University of Zawia - Faculty of Arts Journal (UZFAJ)
Volume 24, Issue 1, (2024), pp. 209-232, ISSN: 2521-9235

Autism (Diagnosis and Treatment Methods)

Ahlam Koudeekha

Department of Education and Psychology - Faculty of Arts, Zawia - University of Zawia - Libya
Email: ah.koudeekhah@zu.edu.ly

Received: 01/08/2024 | Accepted: 15/08/2024 | Available online: 08/09/2024 | DOI: 10.26629/uzfaj.2024.12

ABSTRACT

Autism is a disorder known for its seriousness, long duration, and need for long-term medical follow-up that may extend to a lifetime. In addition to its psychological and social effects that burden the autistic child and his family, causing them social pressures that prevent them from continuing to live in stable, normal conditions, especially since medicine has not yet been able to find a definitive and guaranteed treatment for this disorder. Autism is considered one of the most complex non-organic disorders facing all societies in the world, which has raised many questions and inquiries upon its discovery years ago until now about how it is contracted, its causes, manifestations and ways to deal with it. The Arab community has begun to pay attention to it through introductory seminars and conferences in which many interested people participated. From here, we address autism in an attempt to alleviate the pain of the autistic child. I wanted this research to be a window through which the family can look out onto the mysterious world of autism, by drawing a general picture of autism disorder and its mysterious causes. Some scientific methods used in both diagnosis and treatment have also been included.

Keywords: Autism, diagnosis, treatment .

Articles published in *Univ Zawia Faculty Arts J* are licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

التــوحـد (التشخيص وطرق العلاج)

أحلام كوديخه

قسم التربية وعلم النفس –كلية الآداب الزاوية–جامعة الزاوية
الزاوية –ليبيا
Email: ah.koudeekhah@zu.edu.ly

تاريخ الاستلام:2024/08/01 **تاريخ القبول:2024/08/15** **تاريخ النشر: 2024/09/08م**

ملخَّص البحث:

اضطراب التوحد من الاضطرابات التي تعرف بخطورتها وطول أمدها وحاجتها إلى المتابعة الطبية لفترات طويلة قد تمتد إلى طول العمر. إضافة إلى آثارها النفسية والاجتماعية التي تثقل كاهل طفل التوحد وأسرته، مما يسبب لهم ضغوط اجتماعية تحرمهم من متابعة العيش في ظل ظروف طبيعية مستقرة، خاصة أن الطب لم يستطع حتى الآن إيجاد العلاج نهائي لهذا الاضطراب وبشكل مضمون.

حيث يعتبر التوحد من أعقد الاضطرابات غير العضوية التي تواجه جميع المجتمعات في العالم، الذي أثار العديد من التساؤلات والاستفسارات عند اكتشافه منذ سنين حتى الآن حول كيفية الإصابة به وأسبابه ومظاهره وطرق التعامل معه، ولقد بدأ المجتمع العربي بالاهتمام به من خلال الندوات التعريفية، والمؤتمرات التي شارك فيها العديد من المهتمين به

ومن هنا نتناول التوحد محاولة منا للتخفيف من آلام طفل التوحد، فأردت من هذا البحث أن يكون نافذة تطل منها الأسرة على عالم التوحد الغامض، من خلال رسم صورة عامة عن اضطراب التوحد وأسبابه الغامضة، كما تم إدراج بعض الطرق العلمية المستخدمة سواء في التشخيص أو العلاج.

الكلمات المفتاحية / التوحد ، التشخيص ، العلاج.

مقدمة البحث

يعد الاضطراب النمائي الناتج عن التوحد من أشد الصدمات التي تواجه الأسرة والمجتمع كل بتوجهه بحيث يعد أفراد المجتمع والهيئات المتخصصة مسئولا أمام من يعاني اضطرابا ما يعيقه على الاندماج في المجتمع، ويقاس مدى تقدم المجتمع بمقدرته على توفير أفضل الخدمات والأساليب الطبية والتشخيصية والتربوية التأهيلية والعلاجية لهذه الفئات .

حاول العديد من الأخصائيين والأطباء معرفة أسباب هذه الإعاقة (التوحد) ومن هنا ظهرت العديد من الدراسات والبحوث والأساليب التشخيصية والعلاجية لمساعدة هذه الفئة وفق المعايير العالمية التي قد

تساعد البحاث والمهتمين بهذه الفئة على التمييز بين اضطراب التوحد والاضطرابات الأخرى وتسهيل عملية التشخيص السليم والدقيق وبذلك يساعد على اختيار طريقة المناسبة لعلاج هذا الاضطراب

مشكلة البحث:

يعتبر التوحد من الاضطرابات النمائية الأكثر شيوعا في وقتنا الحاضر والتي يبدأ ظهوره خلال مرحلة الطفولة المبكرة، فالأطفال التوحديين يعانون من قصور شديد في التفاعل الاجتماعي. (لمياء عبد الحميد بيومي، 2008: 11)

وهذا ما اكده (بن صديق، 2007) ان طفل التوحد يعاني من عدة مشكلات، من أهمها؛ قلة التواصل بينه وبين البيئة المحيطة به؛ وبالتالي يعاني هذا الطفل من المشكلات الاجتماعية والانفعالية أثناء تواصله مع الأشخاص العاديين ومن أهم هذه العزلة وقصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وذلك نتيجة نقص خبراته المتعلقة بكيفية التواصل الجيد مع الاخرين (بن صديق، 2007: 98)

لهذا يجب تشخيص التوحد وخصوصا في المراحل الأولى لوجود اختلافات في الأعراض وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائي التخاطب والتحاليل الطبية وغيرها. (أسامة فاروق، 2011: 112)

ومن هنا يتضح انه كلما كان الطفل صغيرا في العمر كان التشخيص أصعب، ويتطلب جهودا دقيقة ومتواصلة للتعرف علىً طبيعة الأعراض لديه وتكرارها، وتحليل مهاراته الاجتماعية وأساليب تفاعله مع البيئة وقدراته الإدراكية والعاطفية، وبذلك يمكن أن تتمحور مشكلة البحث في التساؤل الاتي:

ما هي الأساليب العلمية لتشخيص وعلاج التوحد؟

اهمية البحث

تتمثل أهمية هذا البحث في معرفة أهم أساليب التشخيص وطرق علاج اضطراب التوحد، فأطفال التوحد يمثلون أحد فئات التربية الخاصة التي تحتاج إلى تشخيص دقيق من أجل التكفل والرعاية. كما ان العائلة التي لديها طفل متوحد مهما كانت طبيعة العائلة وطريقة التعامل مع الطفل لديها أطفال طبيعيين، وبالمقابل توفر هذه الدراسة معلومات علمية عن مدى وعي المعالج بتشخيص اضطراب التوحد مما يفتح المجال أمام البحاث بتوليد العديد من الأبحاث والدراسات حول الطرق العلمية لتشخيص وعلاج اضطراب التوحد.

أهداف البحث:

يسعى البحث إلى تحقيق الأهداف التالية - :

- معرفة أهم أساليب التشخيص الدقيقة لاضطراب التوحد لدى الأطفال
- معرفة أهم طرق العلاج الدقيقة لاضطراب التوحد لدى الأطفال

أداة البحث:

استخدم البحث المنهج الوصفي لوصف أهم الأساليب والطرق العلمية لتشخيص وعلاج التوحد

مصطلحات البحث:

– التوحد: عرفه (هويسون: 1986) **,**أنه اضطراب في العلاقة مع الآخرين ناتج عن عدم القدرة على فهم التعبير الانفعالي .(الزارع : 2010 : 43).

ويعرفه المؤتمر الدولي الذي عقد في انجلترا عام (1999) بأنه اضطراب نمو طويل المدى يؤثر على الأطفال طيلة حياتهم. (طراد ،2013: 13)

ويعرف إجرائيا بأنه حالة ترتبط بنمو الدماغ تسبب حدوث مشكلات في التفاعل والتواصل الاجتماعي. كما يتضمن الاضطراب أنماط محدودة ومتكررة من السلوك**.**

– عملية التشخيص: هي الطريقة التي يتوصل بها المعالج إلى معرفة المرض ويعتبر الخطوة الأولى في علاج أي مرض، إذ أن معرفة المرض وفهم هو الأساس الذي يترتب عليه إيجاد العلاج المناسب**.**

الدراسات السابقة:

1–دراسة (عبد الوهاب، 2020) هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي باستخدام الأجهزة الذكية في تنمية مهارات التواصل وعن أثره في تحسين المهارات المعرفية (الانتباه – الإدراك) لدى مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتكونت عينة الدارسة من (10) الأطفال ذوي اضطراب التوحد، تراوحت أعمارهم بين (6–9) سنوات، وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات التواصل والعمليات المعرفية**.** (محمود على ،2022: 44)

2– دراسة (عاكف الخطيب ، 2011) بعنوان أنموذج (مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد، في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، في ضوء المعايير العالمية) وأشارت النتائج فيما يتعلق باضطراب التوحد أن هناك بُعداً واحداً كان ذا مستوى فاعلية مرتفع وهو: بُعد (الخدمات والبرامج) بمتوسط (0.68) ، في حين كان هناك ثلاثة أبعاد ذات مستوى فاعلية متوسطة وهي على التوالي: بُعد (التقييم) بمتوسط (0.66)، وبُعد (البيئة التعليمية) بمتوسط (0.55)، وبُعد (الإدارة والعاملين) بمتوسط (0.37). (عاكف الخطيب، 2011: 65).

3–دراسة (الشمري، 2007) الذي أشار إليها (احمد الغرير: 2014) والتي **هدفت** إلى تقييم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية من قبل الكادر العامل في تلك البرامج، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن تقييم أفراد عينة الدراسة للبرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين كان إيجابياً، كما أشارات النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائياً بين تقديرات العاملين في المراكز الحكومية والعاملين في المراكز الخاصة لبرامج التوحد التي تقدم في إطار هذه المراكز. (احمد: 2014: 45).

4–دراسة (العلوان، 2006) دراسة هدفت إلى تقييم البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال التوحديين في الأردن من وجهة نظر أولياء الأمور والمعلمين، وتكونت عينة الدراسة من (120) فردًا، وأشارت نتائج

الدراسة إلى: فاعلية البرامج الاجتماعية والترفيهية المقدمة للأطفال التوحديين من وجهة نظر أولياء الأمور والمعلمين، وعدم فاعلية البرامج التربوية والبرامج السلوكية المقدمة للأطفال التوحديين. (علوان، 2006: 199).

التمهيد: –

إن التربية الخاصة بعد التطورات التي حظيت بها لتولي اهتماما متزايدا بفئات غير العاديين باعتبارهم جزء من المجتمع لهم ما لأفراده من حقوق وواجبات، ومن الضروري أن يكون لهم دور يناط بهم لتحقيق التقدم والرقي كل حسب قدراته، وفي نفس الوقت فمن الواجب رعايتهم والعناية بهم و تأهيلهم للاستقلال الاجتماعي والاقتصادي، و حمايتهم من المخاطر ، وإعدادهم للحياة و تكوين الأسرة .(عبدالفتاح الشريف : 2007 : 17)

تعرف التربية الخاصة إجرائيا أنها نمط من الخدمات والبرامج التربوية التي تتضمن تعديلات خاصة سواءً في المناهج أو الوسائل أو طرق التعليم استجابة للحاجات الخاصة لمجموع الطلاب الذين لا يستطيعون مسايرة متطلبات برامج التربية العادية وعليه: فإن خدمات التربية الخاصة تقدم لجميع فئات الطلاب الذين يواجهون صعوبات تؤثر سلبياً على قدرتهم على التعلم، كما أنها تتضمن أيضاً الطلاب ذوي القدرات والمواهب المتميزة.

فظهرت مراكز عدة تقدم خدمات خاصة لهذه الفئة الخاصة، يتلقى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة خدمات تربوية واجتماعية، وتعمل هذه المراكز على إيصال هؤلاء إلى منازلهم، وهي تحافظ على بقاء الفرد ذو الاحتياج الخاص في أسرته وفي الجو الطبيعي له.

ومن خلال ما سبق يؤكد (عبدالفتاح الشريف: 2007) أن التربية الخاصة هي جملة البرامج التعليمية والتربوية الوقائية و العلاجية المتخصصة التي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين بهدف رعايتهم ومساعدتهم على تنمية قدراتهم، و تحقيق أهدافهم و اتجاهاتهم الإيجابية نحو دواتهم، بما يحقق لهم أكبر قدر من التوافق الشخصي و التربوي و المهني والاجتماعي. (مرجع سابق: 19)

ويضيف (محمد الزبيدي: 2007) أن التربية الخاصة تعمل على **مستويين** هما:

المستوى الوقائي: وتعني كافة الإجراءات اللازمة لمنع حدوث الإعاقة، وتهيئة الظروف التي تحمي الطفل من التعرض لمسبباتها المختلفة، وتحقق سلامته الجسمية والحسية والعقلية والنفسية والاجتماعية ويسهم في هذا المستوى من الوقاية الأطباء ومؤسسات ومراكز رعاية الطفولة والأمومة ومكاتب الصحة ومؤسسات الإعلام ومعلمات ومشرفو دور الحضانة.

المستوى العلاجي: حيث تهدف الجهود العلاجية إلى إزالة قصور أو عجز في المجالات الوظيفية المختلفة أو خفضه وتخفيف من حدته، أو التعويض عنه ببناء بديل لهذا القصور أو ذلك العجز حالما يتعذر إزالته أو تصحيحه كاستخدام نظام (لويس برايل) في الكتابة و القراءة للعميان ، ولغة الإشارة مع الصم .(محمد الزبيدي : 2007 :56 57).

ويؤكد (إسماعيل إبراهيم :2010) أن الاهتمام المتزايد بهذه الفئة قد تطور بشكل ملفت للنظر وخاصة في نهاية السبعينيات مما يدل ذلك على ما يلي:

1. ازدياد عدد الورشات التدريبية للعاملين في هذا الميدان.
2. انتشار الكليات المتوسطة وكذلك اهتمام الجامعات في دراسة هذا التخصص.
3. الاهتمام المتزايد بهذه الفئة في كل المجتمعات العربية، حيث أنشئت لهم الجمعيات الخاصة وكذلك إنشاء العديد من الوزارات التي ترعى شؤونهم مثل قسم التربية الخاصة التابع لوزارة التنمية الاجتماعية في الأردن. (إسماعيل إبراهيم: 2010: 21).

وانطلاقا مما سبق فالتربية الخاصة تعني بذوي الاحتياجات الخاصة اهتماماً خاصاً، إذ تبدأ بتعليمهم ضمن برامج التعليم الخاصة المراعية لظروف العجز، ويخضع لهذه البرامج الأفراد غير القادرين على الانخراط في برامج التعليم العادية،

كما يُمكن تعريف التربية الخاصة إجرائيا بأنها تلك الخدمات التي تسعى إلى تنظيم حياة الأفراد غير العاديين ومحاولة أقلمتها مع الظروف المناسبة حتى يكون إنساناً ينمو نمواً سليماً.

مفهوم التوحد

بدأ الاهتمام باضطراب التوحد بشكل علمي عام (1943) ،من خلال دراسة قام بها الطبيب النمساوي **(ليو كانر)** الذي كان يعمل في مستشفى جونز هوبكنز ببالتيمور في الولايات المتحدة الأمريكية، ولقد نشر كانر تقريراً بعنوان (اضطراب التوحد في مجال التواصل الانفعالي) وكان ذلك من خلال فحصه لمجموعة من الأطفال الذين يراجعون وحدة الطب النفسي، البالغ عددهم (11) طفلاً، منهم(9) ذكور، و **(2)** إناث، وقد لاحظ كانر من دراسته للتوحد زيادة لعدد التوحد ،وأن عدد الذكور أعلى من الإناث بنسبة من (5 – 3) أولاد مقابل بنت واحدة (1997) ،ولقد لفت اهتمام (كانر) وجود مجموعة من الأنماط السلوكية غير العادية لهذه، الفئة تمثلت في الآتي (مرجع سابق :65) .

1–الانعزالية المفرطة
2–قصور في اللغة
3–الذاكرة القوية
4–الحساسية المفرطة
5–الرفض الشديد للتغيير
6–قدرات إدراكية عالية مظهر جسدي طبيعي

وعلى الرغم من ذلك يؤكد (إسماعيل إبراهيم: 2010) أن التوحد لا يعد من الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية و إنما اضطراب في النمو ، إلا أن استراتيجيات تعديل السلوك تعتبر من أبرز البرامج المستخدمة مع أفراد هذه الفئة .(مرجع سابق :166) .

فقد تعددت وتنوعت **تعريفات** التوحد لتعدد النظريات والأبحاث العلمية التي تحدثت عن هذا الاضطراب من معايير متنوعة فقد عرف **القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين** التوحد بأنه عبارة عن إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر، وتؤثر سلبياً على أداء الطفل التربوي ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي ترتبط بالتوحد هو انشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغيير البيئي أو مقاومته للتغيير في الروتين اليومي إضافة إلى الاستجابات غير الاعتيادية أو الطبيعية للخبرات الحسية فتبدو معه المظاهر التالية**.** (**Strock, M. 2004** : 167).

1. قصور في عمليات التفكير بمختلف أنواعه.
2. صعوبات في مهارة التعبير اللفظي وغير اللفظي.
3. تجنب المشاركة في الأنشطة الجماعية واللعب الجماعي.
4. اضطراب في مهارات التواصل مع الآخرين.
5. ظهور حركات بدنية غير هادفة في اليدين والساقين.
6. سلوك شاذ غير مقبول من الآخرين وتصرفات غير طبيعية تجاه الأحداث والأشياء

كما عرفه (هوبسون: 1986) **,**أنه اضطراب في العلاقة مع الآخرين ناتج عن عدم القدرة على فهم التعبير الانفعالي .(مرجع سابق : 43).

ويعرف إجرائيا انه عبارة عن اضطراب نمائي عادة ما يُلاحظ على الطفل في سنّ مبكّر، ويؤثر على تطوّره وجوانب نموّه المختلفة فيكون تطوره غير طبيعيّ، ويظهر خللاً في تفاعله الاجتماعي وبالتالي بضعف تواصله اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين**.**

أسباب التوحد:

أثبتت الدراسات أن التوحد لا يرجع إلى مرض عقلي أو نتيجة لإخفاق الأسرة في تربية الطفل التوحدي، كما لم يظهر أثر للعوامل النفسية التي تمر بها عملية التنشئة في مراحل الطفولة المبكرة، وإنما يعود التوحد إلى أسباب طبية تؤثر في المخ والجهاز العصبي نوردها فيما يلي:

أ –أسباب جينية منها:

1–تشوه جنيني موروث يسبب ورم في المخ وتلف في الجهاز العصبي.

2 –خلل في أحد الكروموزومات الموروثة يؤدي إلى صعوبات في التعلم أو حدوث إعاقة عقلية

3 –خلل في التفاعلات الكيميائية في الجينات أثناء التلقيح يؤدي إلى زيادة العناصر الضارة في الدم وبالتالي يحدث تلف في المخ.

ب–أسباب تحدث في بيئة الحمل:

1–الإصابة بالحصبة الألمانية.

2–تضخم الخلايا الفيروسي وهو التهاب يصيب الجنين داخل الرحم.

3–التهابات دماغية فيروسية تتلف المناطق المسؤولة عن الذاكرة في دماغ الجنين.
4–خلل في الأنزيمات يسبب في إعاقات مصحوبة بمظاهر سلوكية وتوحدية.
5–قصور في وظائف الجهاز الهضمي تؤدي إلى عدم امتصاص العناصر النشوية الموجودة في طعام الجنين.
ج–أسباب تتعلق بالأم إثناء الحمل أو الولادة:
1–تناول إلام لأدوية وعقاقير في فترة الحمل يؤدي إلى اضطرابات في دماغ الطفل.
2–تعرض الأم لحالات النزيف أثناء الحمل.
3–حالات الاختناق أو الاصطدام التي تحدث للطفل عند الولادة المتعثرة.
4–الولادات التي تحدث في سن متأخرة.
5–ترتيب الطفل في الميلاد، فكلما زادت حالات الولادة أنهكت الأم ويبدأ نسلها يصاب بالضعف، فيصبح عرضة للإصابات المختلفة. (عبد الفتاح عبد المجيد: 2010 :69).
إضافة إلى ذلك أشارت دراسات أخرى إلى أن قلة من المصابين بالتوحد لديهم خلل في كروموزومات معينة لكنها جميعها حالات فردية ولا تزيد نسبة اقتران التوحد باضطرابات جينية على (4 و5 %) وهذا لا يعد دليلاً كافياً لاعتبار التوحد اضطراباً جينياً. (نادية أبو السعود :2000 :54).
بالمقابل أشارت أدلة علمية أخرى إلى دراسات مجراة على أسر الأطفال المصابين بالتوحد أو الإعاقة العقلية إلى أن التوحد مرتبط فقط بإعاقة عقلية ربما يكون له أساس جيني. (إبراهيم الوريقات: 2004 :34)
لازال السبب الرئيسي وراء مرض التوحد غير محدد حتى الآن كما اتضح فيما سبق، وذلك يثير مِن حيرة الأطباء بشكل كبير حول أسباب هذا المرض، بالرغم من ذلك وضعت أسباب عدة افترضها العلماء والمختصين بأنها قد تكون سبب من أسباب الإصابة باضطراب التوحد وهي: اضطراب في الجينات أو أي خلل فيها قد يسبب ذلك الإصابة بمرض التوحد، أيضا وجود خلل في تكوين الدماغ والجهاز العصبي.

أنواع التوحد

عندما نقول التوحد فنحن نتحدث عن خمسة أنواع مختلفة وهذا السبب وراء تسميته بالاضطراب الطيفي إشارة إلى توسع درجاته وشدته وكل هذه الأنواع تخرج من عباءة اضطرابات النمو المنتشرة، وجميع الحالات التي تندرج تحت تلك الاضطرابات لها تأثير كبير على النمو وتشمل هذه الاضطرابات. (مرجع سابق :61) .

– اضطراب التوحد:

يشبه خصائص التوحد إلى حد كبير كما وصفه (كانر) ، ويسمى أيضاً (التوحد التقليدي) أو (توحد كانر) حيث يظهر فيه ثلاثة الأعراض **وهم** الخلل في القدرة على التواصل، ضعف في الجانب الاجتماعي

والانفعالي، والسلوكيات الروتينية والنمطية، ويظهر عادةً قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره ، وأعراضه تظهر باختلاف شديد من شخص إلى آخر، ويعود هذا الاختلاف إلى التفاوت في القدرات الإدراكية لدى الأشخاص المصابين بالتوحد .(وفاء الشامي ،2004 : 88)

- متلازمة اسبيرجر:

سمي هذا الاضطراب نسبة إلى الطبيب النمساوي هانز اسبيرجر (1994) ويعتبر من اضطرابات طيف التوحد، ويتصف المصاب به بوجود خلل في التفاعل الاجتماعي والتواصلي واهتمامات محددة وسلوكيات نمطية ولا يوجد مؤشر واضح على أن هناك ضعفاً في القدرات العقلية أو تأخراً لغوياً ويعاني المصابون بمتلازمة اسبرجر من ضعف في تكوين الصداقات وخلل في مهارات التواصل غير اللفظية مثل التعابير الوجهية (محمد الإمام وآخرون، 2010 :56)

وتتراوح نسبة ذكاء الأطفال التوحديين بين المتوسط إلى فوق المتوسط (عادل عبد الله، 2003 :89)

ويتم اكتشاف هذا الاضطراب بعد فترة نمو طبيعي في معظم محاور النمو التي قد تمتد من عمر (4 –6) سنوات. (عثمان الفراح، 2002: 59).

- متلازمة ريت:

هو اضطراب عصبي لا يظهر إلا على الإناث وهو من الاضطرابات النادرة، ويصيب مولوداً واحداً من كل (000.15) مولود. (وفاء الشامي ، 2004 :57)

وقد اكتشفه ريت (1977) والذي أشار إليه محمد موسى (2002) وهو عبارة عن خلل عميق في المخ ويظهر في صورة حركات تكرارية لليد وقصور في المهارات اللغوية والاجتماعية. (محمد موسي :2002 93:)

- اضطراب الانتكاس الطفولي:

يظهر هذا الاضطراب بعد سنتين من العمر، يبدأ الطفل بفقدان العديد من المهارات الأساسية التي قد اكتسبها في مراحل سابقة ،يبدأ الاضطراب بظهور حركات غير عادية مترافقة مع مشكلات في اللغة الاستقبالية والتعبيرية ،وظهور خلل في المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي ومشكلات في التواصل اللفظي وصعوبة في التعامل مع الأقران و تكوين صداقات وتظهر سلوكيات تكرارية و نمطية ويترافق مع إعاقة عقلية شديدة ولا يعاني من مشكلات عضلية و عصبية وهذا الاضطراب يعد من أندر الحالات فهو يحدث لمولود واحد من كل (100.000) مولود ،وهو يشبه اضطراب اسبيرجر والتوحد من حيث إنه يصيب الذكور أكثر من الإناث . (مرجع سابق : 67) .

- الاضطراب النمائي الشامل :

غير محدد يظهر هنا معظم صفات التوحد ومظاهره ، وتكون غالباً أبسط صور اضطراب التوحد ،وتحمل الصفات ذاتها للتوحد ، وهي الخلل في الجانب الاجتماعي والانفعالي واضطرابات في المهارات اللفظية وغير اللفظية ، ويصعب تشخيص هذه الحالات على أنها نوحد لأن هناك العديد من المظاهر التي

يصعب الحكم عليها بشكل مباشر بالرغم من تشابهها بشكل كبير مع الطيف التوحدي . (**Volkamar R, Fred، 2005** :199).

من خلال ما عرض يتضح إن للتوحد أنواع ومستويات وهي:

– **اضطراب التوحد:** وهذا النوع يظهر مبكّراً جداً من عمر الشهرين، ويُعدّ نوعاً منتشراً جداً، والطفل المصاب بهذا النوع لا يمكنه أن ينتبه لأحد، ويتأخّر في النطق ولا يقبل التغيّرات.

– **متلازمة اسرجر:** في هذا النوع يكون الطفل طبيعيّاً من ناحية الذكاء، وبإمكانه أن يتعلّم ويتحدّث بالشكل السليم لغويّاً، لكن يكون عنده مشكلة في التواصل مع الآخرين، لكنه لا يتعامل بالمزاح والضحك.

– **الانحلال الطفولي:** يتعلّم الطفل المهارات ويكون طبيعيّاً كغيره من الأطفال، ولكن بعد العامين من عمره يصبح الطفل عدوانيّاً، ولا يستطيع أن يمارس المهارات التي كان يمارسها من قبل.

– **متلازمة ريت:** هذا النوع لا يصيب الذكور فهو متخصّص بالإناث فقط، ويحدث بشكل مبكّر في عمر الثمانية شهور.

– **اضطراب النمو الشامل:** في هذا النوع يكون عند الأطفال المصابين مشاكل في النمو والتواصل الاجتماعيّ، بحيث لا يستطيع أن يُظهر أي استجابة عاطفية مع الآخرين.

خصائص التوحد:

قد يحدث التوحد منفردا أو مصاحبا لاضطراب آخر يؤثر على وظائف الدماغ مثل الالتهابات الفيروسية، وهي الحالات الشديدة قد يقوم الطفل التوحدي بإظهار أنماط عنيفة في إيذاء الذات والسلوك النمطي، كما أن بعض الأطفال والمصابين بالتوحد يعانون من ضعف عقلي شديد، في حين أن أطفالا آخرين يظهرون قدرات مميزة في الحساب أو الذاكرة أو الفن ويفتقرون إلى أي مهارات اجتماعية، وبعض الأطفال لا يتكلمون.

ويبدو على الطفل المصاب بالتوحد **السمات** التالية:

– عندما يكون رضيعا لا يستجيب للحل والاحتضان.

– لا يبدو عليهم أنهم يعرفون ويعون وجوه هويتهم الشخصية ويحاولون اكتشاف أجسادهم.

– التعلق الاستحواذي بأشياء معينة.

– تنتابه نوبات غضب عنيفة أو يعض نفسه.

– تفتقد أصواتهم إلى النغمة أو التعبير. (مرجع سابق: 157 158).

وحدد (روتر :1978) كما ذكره (بركات : 2008) ثلاث خصائص للتوحد وهي

– نمو لغوي متأخر

– إعاقة في العلاقات الاجتماعية

– سلوك استحواذي أو إصرار على التماثل

هذه الأعراض الثلاثة تبتت من قبل الدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين.

كما ذكر (هالاهان و كوفمان : 2003) أن التوحد يمكن أن يحسب لحوالي (5–7) حالة من كل (10000) طفل وهذا لدى الذكور أكثر من الإناث، وليس محتكراً لدى مجتمع عن مجتمع آخر ،وما يميز (80%) تقريباً من المصابين بالتوحد هو وجود إعاقة عقلية لديهم وأيضاً يمكن أن ترافقه صعوبات تعلم ، صرع ، واضطرابات سلوكية .

وهناك دراسات أجريت في الولايات المتحدة مثل دراسة ميشيل (1997) أوضحت أنه يوجد من (360000) شخص توحدي، ويعد التوحد الاضطراب الثالث الأكثر انتشاراً للإعاقات المختلفة والتي تتمثل في التخلف العقلي والشلل الدماغي ويحدث التوحد ل(4) أطفال من كل **10000**طفل. (سري بركات: 2008 : 45).

وذكرت (الشامي : 2004) أن نسبة انتشار اضطراب التوحد ضمن أنواعه الخمسة كالتالي:

– اضطراب التوحد :تقدر نسبة انتشاره ب 5 من كل (10000) مولود.

– متلازمة اسبرجر :تعد أكثر شيوعاً من اضطراب التوحد، وتحدث ل (26 –36) من كل (10000) مولود.

– متلازمة ريت :تصيب مولوداً واحداً من كل (15000) مولودا.

– اضطراب الانتكاس الطفولي: يعد من أندر الحالات فهو يحدث لمولود واحد من (100000) مولود.

– الاضطراب الإنمائي الشامل: لم تتمكن الدراسات العديدة السائدة من توفير معلومات ثابتة محددة عن مدى انتشار هذا الاضطراب إلا أن ما تم التوصل إليه هو أن الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد أكثر شيوعاً من الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى. (مرجع سابق :23).

كما أن هناك ثلاثة خصائص هامة للتوحد المذكورة في الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع الصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين**(1994)** وهي :

– القصور في التواصل الاجتماعي: يعتبر القصور في التواصل الاجتماعي السمة التي يغلب ظهوره لدى التوحديين ،ويتمثل في القصور في الإشارات واللغة التواصلية الاجتماعية ،ومن الممكن أن يظهر بشكل كبير خاصة في الشهور الثلاثة الأولى من حياتهم عجزاً في الانخراط في سلوكيات اجتماعية بسيطة كالتواصل البصري والابتسامة أو الاستجابة لمحاولة الوالدين استثارة الكلام والألعاب التي تقتضي التفاعل مع الآخرين ، والملاحظ أنه عندما يتعلم التوحدي بعض مفردات اللغة فغالباً ما يكون استخدامها استخداماً آلياً أكثر منه اجتماعياً . (**Sundberg, Mark, Partington, James W. 1998**).

يضيف (محمد صالح: 2010) لا يستمتعون بوجود الآخرين ولا يشاركونهم اهتماماتهم ويتضايق من المصافحة ولا يحب أن يسلم على أحد ولا يعطي اهتماماً للآخرين ولا يبدي الكثير من الفرح حتى برؤية أبيه وأمه، ولا يهتم بالنظر إلى الشخص الذي يكمله، ويجد صعوبة في التواصل البصري مع الآخرين،

أما أقرانه فلا يحب أن يشاركوه في ألعابه ولا يحب اللعب معهم، ولا يهمه فرح أحد أو حزن أحد ولا تعنيه الابتسامة. (محمد صالح: 2010 :55).

ويشير ((**American Psychiatric association: 1994**) إن خلل في التواصل اللفظي وغير اللفظي يؤثر التوحد في مقدرة الطفل التوحدي على التواصل اللفظي وغير اللفظي، فهم يتصفون بالتأخر أو القصور الكلي في تطوير اللغة المنطوقة، وتكوين الخصائص الكلامية كطبقة الصوت والتنغيم والإيقاع الصوتي، استعمال اللغة التكرارية، فهم اللغة متأخرا، عدم القدرة على فهم الأسئلة، والقصور في القدرة على دمج الكلمات والإيماءات (:140:: **American Psychiatric association: 1994**)

كما اضاف (**Stilman. M,John : 2008**) ان ذوو التوحد يعانون من حساسية مفرطة للمس والمسك وأحياناً السمع وضعف في الإحساس بالألم، والرفرفة وضربات اليد وتحريك الأشياء أمام العين وهزهزة الجسم، والتي قد تمتد إلى فترات طويلة من الوقت، ويمكن تعبير سلوكيات الاستثارة الذاتية بطرق عديدة قد تكون سلوكيات دقيقة كحركات العين عند التعرض إلى الضوء، أو القيام بتعبيرات الوجه غير المناسبة عند الحزن ،وقد تكون عند بعضهم أكثر وضوحاً كهزهزة الجسم وإصدار أصوات عالية متكررة ، وقد تتسم بعض السلوكيات بإيذاء الذات .(156: **Stilman. M,John: 2008**).

وانطلاقا مما سبق اتضح ان الطفل التوحدي يتميز بخصائص عدة منها:

- السلوك الغير طبيعي
- عدم تكرار الكلمات والأصوات
- التأثير السلبي على وظائف المخ
- الوحدة وقلة التواصل الاجتماعي (اللفظي وغير اللفظي)
- عدم الاستجابة للأضواء والأصوات
- عدم مشاركة الآخرين مشاعرهم وعدم إحساسه بالألم.

نظريات المفسرة للتوحد:

حاولت العديد من النظريات تفسير كيفية تعلم فنون اللغة بصفة عامة واللغة الأم بصفة خاصة لأطفال التوحد، حيث تقدم النظريات تصورات مختلفة حول اللغة واكتسابها، ومعرفة هذه النظريات يساعد على اختيار طرائق واستراتيجيات التدريس المناسبة لأطفال التوحد على مختلف أعمارهم ومن أهم هذه النظريات ما يلي:

أولا: النظرية الوراثية:

يرى أنصار هذه النظرية انه بالرغم من أن السبب الرئيسي غير معروف إلا أنهم يرون أن العوامل الوراثية تقوم بدور مهم في هذا المجال بالإضافة إلى العوامل الكيميائية والعضوية في الدماغ وقد ازداد الاهتمام بالتوحد مع تطور الوضع الصحي عالميا ، وقد أشارت الأبحاث إلى أن الإصابة باضطراب التوحد عي نتيجة اختلال الحيوي أو العصبي من الدماغ أي انه اضطراب وراثي وقد توصل العلم الحديث إلى معرفة

البعض من هذه الجينات ومعرفة مكانها على خارطة الكروموزوم ، ولكن حتى ألان لم يتم معرفة أي موروث أو أي جين يمكن أن يكون سببا في حدوث التوحد .

أوضحت (دباتريشيا رودير) الاختصاصية في علم الأجنة في المدرسة الطبية في جامعة روشيستر بان الخلل الدماغي في التوحد يحدث ما بين (20 24) يوما بعد الولادة، وهي تشير أيضا إلى جينات معينة في بناء الدماغ تسمي **(hox genes)** هي المتغيرة في اضطراب التوحد .(صندلي ، 2012 : 77).

ثانيا: نظرية العقل:

يرى أنصار هذه النظرية أن الأطفال يجدون صعوبة في تصور أو تخيل الإحساس والشعور لدى الآخرين أو ما قد يدور في ذهن الآخرين من التفكير، وهذا بدوره يقود إلى ضعف مهارات التقمص العاطفي وصعوبة التكهن بما قد يفعله الآخرين، وقد يعتقدون بأنك تعرف تماما ما يعرفونه هم ويفكرون فيه، وعلى الرغم من معرفة الأطفال التوحديين لما ينظر إليه الآخرين إلا أنهم يعانون من صعوبة كبيرة في القدرة على إدراك ما يدور في عقول الآخرين من أفكار.

كما يضيف أنصار هذه النظرية أن الطفل التوحدي في حالة المعاناة الشديدة قد لا يمتلك مفهوم العقل أطلاقا، وقد أطلق على هذا العجز (غمى العقل) في إحدى مهام نظرية العقل المستخدمة بشكل واسع وهي مهمة التي يطلق عليها اسم (سال ان). (صالح. الجوالدة ، 2010 :66)

ثالثا: نظرية الاضطراب الابضي:

في هذه النظرية افتراض أن يكون التوحد نتيجة وجود بيبتايد خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على الناقلات العصبية الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى أن تكون العمليات الداخلية في حالة اضطراب، هذه المواد **Peptides** تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الأغذية المحتوية على القلوتين مثل **:**القمح / الشعير / الشوفان / الكازين ، الموجود في الحليب ومنتجات الألبان **.**

ولكن في هذه النظرية نقاط ضعف كثيرة فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد لذلك تظهر لنا نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ ومن ثم تأثيرها على الدماغ وحدوث أعراض التوحد . (سلمان المغيري ، 2014 :55) .

رابعا النظرية الصينية:

كان الرأي السائد عند علماء الصين ان مسببات التوحد ربما تكون بعد الولادة أو أثناء فترة الحمل، وقد اختلفت الآراء التشخيصية لهذا الاضطراب بين الطب الصيني والطب العربي، لهذا صار العلماء يركزون بشكل موجه على التدخل المبكر للعلاج مهما اختلفت نوعيته، كون هذا التدخل يعتبر من أهم مراحل

العلاج بالإضافة الى البرامج التربوية الخاصة الموجهة إلى أهل الطفل التوحدي ومن يحيط به ، وحتى اليوم لم يتمكن الأطباء من التوصل إلى علاج يشفي التوحد تماما . (مرجع سابق : 87) .
يتضح من العرض السابق أن كل هذه النظريات لم تضع تفسيرًا محددًا ودقيقًا بنسبة 100% لهذا الاضطراب، لكنها كما أوضحنا مجرد محاولات اجتهد فيها العلماء، ونأمل أن تتطور أكثر في القريب العاجل بما يسمح لنا بتقليل نسب الإصابة وزيادة فرص التعافي منه

علاقة التوحد ببعض الإعاقات:

– التوحد والإعاقة العقلية: عندما اقترح كاتر محكات لتشخيص التوحد أشار إلى أن التوحديين لديهم قدرات معرفية جيدة ولكن هناك بعض الباحثين مثل فريمان أشار إلى أن حوالي (75%) من التوحديين قدراتهم العقلية حدود الإعاقة العقلية .
– التوحد وفصام الطفولة : استخدم التوحد سابقا بوصفه احد الإعراض الرئيسة للاضطرابات النفسية (الفصام) لذلك كان يطلق علي الأطفال التوحديين الفصاميين ، إلا أن هناك فروق حديثة نسبيا بين التوحد والفصام ومنها :
1– التوحديين غير قادرين على استخدام الرموز واللغة، أما الفصاميين فهم قادرين على ذلك .
2– التوحديين لا يطورون علاقات اجتماعية مع الآخرين، بينما الفصاميين يمكن أن يطوروا علاقات مع الآخرين .
3– الهلاوس والأوهام أعراض أساسية عند الفصاميين، أما التوحديين فلا توجد هذه الاضطرابات عندهم.
4–يحدث التوحد قبل الشهر (30) من عمر، أما الفصام فيحدث بعد ذلك سواء في بداية المراهقة او غيرها من المراحل النمائية.
– التوحد واضطراب التواصل: وجد انه قد يكون هناك تشابه بين التوحديين وذوي الاضطرابات اللغوية، ولكن يوجد اختلافات نستطيع التميز بينهما حيث أن المضطربين لغويا يستخدمون الإيحاءات وتعبيرات الوجه أي وسائل الاتصال غير اللفظي عندما يفشلون في استخدام اللغة كوسيلة للتواصل مع الآخرين، أما التوحديين فلا يستطيعون استخدام الإيماءات والحركات بديلا لغويا، ولكنهم عادة يلجؤون إلى تكرار الكلام أي القيام بحركات نمطية متكررة.
– التوحد واضطراب السمع والبصر: الانسحاب الاجتماعي وعدم الراحة من تغيير الروتين سلوكيات تصدر عن الطفل الأصم وهذه السلوكيات تشبه السلوكيات التي تصدر عن الأطفال التوحديين ومع وجود هذا التشابه فإننا يمكن أن نميز بينهما في هذه السلوكيات حيث تعتبر هذه السلوكيات ثانوية بالنسبة للطفل الأصم ولكنها تعتبر أساسية لدى أطفال التوحديين. (مرجع سابق :66) .
وانطلاقا مما سبق اتضح ان هناك ارتباط وتشابه بين التوحد وبعض الإعاقات والاضطرابات الأخرى ولكن يمكن التمييز بينه وبين تلك الإعاقات من خلال:

– يتميز الطفل المعوق بنزعة إلى الارتباط بوالديه والتواصل معهما ومع الكبار وغيره من الأطفال الأقران، وهي سمة اجتماعية غائبة تماما في حالة طفل التوحد.

– أن الطفل المعوق يستطيع أن يبني حصيلة لغوية، ولو أنه قد يتأخر في بنائها إلى حد ما، بينما الطفل التوحدي غائبا من حيث نموه اللغوي وهو متوقف أو محدود جدا.

– الطفل المعوق لا يستثيره التغير في عاداته اليومية، بعكس ما يحدث للطفل التوحدي لا يحب التغيير.

– طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يستمر طويلا بدون سبب ظاهر بينما لا يحدث هذا في حالة الإعاقات الأخرى

مشكلات الأطفال التوحد :

يعاني الأطفال التوحديين من مشكلات كثيرة يمكن تحديد أكثرها شيوعا فيما يلي :

1–الصعوبات اللغوية : اللغة هي الوسيلة للتخاطب بين البشر والطفل التوحدي يعاني من تدني في قدراته اللغوية ،لذلك نجده غير قادر على التواصل مع الآخرين ،ويتفاوت هذا الخجل من طفل توحدي لأخر حسب شدة الاضطراب ،ومن بين هذه الصعوبات اللغوية ما يلي:

– يفتقر الطفل التوحدي في بداية حياته إلى سلوك الانتباه المزدوج، فهو يعجز عن الإشارة بإصبعه نحوى شيء محدد .

– عندما يستطيع التكلم نجد أن تعبيرات وجهه وتلميحاته لا تتوافق مع نبرات صوته ولا تنسجم إيماءاته مع كلامه .

– يعاني من اضطرابات عديدة مثل ، ترديد الكلام .

2–صعوبات التواصل: وتتمثل في الجوانب التالية:

– فقدان القدرة على التواصل البصري .

– قد يدرك مشاعر الآخرين لكنه لا يهتم بها ويتجاهل من حوله من الناس .

– تقلب المشاعر والعواطف نحو الوالدين والمحيطين به .

– يفتقر للسلوك الاجتماعي المقبول خاصة في عادات الأكل والشرب .

– تفكيره سطحي ولا يستطيع فهم مواقف الحياة المختلفة ومشاعر الآخرين فهو لا يستوعبها.

3–صعوبات تتعلق بالسلوك: مثل :

– ثبات وجمود السلوك .

– فقدان القدرة على التخيل .

– عدم القدرة على التصرف عندما تواجهه مشكلة .

– الإتيان بأنماط سلوكية مخجلة .(مرجع سابق : 142 143)

من خلال ما سبق اتضح ان من ابرز المشكلات التي يعاني منها ويواجهها الطفل التوحدي هي: المضادات وهي حالة كلامية لاإرادية لترديد الكلمات يتميز بها الطفل التوحدي

ابضا الاستعمال العكسي للجمل والعبارات ، اضافة الى عدم القدرة على اللعب التخيلي ،دائم الصراخ والخوف والسلوكيات المحرجة اجتماعيا .

.تشخيص التوحد:

يهدف التشخيص إلى:

– تزود الأخصائيين والأسر بتسهيلات واضحة في التواصل فيما بينهم .

– تساعد على اتخاذ القرارات المناسبة للوقاية بأشكالها المختلفة .

– تساغد علة وصف الأسباب والمشكلات المرتبطة باضطراب التوحد .(41 59: **RUPLE . SEARS : 2001.**)

– تصميم برامج تربوية وتعليمية مناسبة لذوي اضطراب التوحد

– تحديد مدى نجاح البرامج التربوية والتأهيلية المقدمة لهم

– تقليل الفاقد التعليمي وتكثيف الجهود من خلال تحديد اهداف واقعية حقيقية لقدرات الطفل. (عصام النمر، 2008: 26. 28)

يجب توفر عدة شروط أثناء التشخيص منها :

– الموضوعية عند وصف سلوكيات الطفل

– تحديد درجة كل سلوك ومقداره.

– البيئات التي تظهر فيها السلوك المستهدف : يجب النظر الى السلوكيات على انها جزء من البيئة التي تظهر فيها ، ولابد من تحليل البيئة لفهم السلوك وتوقعه

– أن يقوم بعملية التشخيص أفراد لديهم المعرفة أو الخبرة في استخدام الأداة المناسبة والمعرفة بحالة التوحد.

– مراعاة العمر عند التشخيص

– استخدام أكثر من مقياس عند التشخيص في التعرف على التوحد

– إعطاء وقت مناسب للملاحظة قبل التشخيص .

– أهمية التدريب على استخدام أدوات قياس وتشخيص الحالات .(مرجع سابق : 201 . 203)

مراجل التشخيص

تمر عملية التشخيص بثلاثة مراحل أساسية وهي :

– مرحلة الإعداد للتشخيص : وتتم هذه المرحلة قبل عملية التشخيص وتشمل جمع المعلومات عن طريق دراسة الحالة وموافقة الأهل، تحديد الاختبارات المناسبة .

– مرحلة تلقي المعلومات : وهي تتضمن عقد المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائي والمفحوص وتصحيح الاختبارات وتنظيم نتائج الاختبارات وتنسيقها ووضعها في صورة كمية كما تتضمن مجموعة أحكام جزئية وصفية .

– مرحلة معالجة المعلومات : وهي خطوة استخراج النتائج الاحصائية وما يتصل بها من تنبؤات بشان المستقبل وتفسيرها تمهيدا للإفادة منها .(عطية هنا . محمد هنا : 1973 : 83 .85)

وتؤكد (عسلية ، 2006) ان تشخيص التوحد وغيره من الاضطرابات من اكثر العمليات صعوبة وتعقيدا .(كوثر عسلية ، 2006 : 62)

ويضيف (العيادي ، 2006) ان التشخيص عملية اساسية لمعرفة التوحد ، وان أدوات التشخيص مازالت قاصرة وغير قادرة على التشخيص الكامل وخصوصا في المراحل الاولى لوجود اختلافات في الأعراض (العيادي ، 2006 : 45)

ومن جهه أخرى يؤكد (المهدي وآخرون ، 2012) بان تشخيص التوحد من أكثر العمليات صعوبة وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائيو التخاطب والتحاليل الطبية وغيرهم وترجع تلك الصعوبة إلى عوامل متعددة منها:

– التوحد اضطراب سلوكي يحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي والعاطفي وبالتالي تعيق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم.

– تتعدد وتتنوع أعراض التوحد وتختلف من طفل إلى أخر .

– إن أكثر العوامل المسببة للتوحد تحدث في المخ والجهاز العصبي الذي يسيطر على كافة الوظائف الجسمية والعقلية والنفسية والسلوكية للطفل .(المهدي واخرون ، 2012 : 99)

وتضيف (هناء صندقلي ، 2012) أن التشخيص يبدأ من خلال عيادة طب الأطفال واختصاصي نفسي وكذلك يحتاج الأمر إلى عيادات أخرى متخصصة لتطبيق بعض الاختبارات اللازمة للوصول إلى تقييم شامل وأيضا يحتاج الأمر إلى ملاحظة الطفل في المنزل والمدرسة خلال فترات اللعب والتي تعطي صورة عن قدرة الطفل على التواصل والتفاعل مع الآخرين ، ويرتكز التشخيص على التقييمات الآتية:

– التقييم الطبي

– التقييم السلوكي

– التقييم النفسي

– التقييم التعليمي

– التقييم التواصلي

– التقييم الوظيفي

كما بينت صندقلي بأنه يوجد عدة لوائح إحصائية سلوكية لتحديد المواصفات المتوفرة في التوحد منها :

1) تصنيف التشخيصات العقلية للأطفال والشباب في العناية الصحة الأولية.

2) تصنيف التشخيصات للصحة العقلية واضطراب النمو النمطي في مرحلتي الرضاعة والطفولة المبكرة.

3) الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية .

وترتكز هذه اللوائح ومعايير التشخيص علي محطات رئيسية هي محطات كانر التشخيصية :

– قصور في العلاقات الاجتماعية.
– قصور في التواصل .
– محدودية آفاق النشاطات والاهتمامات.

أيضا بينت صندقلي أن عملية التشخيص تحتاج وترتكز على قواعد عدة منها:

– خبرة المختصين .
– قدرة المختصين على اخذ معلومات حول هذا الموضوع من الموارد المتاحة .(هناء صندقلي ، 2012 : 84 . 86) .

ومن خلال ما سيق عرضه يتضح ان عملية التشخيص تعتبر عملية صعبة ويعود ذلك إلى أن أعراض اضطراب التوحد تتشابه مع أعراض اضطرابات أخرى ، لذلك يمكن القول بان عملية التشخيص الصحيح يعتبر امرأ على قدر كبير من الخطورة والأهمية وأنها من الركائز الأساسية التي يتم الانطلاق من خلالها لمساعدة الطفل والاهتمام به وتطوير بيئة مناسبة له .

صعوبات التشخيص:

تشير (صندقلي : 2012) الى أن الفحوصات التي أجريت على التوحديين الذين تم تشخيصهم قد بينت أنهم يدخلون في مجال التخلف العقلي وان ما يقارب 25% إلى 30% منهم قد يتطور نمط الصرع في إحدى مراحل حياتهم . (مرجع سابق : 54) .

أيضا إنكار الإعاقة قد يكون سبب تاخر التشخيص فقد نجد بعض الاباء يستغرقون فترات زمنية طويلة للتشخيص دون الوصول الى تشخيص دقيق في بعض الاحيان وهذا من شانه يؤخر من عمليات التدخل المبكر .(أسامة فاروق وآخرون ، 2012 : 114)

من خلال أراء وتأكيدات العلماء والمختصين بان هناك صعوبات عدة تعرقل عملية التشخيص منها:

– انه لا يوجد اختبار بسيط لتشخيص التوحد .
– يتم تفسير التوحد وتشخيصه عن طريق تفسير السلوك النمطي
– ضرورة معرفة الاضطرابات الأخرى وتشخيصها

البرامج الإرشادية للأطفال ذوي التوحد:

يشير (بهجت موسى ، 1996) الى وجود أساليب إرشادية تقدم للوالدين لمساعدة طفلهما الذي يعاني من التوحد والأساليب هي:

1– أساليب تعديل السلوك: من خلال هذا النوع من الأساليب تمكن الوالدين التخلص من السلوكيات السلبية منها :

– السلوك العنيف
– النشاط الزائد
– نوبات الغضب

2- أساليب تعامل مع المشاكل السلوكية : يتضمن تعديل السلوك ست خطوات للتقليل من المشاكل السلوكية وهي كالأتي :

أ- ملاحظة السلوك المطلوب التخلص منه .

ب- قياس السلوك بمعنى تحديد قدرته ومدى تكراره .

ج- التعرف على الظروف التي تؤدي إليه والنتائج التي تترتب عليه وتتبعه .

د- تغيير النتائج أو العواقب وذلك لتشجيع سلوك أخر بديل تريده .

هـ- تغيير الظروف المصاحبة لحدوثه لتقليل فرصة بدء حدوثه .

و- الاستمرار في قياس السلوك ومدى تكراره حتى يمكن معرفة مدى نجاح الذي تحقق من الجهود المبذولة لمعالجته وتعديله .(بهجت عبدالغفار موسي ، 1996 : 205) .

3- أساليب تعلم مهارات الاعتماد على النفس: قدم (عادل عبدالله ، 2003) برنامجا تدريبيا لتنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين ، وكان الهدف منه مساعدة الأطفال على تطوير طرق أكثر كفاءة وقدرة للتعبير عن احتياجاتهم وفهم ما يدور حولهم بشكل أفضل والتغلب على مشكلة اللغة المنطوقة ،وقد تم تحديد محاور البرنامج على النحو الأتي :

- العمل على زيادة الفهم وتقليل للتعبير اللفظي غير الملائم .
- التدريب على بعض المهارات الاجتماعية .
- تعديل التعبير عن المشاعر .
- تنمية مهارات الاتصال. (عادل عبد الله، 2003 :82).

كما قدم (عبد المنان معمور، 1997) برنامجا سلوكيا تدريبيا لتخفيف حدة أعراض اضطراب التوحد لدى الأطفال، وتم الاهتمام بالاضطرابات التالية (السلوك العدواني / النشاط الحركي الزائد / ضعف الانتباه / ضعف العلاقات الاجتماعية / القلق) ويتضمن البرنامج السلوكي التدريبي مجموعة من العناصر تهدف الى تخفيف حدة الاضطرابات السابقة كما يلي:

- ارتداء وخلع الملابس.
- زيادة مدة الانتباه.
- ممارسه الأنشطة الرياضية.(عبد المنان معمور، 1997 : 99).

نظرا لتعدد الأعراض لتوحد تعددت المقاييس والنماذج لتشخيص هذا الاضطراب منها :

1- مقياس تقدير التوحد الطفولي : صمم هذا المقياس بهدف التعرف على الأطفال التوحديين والتفريق بينهم وبين الأطفال من ذوي الإعاقات النمائية الأخرى وذوي التخلف العقلي .

2- قائمة ريندل شوري للتشخيص المبدئي : تستخدم هذه القائمة للتعرف مبدئيا على الأطفال التوحديين .

3- القاعدة العامة للتشخيص : تهدف لوصف أعراض التوحد المتعددة نظرا لكثرتها وتشابهها مع حالات مرضية أخرى ، لذلك تم تقسيمها إلى مجموعات كما يلي :

المجموعة الأولى: اضطراب العلاقات الاجتماعية.
المجموعة الثانية: اضطراب التواصل والتخيل .
المجموعة الثالثة: محدودية النشاط والمشاركة مع الآخرين.
4 – قائمة التصنيف الدولي للاضطراب : تمكن هذه القائمة من الكشف المبكر للتوحد .
5 – النموذج الأخير للائحة من العوارض التابعة للتوحد : في هذه اللائحة لا نفترض أن تكون الأعراض كلها مجتمعة في طفل واحد ولكن على الأقل يجب تواجد خمس أعراض من كل مجموعه مصنفة لتشخيص حالة طفل مصاب بالتوحد .(مرجع سابق : 37 40).
يتضح بعد هذا العرض ان أن الاهتمام بأسر أطفال التوحد يمثل أولوية في المسار العلاجي لاطفال التوحد ذلك أن هذه الاسر تحتاج لدعم نفسي حتى يستقر نسقها نظرا لما تعانيه من ضغوط نفسية واجتماعية وحتى اقتصادية، ولهذا من الضروري إرفاق البرنامج العلاجي الذي يخضع له الطفل ببرنامج إرشادي لأسرته حتى نستطيع تحقيق أكبر قدر من النجاح مع الحالات.

علاج التوحد

يهدف العلاج التوحد الى تعديل سلوك الأطفال المصابين به ومحاولة إكسابهم المهارات الضرورية بهدف دمجهم مع المحيط الخاص بهم وذلك من خلال تحسين تفاعلهم الاجتماعي وتنمية بنيتهم المعرفية والحد من السلوك غير السوي ، وقد تتخلل عملية العلاج لطفل التوحدي تناول بعض الأدوية النفسية التي تخفض أعراض المرض ، كما يتوجب على المعالج تقديم الإرشادات والتوجيهات النفسية اللازمة وذلك لضمان فعالية الخطة العلاجية .(جيهان ، 2008 : 53)
يوجد أكثر من 450 علاج مختلف للتوحد وفي كل عام تظهر أنواع جديدة من أساليب وطرق العلاج، وتتداخل بعض مفاهيم العلاج وتتشابك فيما بينها ، ويذكر كلا من (ميري وجونز وجوردن واسترلينج وداوسون : **1997**) ان هناك الكثير من الجدل حول كل هذه اساليب وطرق تنفيذها ومدى فعاليتها، ولقد أجريت الكثير من الدراسات حول إعداد تقارير خاصة في مجال تقويم ومقارنة الأساليب العلاجية المختلفة .(مرجع سابق : 199 .200)
من ابرز أساليب وطرق علاج التوحد المستخدمة هي :
– العلاج الدوائي :
يهدف العلاج الدوائي إلى تعديل المنظومة الكيميائية العصبية التي تؤدي بالطفل الى السلوك غير سوي مثل العدوانية وإيذاء الذات ، ويبقى اختيار نوع الدواء وكمية الجرعة هو من اختصاص طبيب الطفل مع مراعاة الآثار الجانبية لبعض الأدوية التي يمكن أن تؤثر على العملية التعليمية للطفل التوحدي .(قالي فوزية ، 2015 : 49)
– التحليل النفسي :
إن علاج الطفل التوحدي باستخدام التحليل النفسي ينقسم إلى مرحلتين أساسيتين هما :

أولا: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكثر قدر ممكن من التدعيم والإشباع وتجنب الاحباطات والثبات الانفعالي.

ثانيا : يركز المعالج على تطوير المهارات الاجتماعية . (الجلبي ، 2015 : 105)

ومن خلال هذين الخطوتين الأساسيتين يمكن للمعالج تعديل السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي وتنمية مهاراته الاجتماعية، ويتم هذا عن طريق كل من له دور في تنفيذ الخطة العلاجية خاصة الوالدين والمعلم. (نبيه ، 2009 : 101)

– العلاج السلوكي : تعد طريقة تعديل السلوك من انسب الطرق العلاجية المعتمدة على نظرية العلاج السلوكي والتي تستخدم بكثرة لعلاج الأطفال التوحديين ، وذلك لما لها من تأثير ايجابي على الوظائف اللغوية والعقلية والعاطفية إضافة إلى تشجيع الطفل على اكتساب المهارات التعليمية والاجتماعية المحيطة بهم، وقد وجد بعض الباحثين من بينهم (هولين و مور) أن البرامج السلوكية لا تؤدي دورا فعالا مع الأطفال التوحد الذين تجاوزوا السن الرابعة من عمرهم ، كما أشار (السرطاوي والصمادي، 1995) نقلا عن (الشمري، 2007) أن إجراءات تعديل السلوك التي تعتمد على مبادئ وقوانين التعلم التي يمكن أن ينقلها المحيطون بالطفل وهي تتعامل مع السلوك المستهدف من خلال زيادة السلوك إذا كان مرغوبا فيه ، أو التقليل منه إذا كان غير مرغوب .(الشمري ، 2007 :98)

– العلاج المعرفي : يرى أصحاب النظرية المعرفية أن أطفال التوحد هم انتقائيون في انتباههم وذلك راجع أصلا لخلل إدراكي لديهم فهم لا يستطيعون الاستجابة إلا لمثير واحد فقط ، يستوجب على المعالجين بدل جهود مكثفة تستهدف تحسين الفهم ، كما ألحت بعض الدراسات الأخرى على تعليم أطفال التوحد، إضافة إلى التلقين والرد على البرامج المقدمة لأجل الانتباه المشترك، مع الأخذ بعين الاعتبار ضرورة تحقيق التنمية في وقت مبكر من الانتباه المشترك والتي تؤثر على اتصال العين خلال السنة الأولى والثانية من عمر الطفل .(احمد علي ، 2014 : 34)

نستنتج مما سبق انه يوجد الأساليب العلاجية العديد بالرغم من هذا لا يوجد علاج نهائي بل مجرد طرق وأساليب مختلفة تؤدي الى تخفيف السلوكيات وتحسين المهارات التواصل لدى الطفل التوحد

النتائج:

– قلة الدورات المتخصصة لاسر اطفال التوحد لمعرفة كيفية التعامل مع اطفالهم.

– عدم توفير الرعاية الصحية والتربوية والنفسية المناسبة لأطفال التوحد

– عدم وجود كوادر مؤهلة لعلاج اطفال التوحد يتصفون بالصبر والعطاء

التوصيات :

وبذلك يكون توصل البحث من الدراسة الوصفية الى التوصيات التالية :

– ضرورة إعداد دورات متخصصة لاسر اطفال التوحد لمعرفة كيفية التعامل مع اطفالهم.

– يجب ان يكون العلاج والتدخل من خلال مجموعة من البرامج العلاجية والتأهيلية المختلفة المصممة حسب احتياج كل طفل
– يجب ان يكون العلاج مصحوب بإجراءات اجتماعية لدعم العلاج
– ضرورة توفير الرعاية الصحية والتربوية والنفسية المناسبة لأطفال التوحد
– يجب توفير كوادر مؤهلة لعلاج اطفال التوحد يتصفون بالصبر والعطاء

قائمة المصادر والمراجع :

المراجع العربية

1– أبو السعود .نادية .الطفل التوحدي في الاسرة .المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع .اسكندرية .مصر .2000 .

2– (اسامة فاروق واخرون . 2012 . التوحد (الاسباب – التشخيص – العلاج) دار المسرة للنشر والتوزيع . عمان . ط1

3–الامام .محمد وفؤاد عبدالجواده .التوحد ونظرية العقل سلسلة نظرية العقل في التربية الخاصة .دار الثقافة للنشر والتوزيع .عمان .الاردن .2010 .

4–الامام .محمد صالح .قضايا واراء في التربية الخاصة .دار الثقافة للنشر والتوزيع .عمان .الاردن .2010 .

5– الجلبي . سوسن شاكر .2015 . التوحد الطفولي اسبابه خصائصه تشخيصه علاجه . دار ومؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع. دمشق. سورية

6–الخطيب. عاكف. نموذج مقترح لتطوير برامج المقدمة لاطفال ذوي الاعاقة العقلية واضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الاردن في ضؤ المعايير العالمية. رسالة دكتوراه. غير منشورة جامعة عمان العربية. الاردن .2011 .

7– الزارع .نايف .المدخل الى اضطراب التوحد مفاهيم اساسية وطرق التدخل .دار الفكر ناشرون وموزعون .عمان .الاردن .2010 .

8– الزبيدي . محمد شكر .المدخل الى الفئات الخاصة .دار الكتب الوطنية .بنغاري .ليبيا .ط1 .2007.

9–.الزريقات . ابراهيم .التوحد الخصائص والعلاج .دار وائل للنشر .غمان .2004 .

10– الشامي . وفاء .خفايا التوحد اشكاله واسبابه وتشخيصه .ط1 .الجمعية الفيصلية الخيرية .جدة .2004.

11– الشريف .عبدالفتاح عبدالمجيد .التربية الخاصة في البيت والمدرسة .مكتبة الانجلو المصرية .القاهرة .ط1 .2007 .

12- الشمري . 2007 . تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية . رسالة ماجستير . منشورة . الجامعة الاردنية.

13- الصندقلي .هناء ابراهيم .التوحد اللغز الذي حير العلماء .دار النهضة العربية .ط1 .2012 .

14- العبادي . رائد خليل . التوحد . 2006 . الاردن . مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع .ط1

15- الغرير .احمد وبلال عون .سيكولوجية الاطفال التوحد .دار الشروق .عمان الاردن .2009 .

16- الغرير .احمد .فاعلية برامج وخدمات التعليم والتشخيص والارشاد في مؤسسات اطفال التوحد .المملكة العربية السعودية .جامعة ان القرى .الكلية الجامعية بالقنفدة.

17- الفراح .عثمان .الاعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة .المجلس العربي للطفولة والتنمية .2002 .

18- المغيري .سلمان موسى .الاضطرابات السلوكية والتوحد في ضؤ النظريات .ملخص لمقرر دراسي .2013.

19- النمر.عصام . القياس والتقويم في التربية الخاصة . 2008 . الاردن . دار اليازودي العلمية للنشر والتوزيع ط1

20- بدر .اسماعيل ابراهيم .مقدمة في التربية الخاصة .دار الزهراء .الرياض ط1 .2010 .

21- بركات .سري .الارشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة .دار الزهراء .رياض .المملكة العربية السعودية .2008 .

22- جيهان . احمد مصطفى . 2008 . التوحد . دار اخبار اليوم . ط1 . مصر

23- حسام محمد احمد علي . 2014 . فعالية برنامج معرفي الكتروني قائم على توظيف الانتباه الانتقائي في تحسين استجابات التواصل لدى اطفال التوحد . رسالة ماجستير . منشورة . جامعة جنوب الوادي .

24- زمام .عبداللطيف المهدي 2013. التوحد الذاتي عند الاطفال. دار زهران للنشر والتوزيع عمان .ط1 ..

25- عبدالمنان . ملا معمور .فاعلية برنامج تدريبي في تحقيق حدة اعراض اضطراