاولة معالجتها لأبد وأن تمثل جزءاً أساسياً من البرامج التربوية والتدريبية .

وهذا النوع من التدخلات العلاجية مبني على عدد من الافتراضات وهي :

- أ - إن المهارات الاجتماعية يمكن التدريب عليها في مواقف تدريبية مضبوطة وتُعمم بعد ذلك في الحياة الاجتماعية من خلال انتقال أثر التدريب .
- ب- إن المهارات اللازمة لمستويات النمو المختلفة يمكن التعرف عليها ويمكن أن تُعلم مثل تعليم مهارة كاللغة أو المهارات الاجتماعية واللعب الرمزي من خلال التدريب على مسرحية درامية.
- ج- إن القصور الاجتماعي Social Deficit ينتج من نقص المعرفة بالسلوكيات المناسبة ومن الوسائل التي يمكن استخدامها في التدريب على المهارات الاجتماعية القصص ، تمثيل الأدوار ، كاميرا الفيديو لتصوير المواقف وعرضها بالإضافة إلى التدريب العملي في المواقف الحقيقية . وبشكل عام يمكن القول بأن التدريب على المهارات الاجتماعية أمراً ممكناً على الرغم مما يُلاحظه بعض المعلمين أو المدربين من صعوبة لدى بعض الذاتويين تحول بينهم وبين القدرة على تعميم المهارات الاجتماعية التي تدربوا عليها في مواقف أخرى مماثلة أو نسيانها وفي بعض الأحيان يبدو السلوك الاجتماعي للطفل الذاتوي متكلف وغريب من وجهة نظر المحيطين به لأنه تم تعلمه بطريقة نمطية ولم يُكتسب بطريقة تلقائية طبيعية .

٤ . برنامج استخدام الصور في التواصل :

(PECS) Picture Exchange Communication System

يتم في هذا البرنامج استخدام صور كبديل عن الكلام ولذلك فهو مناسب للشخص الذاتوى الذي يعانى من عجز لغوي حيث يتم بدء التواصل عن طريق تبادل صور تُمثل ما يرغب فيه مع الشخص الآخر (الأب , الأم ، المدرس) حيث ينبغي علي هذا الآخر أن يتجاوب مع الطفل و يُساعده علي تنفيذ رغباته و يستخدم الطفل في هذا البرنامج رموزاً أو صوراً وظيفية رمزية في التواصل (طفل يأكل , يشرب ، يقضي حاجته ، يقرأ ، في سوبر ماركت ، يركب سيارةالخ) .

و هذا الأسلوب يعكس أحد أساليب التواصل للأطفال الذاتويين الذين يعانون من قصور وسائل التواصل اللفظي و غير اللفظي و قد نشأت فكرة هذا البرنامج عن طريق Bondy Frost في عام ١٩٩٤ حيث أبتكر هذا البرنامج الذي يقوم علي استخدام الشخص التوحدي لصورة شيء يرغب في الحصول عليه و يقدم هذه الصورة للشخص المتواجد أمامه الذي يلبي له ما يرغب . و يُبني هذا البرنامج علي مبادئ المدرسة السلوكية في تطبيقاته مثل التعزيز ، التلقين ، التسلسل العكسي و غيرها . و لا تقتصر فائدة برنامج PECS علي تسهيل التواصل فقط بل أيضا يُستخدم في التدريب والتعليم داخل الفصل .

٥ . العلاج بالحياة اليومي (مدرسة هيجاش :) Daily Life Therapy DLT

ابتكر هذا الأسلوب من العلاج عن طريق دكتورة Kiyoo Kitahara من اليابان ولها مدرسة في ولاية بوسطن تحمل هذا الاسم ويطلق على هذا الأسلوب اسم مدرسة هيجاش وهي كلمة باليابانية تعنى الحياة اليومية وهذا النوع من العلاج ينتشر في اليابان ويتم بشكل جماعي ويقوم على افتراض مؤداه أن الطفل المصاب بالذاتوية لدية معدل عالي من القلق ، ولذلك يُركز هذا البرنامج على التدريبات البدنية (تدريب بدني تطلق فيه الاندورفينات Endorphins التي تحكم القلق والإحباط) بالإضافة إلى كثير من الموسيقى والدراما مع السيطرة على سلوكيات الطفل غير المناسبة وإهتمام أقل قدر بتممية المهارات التواصلية التلقائية أو تشجيع الفردية ولكن هذا النوع من العلاج ما زال موضع بحث ولم يتم التأكد بعد من مدى فاعليته .

٦. التدريب على التكامل السمعي : Auditory Integration Training (ALT)

وقد ابتكر هذه الطريقة Berard ١٩٩٣ وقد افترض في هذا النوع من التدريب أن الأشخاص الذائبيين مصابين بحساسية في السمع (فهم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية) ولذلك فإن طريقة العلاج هذه تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات إلى أذان الذائبيين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حالة نقصها ويشمل الاستماع لهذه الموسيقى مدة (١٠) ساعات بواقع جلستين يومياً كل جلسة لمدة (٣٠ دقيقة) وهذا النوع من التدخل يأمل أنصاره أن يؤدي إلى زيادة الحساسية الصوتية أو السمعية أو تقليلها ويؤدي ذلك إلى تغيير موجباً في السلوك التكيفي وينتج نقصاً في السلوكيات السيئة . وقد أجريت بعض البحوث حول التكامل أو التدريب السمعي وقد أظهرت بعض النتائج الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث أشخاص متحمسون لهذا العلاج وتكون النتائج سلبية حينما يقوم بها أطراف معارضون أو محايدون خاصة مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمي . يتم ذلك عن طريق الاختيار العشوائي لموسيقى ذات ترددات عالية ومنخفضة واستعمالها للطفل باستخدام سماعات الأذن ، ومن ثم دراسة تجاوبه معها، وقد لوحظ من بعض الدراسات أن هذه الطريقة قد أدت إلى انخفاض الحساسية للصوت لدى بعض الأطفال و زيادة قدرتهم على الكلام ، زيادة تفاعلهم مع أقرانهم ، وتحسن سلوكهم الاجتماعي .

٧. العلاج بالتكامل الحسي : Sensory Integration Therapy (SIT)

الدمج الحسي هو عملية تنظيم الجهاز العصبي للمعلومات الحسية لاستخدامها وظيفياً ، وهو ما يعني العملية الطبيعية التي تجري في الدماغ والتي تسمح للناس باستخدام النظر ، الصوت ، اللمس ، التذوق ، الشم ، والحركة مجتمعة لفهم والتفاعل مع العالم من حولهم . على ضوء تقييم الطفل ، يستطيع المعالج الوظيفي المدرب على استخدام العلاج الحسي بقيادة وتوجيه الطفل من خلال نشاطات معينة لاختبار قدرته على التفاعل مع المؤثرات الحسية ، هذا النوع من العلاج موجه مباشرة لتحسين مقدرة المؤثرات الحسية والعمل سوياً ليكون رد الفعل مناسباً ، وكما في العلاجات الأخرى ، لا توجد نتائج تظهر بوضوح التطور والنجاحات الحاصلة من خلال العلاج بالدمج الحسي ، ومع ذلك فهي تستخدم في مراكز متعددة.

أول من بحث في هذا النوع من العلاج هي دكتورة Jane Ayres وهذا العلاج مأخوذ من علم العلاج المهني في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل (حواس الشم ، السمع ، البصر ، اللمس ، التوازن ، التذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحديّة وهذا النوع من العلاج قائم على تحليل هذه الأحاسيس وممن ثم العمل على توازنها .
ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أنه ليس كل الأطفال التوحديين يُظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي كما أنه ليس هناك أبحاث لها نتائج واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحديين .

٨. التوصل الميسر : Facilitated Communication(FC)

هذه النظرية تشجع الأشخاص الذين لديهم اضطراب في التواصل على إظهار أنفسهم ، بمساعدتهم جسدياً وتدريبياً ، حيث يقوم المدرب " المسهل " بمساعدة الطفل على نطق الكلمات من خلال استخدام السبورة ، أو الآلة الكاتبة أو الكمبيوتر ، أو أي طريقة أخرى لطرح الكلمات ، والتسهيل قد يحتوي على وضع اليد فوق اليد للمساعدة ، اللمس على الكتف للتشجيع . فالشخص المصاب باضطرابات معينة قد يبدأ الحركة ، والمساعدون يقدمون السند والمساعدة الجسمية له ، وهذا العلاج ينجح عادة مع الأطفال الذين عندهم مقدرة القراءة ولكن لديهم صعوبة في مهارات التعبير اللغوي.

فعلى سبيل المثال عند الكتابة على الكمبيوتر يقوم الميسر (الشخص المعالج) بدعم يد الشخص التوحدي أو ذراعه بينما الفرد التوحدي يستخدم الكمبيوتر في هجاء الكلمات وهذا النوع من العلاج يُبنى على أساس أن الصعوبات التي تواجه الطفل الذاتوي إنما تنتج من اضطراب الحركة علاوة على القصور الاجتماعي والتواصلية وعلى ذلك فإن المساندة الفيزيائية المبدئية عند تعلم مهارات الكتابة يمكن أن يؤدي في النهاية إلى قدرة على التواصل غير المعتمد على الميسر(الأخر) كما أن هذا الأسلوب يُركز أساساً على تنمية مهارات الكتابة . وقد حظيت هذه الطريقة بإهتمام إعلامي مباشر في وسائل الإعلام الأمريكية ولكن رغم ذلك لم تُشير إلى وجود فروق بين الأداء باستخدام الميسر أو الأداء المستقل بدون استخدام الميسر .

٩. العلاج بالمسك أو الاحتضان (HT) : Holding Therapy

يقوم العلاج بالاحتضان على فكرة أن هناك قلق مُسيطر على الطفل الذاتوى ينتج عنه عدم توازن أنفعالي مما يؤدي إلى انسحاب إجتماعى وفشل فى التفاعل الاجتماعى وفى التعلم وهذا الانعدام فى التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الأم والرضيع وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعى سوف يحدث .

وهذا النوع من العلاج يتم عن طريق مسك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء بعد إطلاق حالة من الضيق وبالتالي سوف يحتاج الطفل إلي أن يهدأ وعلى المعالج (الأب، الأم، المدرس..... الخ) أن يقف أمام الطفل ويمسكه فى محاولة لأن يؤكد التلاقي بالعين ويمكن أن تتم الجلسة والطفل جالس على ركة الكبير وتستمر الجلسة لمدة (٤٥) دقيقة والعديد من الأطفال ينزعجوا جداً من هذا الوقت الطويل . وفى هذا الأسلوب العلاجي يتم تشجيع أباء وأمهات الذاتويين على احتضان (ضم) أطفالهم لمدة طويلة حتى وإن كان الطفل يمانع ويحاول التخلص والابتعاد عن والديه ويعتقد أن الإصرار على احتضان الطفل باستمرار يؤدي بالطفل فى النهاية إلى قبول الاحتضان وعدم الممانعة وقد أشار بعض الأهالي الذين جربوا هذه الطريقة بأن أطفالهم بدؤا فى التدقيق فى وجوههم وأن تحسناً ملحوظاً طرأ على قدرتهم على التواصل البصري كما أفادوا أيضاً بأن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعى .

ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أن جدوى استخدام أسلوب العلاج بالاحتضان فى علاج التوحد لم يتم إثباتها علمياً .

١٠. العلاج بالتدريبات البدنية : Physical Exercise(PE)

مؤسس هذه الطريقة هو Rinland ١٩٨٨ وقد رأى أن الإثارة العضلية النشطة لعدة ساعات يومية يمكن أن تصلح الشبكة العصبية المعطلة وظيفياً ويفترض أنصار هذا الأسلوب أن التدريب الجسماني العنيف له تأثيرات ايجابية على المشكلات السلوكية حيث أن نسبة ٤٨% من (١٢٨٦) فرداً من أباء الأطفال الذاتويين قد قرروا أن هناك تحسناً ناتجاً عن التمارين الرياضية حيث لاحظ الآباء نقص فى أنه يحسن مدى الانتباه والمهارات الاجتماعية كما يقلل من سلوكيات إثارة الذات كما يرى بعض الباحثين أن التمارين الرياضية فى الهواء الطلق تؤدي إلى تناقص هام فى إثارة الذات إلى زيادة الأداء الأكاديمي .

١١ . التعليم الملطف : Gentle teaching(GT)

أستخدم هذا النوع من العلاج بواسطة McGee في ١٩٨٥ كنوع من العلاج وقد أشار إلى انه ناجح مع الأفراد ذوي صعوبات التعلم والسلوكيات التي تتسم بالعناد وتهدف هذه الطريقة إلى تقليل سلوكيات المعاندة باستخدام اللطف والاحترام تقوم على افتراضين أساسيين هما :

١. ان يتعلم المعالج الاحترام للحالة الانفعالية للطفل ويتعرف على طبيعة إعاقته بكل أبعادها.
٢. ان سلوكيات المعاندة او العناد هي رسائل توصلية قد تشير الى اضطراب او عدم راحة او قلق أو غضب .

١٢ . العلاج بالموسيقى : Music Therapy (MT)

هذا النوع يُستخدم في معظم المدارس الخاصة بالأطفال الذاتويين وتكون نتائجه جيدة فقد ثبت على سبيل المثال أن العلاج بالموسيقى يُساعد على تطوير مهارات انتظار الدور Turntaking وهي مهارة تمتد فائدتها لعدد من المواقف الاجتماعية .

والعلاج بالموسيقى أسلوب مفيد وله آثار إيجابية في تهدئة الأطفال الذاتويين وقد ثبت أن ترديد المقاطع الغنائية علي سبيل المثال أسهل للفهم من الكلام لدي الأطفال الذاتويين وبالتالي يمكن ان يتم توظيف ذلك والاستفادة منه كوسيلة من وسائل التواصل .

و هناك العديد من الأساليب العلاجية الأخرى و لكنها الأقل شيوعاً و انتشاراً .

ثالثاً : أساليب التدخل الطبي :

مع ازدياد القناعة بأن العوامل البيولوجية تلعب دوراً في حدوث الإصابة بالذاتوية فإن المحاولات جادة لاكتشاف الأدوية الملائمة لعلاجه و حتى الآن لا يوجد علاج طبي يؤدي بشكل واضح الي تحسن الأعراض الأساسية المصاحبة للإصابة بالذاتوية ، والعلاج الطبي يمكن أن يقدم المساعدة في تقليل المستويات المرتفعة من الإثارة والقلق ويقلل من السلوك التخريبي أو التدميري ولكنه لا يؤثر في جوانب القصور الأساسية ويمكن أن يؤدي إلى مشكلات أسوأ ولذلك يجب تجنبه إن أمكن ذلك أو استخدامه بحذر .

ويُركز العلاج الدوائي أو الطبي في الطفولة المبكرة على أعراض مثل العدائية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطى والمتأخرة، أما في المراهقة والرشد وخاصة لدى الذاتويين من ذوي الأداء المرتفع فقد يكون الاكتئاب والوسواس القهري هي الظواهر التي تتداخل مع أدائه الوظيفي وكل

من الخبرة الإكلينيكية والبحث العلمي يظهر أن فاعلية العقار يمكن أن تجعل الشخص الذاتوى أكثر قبولاً للتعلم الخاص أو للمداخل النفسية الاجتماعية وقد تُسير عملية التعلم وهناك العديد من العقاقير التي تُستخدم مع الاطفال الذاتويين مثل العقاقير المنبهة Stimulant Meauiation أو منشطات الأعصاب Neuralpties أو مضادات الاكتئاب Antidepressant والعقاقير المضادة للقلق Anticpnvulsants .
Antianxiety Medication والعقاقير المضادة للتشنجات .

رابعاً : أساليب العلاج بالفيتامينات : Vitamins Treatment

أشارت بعض الدراسات إلى أن إستخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسناً في السلوكيات .

فقد أجريت في فرنسا دراسة ١٩٨٢ Lelard et al وأشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج بفيتامين "ب٦" ينتج عنه تحسنات سلوكية فسي (١٥) طفل ضمن عينه قوامها (٤٤) طفل ذاتوى وفي دراسات أخرى قام بها ١٩٨٨ Martieau et aL قررت أن خلط فيتامين "ب٦" مع الماغنسيوم Magnesium يُنتج تحسناً أفضل من إستخدام فيتامين "ب" بمفرده .

خامساً : العلاج بالحمية الغذائية : Dietary Treatment (DT)

أشار بعض الباحثين إلى أن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية للغذاء في حياة الطفل الذى يعانى من الذاتوية دور بالغ الأهمية .

وقد كانت Mary Callaha أول من أشار إلى العلاقة بين الحساسية المخية والذاتوية وقد أشارت إلى أن طفلها الذى يعانى من الذاتوية قد تحسن بشكل ملحوظ عندما توقفت عن إعطائه الحليب البقرى .

والمقصود بمصطلح الحساسية المخية هو التأثير السلبي على الدماغ الذى يحدث بفعل الحساسية للغذاء فالحساسية للغذاء تؤدى إلى انتفاخ أنسجة الدماغ والتهابات مما يؤدى إلى اضطرابات فى التعلم والسلوك ومن أشهر المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية المصاحبة للذاتوية السكر، الطحين ، القمح ، الشيكولاتة ، الدجاج ، الطماطم ، وبعض الفواكه .

ومفتاح المعالجة الناجحة فى هذا النوع من العلاج هو معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية وغالباً ما تكون عدة مواد مسئولة عن ذلك إضافة إلى المواد الغذائية هناك مواد أخرى ترتبط بالاضطرابات السلوكية منها المواد الصناعية المضافة للطعام والمواد الكيماوية والطور والرصاص والألومنيوم .

وفى إحدى الدراسات قام بها Rimland ١٩٩٤ لاحظ فيها أن ٤٠:٥٠% من الآباء الذين شعورا أن أبنائهم قد استفادوا ويرجع السبب كما توضح الدراسة إلى عدم قدرة الجسد على تكسير بروتينات هي الجلوتين Glutem مثل القمح والشعير والكازين Casein والذي يوجد فى لبن الأبقار ولبن الأم .
إلا أن هناك العديد من الآباء الذين لاحظوا العديد من التغيرات الدرامية بعد إزالة أطعمه معينة من غذاء أطفالهم .

المجتمع والعائلة وطفل التوحد

من اللحظة الأولى لانتكاسة طفلهم تحتاج العائلة إلى الكثير من الجهد للوصول إلى التشخيص، فالتوحد مجال واسع وصور متعددة، قد يكون الوصول إلى الحقيقة صعباً، وعند الوصول إليها تكون أكثر إيلاًماً وقسوة، يحتاج الوالدين إلى المساعدة الطبية لإصابتهم بحالة انفعالية تحد من تفكيرهم، وهنا تكمن أهمية وجود الطاقم الطبي المتمرس لإعطائهم الراحة النفسية ومساعدتهم على تخطي الأزمة، وشرح الأمر لهم بطريقة سهلة ومبسطة، والإجابة على جميع تساؤلاتهم، ثم يكون هناك الاحتياج للتدريب والتعليم، وهنا يكمن أهمية وجود مراكز متخصصة في هذا المجال لمساعدة الوالدين، وهنا لن تنتهي المشكلة، فالعائلة تستمر معاناتها وتزداد احتياجاتها، وهنا يأتي دور المجتمع بكل جمعياته الخيرية والاجتماعية لمساعدة الأسرة مادياً ومعنوياً.

الطفل والعائلة :

الأسرة كيان لكل فرد فيه مهامه ومسئوليته، وقد لوحظ أن الأم هي الملامة في أغلب المجتمعات على مشاكل الطفل وما يحدث له من عيوب خلقية أو أمراض، وذلك ليس له أساس من الحقيقة، كما أن العناية بالطفل تفرض عليها وحدها وفي ذلك صعوبة كبيرة، كما أن اهتمام الأم بطفلها المصاب بالتوحد قد يقلل من اهتمامها ورعايتها لزوجها وأطفالها الآخرين، كل ذلك ينعكس على الأسرة، وهنا الاحتياج لتعاون وتفاهم الوالدين سوياً، ومساعدة الأب للأم على تخطي الصعاب، وعدم تحميلها فوق قدراتها البدنية والنفسية.

العائلة والمجتمع :

سيكون للأهل والأقرباء دوراً مهماً في العلاقة بين الطفل ووالديه، وأسلوب حياتهم اليومية والاجتماعية، يؤثر سلباً وإيجاباً على هذه العلاقة، فكلمات الرثاء وعندما يقال عنه كلمات غير سوية قد تؤدي إلى إحباط الوالدين وانعزالهم عن الآخرين، يخفون طفلهم، والطريق السليم هو تجاهل ما يقول الآخرين وإخبار الأصدقاء بأنه طفل كغيره، له مقدراته الخاصة، وان رعايتكم له ستجعله في وضع أفضل، لا تجعلوه مدار الحديث مع الآخرين، ولا تبحثوا عن طريقه المواساة من الآخرين، اجعلوا حياتكم طبيعية ما أمكن بالخروج للمنتزهات والأسواق، ولا تجعلوه عذراً للتوقع والانعزال عن الآخرين.

أهمية وجود جمعيات متخصصة للتوحد :

الوالدين لا يستطيعون القيام بكل ما يحتاجه الطفل من تدريب وتعليم بدون مساعدة الآخرين لهم ، فليس لديهم الخبرة والمعرفة ، وهنا يأتي دور المؤسسات الاجتماعية العامة والخاصة في دعم هذه الأسرة بالخبرات والتجارب وكذلك الدعم المادي والنفسي .

لن يفهم العائلة وشعورها إلا من كان لديه طفل مصاب مثلهم ، وهؤلاء يمكن الاستفادة من تجاربهم وخبراتهم ، كما يمكن الاستفادة من الطاقم الطبي والخبراء في المعاهد المتخصصة ، ومن هنا تبرز أهمية وجود جمعية متخصصة في التوحد في كل منطقة، من خلالها يمكن التعرف على التوحد كمشكلة اجتماعية ، تقييم مراكز التشخيص ، الاهتمام بوجود مراكز للتدريب والتعليم ، وأن تكون مركزاً للمشورة والالتقاء لعائلات الأطفال التوحديون .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

قام الباحث بالبحث المتواصل والحديث من اجل العثور على دراسات سابقة في موضوع بحثه ولكن للأسف لم يعثر على أي رسالة داخل بلده . حيث اتصل بالجامعات الرئيسية (جامعة بغداد وجامعة البصرة) ولكن اخبروه الأساتذة والمشرفين على الرسائل الجامعية منذ عشرات السنين لم يبحث مرض التوحد في الرسائل الجامعية (الماجستير أو الدكتوراه) وكذلك لم يتطرق له لا من بعيد ولا من قريب . حاول الباحث الاتصال ببعض البلدان لكنه لم يوفق في العثور على أي رسالة مشابهة لموضوع بحثه .

لقد عثر الباحث على بحوث ودراسات كثيرة خارج بلده ولكن كل ما وجد في تلك البحوث مخالف لما اختص به في بحثه بدأ بالعنوان(الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للتوحد) ووصولاً بالمنهج (دراسة الحالة) . حيث وجد دراسات كثيرة منها :

قام منصور (١٩٩٧) بدراسة هدفت الى معرفة مدى فعالية العلاج المعرفي و أثره على الطفل التوحدي من خلال تحسين معاملة الوالدين للأطفال التوحديين .
كذلك قام آل مطر (٢٠٠١) بعمل دراسة نمائية لمقارنة أبعاد السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحديين والأطفال المعوقين عقلياً في المملكة العربية السعودية . هدفت الدراسة إلى التعرف على المتغيرات التي تطرأ على أبعاد السلوك التكيفي بازدياد العمر الزمني لأفراد العينة , وتمت المقارنة بين هذه المتغيرات .

صممت الباحثة محمد (٢٠٠١) برنامجاً يهدف لتنمية السلوك الاجتماعي عند عينة مكونة من (١٦) طفلاً توحدياً تراوحت أعمارهم ما بين (٤_٧) سنوات.
قامت نصر (٢٠٠١) بدراسة للتحقق من مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين .

كما قامت الباحثة أبو السعود (٢٠٠٢) من خلال دراستها التي تهدف الى التدخل المبكر لاستثارة انفعالات وعواطف الطفل التوحدي بكسر عزلته وتقوية التفاعل الاجتماعي مع المحيطين به , وكذلك تقوية انفعالات وعواطف الوالدين وتعديل سلوكيات الطفل من خلال برنامج علاجي معرفي سلوكي .

كما هدفت الدراسة التي قامت بها معلوف (٢٠٠٦) إلى إعداد برنامج علاجي عن طريق الموسيقى للأطفال التوحديين , وذلك بهدف تحسين السلوك التواصلي للأطفال التوحدين .

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

أولاً : منهج الدراسة

ثانياً : عينة الدراسة

ثالثاً : أدوات الدراسة

رابعاً : الأساليب الإحصائية

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

أولاً: منهج الدراسة

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي (دراسة الحالة) , بهدف التعرف على الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية لأطفال التوحد من وجهة نظر الآباء .

ويقوم البحث الوصفي بوصف ما هو كائن وتفسيره , وهو يهتم بتحديد الممارسات الشائعة أو السائدة والتعرف على المعتقدات والاتجاهات . ولا يقتصر البحث الوصفي على جمع البيانات وتبويبها . إنما يمضي إلى ما هو أبعد من ذلك لأنه يتضمن قدراً من التفسير لهذه البيانات . إن عملية البحث لا تكتمل حتى تنظم هذه البيانات وتحلل وتستخرج منها الاستنتاجات ذات الدلالة والمعزى بالنسبة للمشكلة المطروحة .

وتستند الدراسات الوصفية إلى أسس منهجية أهمها التجريد والتعميم . وتنقسم الدراسات الوصفية إلى ثلاث أنواع هي :

١ . الدراسات المسحية (المسح المدرسي , الدراسات المسحية للرأي العام , المسح الاجتماعي)

٢ . دراسات العلاقات المتبادلة (دراسة الحالة , الدراسات السببية المقارنة) .

٣ . دراسات النمو والتطور .

استخدم الباحث دراسة العلاقات المتبادلة (دراسة الحالة) وتعتمد على خطوات من (تحديد المشكلة , خطوة جمع البيانات , صياغة الفرضية التي تفسر المشكلة ونشأتها وتطورها) . وهناك جوانب مهمة ينبغي للدارس أن يجمع بيانات عنها ومنها (النمو الجسمي , التوافق المدرسي , العلاقات الأسرية , القدرات العقلية والميول النفسية , التوافق النفسي الانفعالي) .

ثانياً : عينة الدراسة :

اقتصرت عينة الدراسة الحالية على طفلين مصابين بالتوحد . يسكنون محافظة البصرة .
الطفل الأول كان من مواليد ٢٠٠٥/١٢/١٨ والطفل الثاني من مواليد ١٩٩٩ /١٠/١٧ . تم
تشخيصهم في العيادة الخاصة من قبل طبيب أخصائي أطفال (لدية تدريب في تشخيص التوحد في
بلدين متقدمين بالتوحد)

ثالثاً : أدوات الدراسة

هناك عدة وسائل لجمع المعلومات في دراسة الحالة وهي :
(المقابلة , الملاحظة , الاستبيان , السجلات) استخدم الباحث أسلوب المقابلة لجمع
معلومات عينة الدراسة التي قام بها .

رابعاً : الأساليب الإحصائية

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي (الذي يعتمد على خبرة الباحث
وملاحظاته وتفسيراته للمعلومات التي يحصل عليها من خلال المقابلة) . علماء بان
الباحث لم يرق بأي عمليات إحصائية نظراً لأن الحالة المدروسة حالة وصفية بحتة
تعتمد على الملاحظة والتحليل (دراسة حالة) .

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

أولاً : نتائج الفرض الأول .

ثانياً : نتائج الفرض الثاني .

ثالثاً : نتائج الفرض الثالث .

رابعاً : توصيات الدراسة .

خامساً : الدراسات والبحوث المقترحة .

نتائج الدراسة وتفسيرها

الحالة الأولى

* معلومات عن الأسرة

الطفل (ع. ح. ر.) . والداه على قيد الحياة .
الأب يناهز من العمر ٤١ , تحصيله الدراسي (إعدادية صناعة) يعمل كسائق تكسي (سيارة
أجرة) . حالته الصحية جيدة .
الأم عمرها ٣٥ سنة , تحصيلها الدراسي (لم تجتاز السادس العلمي) , وهي ربة بيت , تشكو
من أمراض نسائية أثرت على عدد الإنجاب (كما يخبرها الأطباء) .
ليس لدى الآباء صلة قرابة . كان تاريخ زواجهم ١٩٨٨ , لديهم طفلة اكبر من الطفل المصاب
من مواليد ٢٠٠٤ , والأم عانت من اجهاضين الأول عام ١٩٩٩ في عمر ثمان أشهر والثاني عام
٢٠٠٢ في عمر سبعة أشهر , علماً بان الأم كانت تتعاط حبوب لمنع الحمل (وحسب روايتها)
أنجبت الطفل المصاب بالرغم من تناولها الحبوب ولكن تناولها غير منتظم , العائلة الآن متكونة
من أربعة أفراد (بنت وولد) .
المستوى المعيشي للأسرة متوسط , يسكنون في بيت ملك .

* معلومات أولية عن الطفل المتوحد (ع . ح . ر) .

الطفل (ع. ح. ر.) من مواليد ٢٠٠٥/١٢/١٨ . عمرة حوالي سنتان ونصف , ولادته عملية
فتح بطن (قيصرية) رضاعته طبيعية , تربيته الثاني مع إخوته .

* جميع مراحل النمو العضلي كانت متأخرة من (زحف , حبو , وقوف , مشي) ماعدا الجلوس
كان في حينه

* أما مراحل النمو اللغوي فكان نصيبها أكثر من النمو العضلي فهو لم ينطق اي حرف (ب , م
, غ ...) او جملة كما هو معروف عند اقرانة ماعدا في عمر ١٨ شهر نطق بكلمة (دادا
) ثم اختفت نهائياً .

* الاتصال الاجتماعي , من السمات الواضحة عليّة هي الانعزال وعدم اللعب مع الأطفال او الجيران ولا يميل للعب الجماعي .

كانت والدته مسرورة بسلوك ابنها (الهدوء والانعزال , واللعب الانفرادي ...) لأنها كانت تستغل تلك السلوكيات لكي تكمل مهام عملها المنزلي بإتقان وبوقت قصير , حيث كانت تعطيه اللعبة وتدخلة في الغرفة طيلة فترة عملها المنزلي , كان يوصف من قبل الأقارب والجيران بأنه مؤدب وخلوق .
لحين شعورهم بان ولداهم أصم لايسمع مما أدى إلى عرضه على أطباء السمع (ENT) بعدما وجد الأطباء سلامة الجهاز السمعي تمت أحواله على طبيب الأطفال المختص بتاريخ الشهر الرابع من ٢٠٠٨ , وتم تشخيصه بالتوحد .

* الطفل (ع.ح .ر) لدى احد أقاربه (ابن خالته) حسب معلومات الأسرة تخلف عقلي ولكن لم يعرض على أطباء اختصاص , التشخيص كان من خلال المعلومات التي تمتلكها الأسرة عن هذا المرض .

الحالة الثانية

معلومات عن الأسرة

الطفل (م. أ. ع). والداه على قيد الحياة .

الأب يناهز من العمر ٤٢ عام , تحصيله الدراسي (بكالوريوس طب) يعمل طبيب في إحدى المستشفيات الحكومية . حالته الصحية جيدة .

الأم عمرها ٤٢ سنة , تحصيلها الدراسي (بكالوريوس زراعة) , وهي ربة بيت , تشكو من أمراض الحساسية والربو ولديها تاريخ عائلي بذلك .

لدى الألباء صلة قرابة (أبناء عم) . كان تاريخ زواجهم ١٩٩٤ , لديهم طفلة اكبر من الطفل المصاب من مواليد ١٩٩٥ . العائلة تتكون من خمسة أشخاص (بنت وولدان) .

المستوى المعيشي للأسرة جيد , يسكنون في بيت ملك .

* معلومات أولية عن الطفل المتوحد (م. أ. ع) .

الطفل (م. أ. ع) من مواليد ١٧/١٠/١٩٩٩ . عمرة حوالي تسعة سنوات , ولادته ورضاعته طبيعيتان , ترتيبه الثاني مع أخوته . لم تعاني الأم من اي مشاكل طبية أثناء الحمل , أكملت جميع التقيحات .

* جميع مراحل النمو العضلي (زحف , جلوس , وقوف , مشي) كانت في أوقاتها الطبيعية .

* أما مراحل النمو اللغوي فكانت أيضا طبيعية جداً وبسبب المستوى التعليمي لوالديه فأنهم قاموا منذ أطلاقة الكلمات الأولى بتحفيظه بعض المقاطع الإنشادية وسور من القرآن الكريم .
لحين ظهور أعراض المرض عليه . بدأ النمو اللغوي بالتدهور واختلفت الذاكرة والنطق وهذا حصل في عمر السنتين .

* الاتصال الاجتماعي , لديه علاقة قوية مع أخته الأكبر وأحيانا لديه نوع من اللعب مع الجيران ولكن بسبب استخدامه لأسلوب الضرب معهم حدد ذلك اللعب .

المستوى الدراسي للطفل : لم يدخل المدارس العامة بسبب المرض ولعدم وجود مدارس خاصة تعنى بتلك الشريحة اعتمد الوالدان على أنفسهم في تعليم الابن .

* لم يلمس الباحث من خلال مقابلاته بان هناك أي إصابة او تاريخ مرضي نفسي او عقلي في العائلة .

أسلوب المقابلة

من خلال المقابلة مع ذوي الطفلين المصابين بالتوحد , تم طرح الأسئلة التي تخص موضوع الدراسة التي يقوم بها الباحث . اعتمد الباحث في وضعة تلك الأسئلة على الأعراض العامة لمرض التوحد وقام بتجزئتها الى ثلاث محاور حسب الخصائص الثلاثة التي أراد العمل عليها (النفسية والاجتماعية والعقلية) . وضع الباحث الأسئلة على شكل ثلاث محاور :-

المحور الأول :

الخصائص النفسية للطفل المصاب بالتوحد .

المحور الثاني

الخصائص الاجتماعية للطفل المصاب بالتوحد .

المحور الثالث

الخصائص العقلية للطفل المصاب بالتوحد .

المحور الأول :

الخصائص النفسية للطفل المصاب بالتوحد .

ت	الخصائص النفسية لطفل التوحد
١	هل تشعرون بان طفلك لديه نوبات من الصراخ او الضحك وبدون سبب
٢	هل يقوم بالانفعال والثورة والغضب عند المحاولة لتغيير لعبته او وضعها في مكان آخر
٣	هل تلاحظون على وجهه بعض التعبيرات الانفعالية (الحزن , الفرح ...) الطبيعية كردة فعل لبعض المواقف التي تحتاج ذلك
٤	هل لاحظتما اعتناؤه باللعب (لعبة . سيارة . دب) وإظهاره العاطفة والارتباط لها وعدم رميها وأحداث العطل فيها
٥	هل يخاف من بعض الأشياء التي تستحق الخوف والعكس قد يخاف من أشياء لا تستحق الخوف (صوت طائرة , صوت ماكينة الحلاقة او الفاكهة)
٦	هل تشعرون بأنه لديه أجواء نفسية خاصة به
٧	هل تلاحظون عليه التجوال داخل غرف المنزل وبدون هدف

هل يميل إلى العناد والمشاكسة	٨
هل تلاحظون عليه احياناً شرود الذهن	٩

المحور الثاني

الخصائص الاجتماعية للطفل المصاب بالتوحد .

الخصائص الاجتماعية لطفل التوحد	ت
عدم اللعب الجماعي والميل إلى اللعب بمفرده	١
الانطواء والعزلة والابتعاد حتى من أعضاء الأسرة	٢
هل يرفع يديه لكم من اجل حمله كما يفعل اقرانه	٣
هل يستجيب لاسمه عند المناداة به	٤
هل يستخدم كلمات واضحة او إشارات للتواصل	٥
هل يتجنب التلامس النظري لكم أو إلى الأشياء المحيطة به	٦
هل يستطيع أن يفرز المزاح أو السخرية من الآخرين	٧
هل يتفاعل مع تعابير وجوهكم مثل الابتسامة والضحك	٨

المحور الثالث

الخصائص العقلية للطفل المصاب بالتوحد

ت	الخصائص العقلية (الفكرية)
١	هل تأخرت بعض القدرات التعبيرية مثل (الابتسامة في الأسبوع السادس)
٢	هل كان الطفل اجتماعي مع من حوله في عمر الشهر الثالث
٣	هل تأخر الكلام
٤	هل تشعرون بان لديه ذاكرة ضعيفة و قلة في التركيز
٥	هل هناك بطيء في اكتساب المهارات منذ البداية (مسك الأشياء وأخذها باليد ورفع الطعام وإيصاله إلى الفم)
٦	هل لديه القدرة على القيام ببعض الألعاب البسيطة مثل لعبة كرة القدم وركوب الدراجة

نتائج الفرض الأول :

بعد إكمال المقابلات والإجابة على الأسئلة الموضوعية والتي استمرت لعدة ساعات وعلى أيام متقطعة , كانت النتائج كما يلي :

١. قام الباحث بأجراء المقابلة الأولى وشرح الغاية من البحث , كانت أجوبة الوالدان على أسئلة المحاور الثلاث (الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية) بتعاون وتقبل عالي , وكانوا متفاعلين مع الباحث , ولم يبخلوا عن اي معلومة حتى وان كانت معلومة فيها شيء من الحرج الاجتماعي .

التفسير (الوالدان وبسبب غموض أسباب المرض وعدم اكتشاف علاجاً له فأنهم يتعاونوا مع اي جهة مؤسساتية او شخصية لمساعدة ابنهم وإمكانية التوصل الى اي منفذ يوصلهم الى العلاج او التأهيل .

٢. بعد طرح أسئلة المحاور الثلاث والتي تشمل الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للطفل المصاب بالتوحد .

وجد الباحث بان هناك معرفة عند الآباء لتلك الخصائص بالنسبة الى الطفل الثاني أكثر من تلك المعرفة التي يمتلكها والدي الطفل الأول . ويفسر الباحث هذا التفاوت في المعرفة الى الأسباب التالية :

- الطفل الثاني اكبر عمراً من الطفل الأول وبالتالي تكون المعلومات التي يمتلكها والدي الطفل الثاني من المؤكد ان تكون اكبر وأدق .
- المستوى الدراسي لوالدي الطفل الثاني (وبالخصوص الوالد) أعلى من المستوى الدراسي لوالدي الطفل الأول , وهذا بالنتيجة أدى الى تتبع والدي الطفل الثاني إلى أي معلومة عربية او أجنبية او أي نشرة طبية تذكر .

٣. وجد الباحث هناك تفاوت في فهم تلك الخصائص بين الأب والأم وكذلك درجة انتباههم لتلك الخصائص وأيضا تفسيرهم لها لدى والدي الطفل الأول . فعلى سبيل المثال قام الباحث بطرح السؤال التالي :

(هل تلاحظون على وجهه بعض التعبيرات الانفعالية (الحزن , الفرح ...) الطبيعية كردة فعل لبعض المواقف التي تحتاج ذلك) .
كان الجواب من قبل الأب بالنفي .
أما الأم فكان جوابها أكثر دقة , نعم انه يضحك ويحزن ولكنه ليس كردة فعل لبعض المواقف .

٤. عند طرح بعض الأسئلة تبين بأن الوالدان لم يستطيعوا تحديد بعض الخصائص . مثلاً عندما طرح الباحث السؤال التالي :
(هل كان الطفل اجتماعي مع من حوله في عمر الشهر الثالث) . لم يكن لديهم جواب محدد وذلك لبعد الفترة احياناً وأحياناً عدم انتباه الوالدين لتلك الفترة بسبب بأن الابن كان عند تلك الفترة طبيعي ولم يظهر عليه أي عارض يثير الانتباه والمراقبة وأحياناً كما وصفت والدته طفل الحالة الأولى بأن ولدها كان يُوصف بالموءدب العاقل بسبب عدم لعبه مع الأقران وجلوسه في الغرفة لساعات بدون أي صوت ماعدا حاجته للغذاء .

ثانياً : نتائج الفرض الثاني

بعد إكمال المقابلات من قبل الباحث وطرح الخصائص الثلاث التي عمل الباحث على معرفتها واختبار فرضياته التي وضعها في أهمية المشكلة ومن ضمنها فرضيته التي طرحها (عدم معرفة الوالدين بتلك الخصائص يؤدي الى تصرفات خاطئة في تعاملهم مع الطفل او حكمهم عليه) . كانت النتائج كالآتي :

١ . كانت النتيجة تكاد تكون مقاربة للفرض الذي وضعه الباحث . حيث وجد الباحث بان الخصائص قد تكون معروفة لدى الآباء ولكن عدم معرفتهم بخصوصية تلك الخصائص ومدى تأثيرها على سلوك الابن يؤثر على تعاملهم وعلاقتهم بالطفل وبالتالي يؤثر على علاج وتأهيل الطفل .

فعلى سبيل المثال , عندما طرح الباحث السؤال التالي :

هل تشعرون بان طفلكم لديه نوبات من الصراخ المستمر وبدون سبب ؟

(بمعنى هل تعلمون بان تلك السلوكية هي من ضمن أعراض الطفل المصاب بالتوحد وهو يقوم بها رغماً عنه وهي غير مصطنعه) .

كان الجواب نعم من قبل والد الطفل الثاني . وهو متفهم لتلك الحالة أي بمعنى انه يعلم بأن هذه الصفة هي من الصفات الواضحة على المصاب بالتوحد , وأثناء المقابلات والحديث مع الأب تبين بأنه يستخدم أسلوب الضرب مع ابنه من اجل إسكاته . يعتقد الباحث بان تصرف الأب مع ابنه يعكس عدم الفهم الحقيقي للخصائص او أعراض المرض , ومدى اقتناع الآباء بتلك الخصائص وتأثيرها على العلاقة المبنية بين الطفل ووالديه والتي من المفترض ان تكون قوية جداً ومبنية على علم وفهم للمرض حتى يتم من خلال تلك العلاقة تأهيل وعلاج ومساعدة الطفل . لكن قد يكون تصرف الأب ليس لديه القدرة على التعامل مع بعض السلوكيات التي تحتاج الى ناتج عن الضغوط الاجتماعية والبيئية والسياسية التي يعيشها في مدينته (لكونها ساخنة ومولده لكثير من الضغوط النفسية) .

٢. أحياناً يؤدي الفهم الخاطئ (لخصائص مرض التوحد) بالحكم الخاطئ (علماً بأن الطفل مشخص وبصورة علمية صحيحة) . مثلاً عندما ينزعج الآباء (أحياناً) بسبب تصرفات طفلهم ينعنونهم بالمتخلف والمجنون وانه لا ينفع معه أي شيء .

ثالثاً : نتائج الفرض الثالث .

بعدما أكمل الباحث من اختبار والتحقق من فرضيه الأول والثاني شرع بالتحقق من فرضيه الثالث والذي كان

قد صاغه على النحو التالي :

هل يقوم الوالدين بإخفاء الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للطفل المصاب بالتوحد خوفاً من التشخيص .

١. وجد الباحث بان والدي الطفل الأول لا يستطيعوا تقبل التشخيص ويشككون في التشخيص وهذا يعود إلى الأسباب التالية .

• الطفل الأول حديث التشخيص وهذه الحالة يمر بها معظم والدي أطفال التوحد في بداية التشخيص .

• بسبب ما يسمعون عن التوحد وصعوبة شفاؤه وعدم وجود علاج له في الفترة الحالية أدى بوالدي أطفال التوحد بالتشبث بأي تشخيص مغاير لتشخيص التوحد (حتى يعطيهم الأمل بالشفاء) .

٢. أما الطفل الثاني فكان والده بالرغم من قدم فترة التشخيص ومعرفته بحيثيات المرض(بسبب خبرته كطبيب) ولكن كان يردد مع الباحث بعض التساؤلات هل صحيح بان ابني فيه توحد وهل صحيح بان ابني سيبقى هكذا وهل من طريق ترشدني عليه لكي اسلكه .

٣. لم يجد الباحث عملية إخفاء متعمده لأي خاصية من الخصائص الثلاث التي عمل على معرفتها الباحث من قبل والدي الطفل المصاب بالتوحد خوفاً من التشخيص .

رابعاً : توصيات الدراسة .

بعد إكمال الباحث اختبار فروضه الثلاث والتوصل إلى نتائج تلك الفروض , قام بوضع بعض التوصيات المهمة والضرورية والتي من خلال البحث وجد تلك الضرورة والأهمية .

التوصيات :

١. من الضروري ان تكون هناك لجنة متكاملة الاختصاصات لتشخيص الطفل المصاب بالتوحد وذلك لزرع الثقة والاطمئنان بنفوس الآباء وعدم التنقل من بلد إلى آخر لعرض طفلهم على الأطباء والمراكز التي تعنى بالتوحد عسى ان يعثروا على ثغرة او خطأ في التشخيص .
واللجنة تتكون من :

- * طبيب اختصاص أطفال .
- * طبيب أخصائي طب نفسي .
- * أخصائي في علم النفس (التوحد) .
- * اختصاص اختبارات .
- * اختصاص سمع وتخاطب .

٢. ضرورة التقليل من المعلومات والتي مفادها بان الطفل المصاب بالتوحد ليس له علاج وغير ممكن علاجه لان الأسباب غير معروف . هذه المعلومات تجعل والدي الطفل يهربون من التشخيص ويشككون فيه . يرى الباحث من الضروري مصارحة الآباء بتلك الحقيقة الثقيلة ولكن يرى ليس بهذه الطريق القاسية فهناك طرق أخرى لإيصال تلك المعلومة . ويرى من الضروري ان تستخدم طريقة التطمين (لكل داء دواء) وان الله سبحانه وتعالى قادر على كل شيء وأن الدول الكبرى تصرف أموال طائلة جداً من اجل التوصل الى علاج شافي ونهائي مثلما أوجدت تلك المراكز علاج لأمراض خطيرة كانت تفتك بالآلاف البشر .

٣. القيام بمسح للأطفال المصابين بالتوحد في البلد بعد إعداد كوادر متخصصة بالتشخيص والآلية التي يتم بها المسح .

٤. قيام الدولة بإنشاء مراكز في كافة المحافظات تعنى بأطفال التوحد تعود تلك المراكز الى وزارة الصحة وليس إلى وزارة العمل والشؤون الاجتماعية (لان الوزارة الأخيرة غير مؤهلة لتلك الحالات في الوقت الحاضر) (لابد ان يكون هناك تعاون) هذا من خلال ما توصل إليه الباحث أثناء زيارته إلى قسم الرعاية الاجتماعية (قسم ذوي الاحتياجات الخاصة) التابعة إلى وزارة العمل والشؤون الاجتماعية وما شاهد من مأساة في الجوانب الفنية (من الكوادر الموجودة الغير مؤهلة والغير متخصصة) .

٥. ضرورة مراقبة ومتابعة وزارات الدولة إلى أي مؤسسة او مركز يرفع شعار علاج او تأهيل التوحد . هذه التوصية جاءت من خلال زيارة الباحث إلى إحدى المراكز الذي افتتح باسم مركز للتوحد , عند قيام الباحث بزيارته تبين بان القائم على المركز خريج إدارة واقتصاد ويقوم بعملية التشخيص ووضع برامج التأهيل والعلاج بمفرده دون الاستعانة بأصحاب الخبرة والاختصاص .

خامساً : الدراسات والبحوث المقترحة .

- ١ . القيام بمسح لأعداد الأطفال المصابين بالتوحد , لعمل قاعدة بيانات خاصة بهم لتسهيل عمل الباحثين . (في العراق) .
- ٢ . فتح مراكز ومؤسسات تعنى بأطفال التوحد لتخفيف العبء الواقع على الوالدين من جراء الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية التي يتمتع بها الطفل المصاب .
- ٣ . القيام ببحوث تشرك الوالدين ضمن فريق العمل العلاجي بعد تأهيلهم وتدريبهم .
- ٤ . القيام ببحث لمعرفة الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية باستخدام مناهج ووسائل أخرى حتى تصبح إمكانية تعميم النتائج اشمل وأدق .

المراجع العربية

- الشامي , وفاء , (٢٠٠٤) . خفايا التوحد , أشكاله وأسبابه وتشخيصه . (ط ١) . جدة : مركز جدة للتوحد .
- يحي , خوله , (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية والانفعالية , (ط ١) . عمان , الأردن , دار الفكر .
- الصبي , عبد الله , (٢٠٠٣) . التوحد وطيف التوحد , (ط ١) . الرياض , المملكة العربية السعودية . مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر .
- السعد , سميرة , (١٩٩٢) . معانتي والتوحد . مركز الكويت للتوحد . (ط ١) .
- كمال , علي , (١٩٨٢) . النفس انفعالاتها وطرق علاجها . دار النهضة . بغداد .
- الحكيم , رابية , (٢٠٠٣) . دليلك للتعامل مع التوحد . (ط ١) , شركة المدينة المنورة للطباعة والنشر .
- الزريقات , إبراهيم , (٢٠٠٤) , التوحد : الخصائص والعلاج , الطبعة الأولى , عمان , دار وائل للنشر والتوزيع .
- محمد عادل (٢٠٠٢) . فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين . (ط ١) . القاهرة . دار النشر .
- فتحي , مجدي , فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين في عمان , رسالة ماجستير , الجامعة الأردنية .

إلهامي عبد العزيز (١٩٩٩) : (الذاتوية لدى الأطفال , دراسة نقدية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ في علم النفس) . معهد دراسات الطفولة .
عثمان لبيب فراج (٢٠٠١) : توحيديون ولكن موهوبين . النشر الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، عدد (٦٧) ٢٦٢ :
عبد الحليم محمد عبد الحليم : الذاكرة لدى المصابين بالذاتوية . رسالة ماجستير في علم النفس جامعه عين شمس ٢٠٠٤ .
بن صديق , لينا , (٢٠٠٥) , فعالية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحيديين وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي . رسالة دكتوراه غير منشورة , الجامعة الأردنية , عمان , الأردن .
سليمان , عبد الرحمن , (١٩٩٧) , دور الإرشاد الأسري في رعاية الأطفال المعوقين , مجلة معوقات الأسرة , جامعة الأزهر .
سايمون كوهين وباتريك بولتون : حقائق عن التوحد ترجمة عبد الله إبراهيم الحمدان سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة . الرياض .

<http://www.fightingautism.org/idea/autism.php> -

<http://www.gulfkids.com> . أطفال الخليج العربي للاحتياجات الخاصة

<http://www.caihand.com/autism> -

المراجع الأجنبية

Gillson , S.(٢٠٠٠): Autism and Social behavior . Bethesda,
Society of America .

Kendall , Philip C.(٢٠٠٠):Childhood disorders . UK :East Sussex
:Psychology press Ltd , publishers .

Barlow ,David H ,&Durand, V.Mark. (١٩٩٤) Abnormal
Psychology : An intergrative approach .Pacific Grove : Brooks/
Cole Publishing Company.

الفصل الاول	اسم الملف:
\My Documents\C:\Documents and Settings\XPPRESP	الدليل:
\Application \C:\Documents and Settings\XPPRESP	ال قالب:
Data\Microsoft\Templates\Normal.dot	العنوان:
الفصل الاول	الموضوع:
Abo Sara	الكاتب:
	كلمات أساسية:
	تعليقات:
ص ٠٩:٢٦:٠٠ ٢٠٠٨/١٠/٣٠	تاريخ الإنشاء:
٢	رقم التغيير:
ص ٠٩:٢٦:٠٠ ٢٠٠٨/١٠/٣٠	الحفظ الأخير بتاريخ:
USER	الحفظ الأخير بقلم:
٧٣ دقائق	زمن التحرير الإجمالي:
ص ١٠:٤٦:٠٠ ٢٠٠٨/١٠/٣٠	الطباعة الأخيرة:
	منذ آخر طباعة كاملة
٧٦	عدد الصفحات:
(تقريباً) ١٢,٧٧١	عدد الكلمات:
(تقريباً) ٧٢,٧٩٩	عدد الأحرف: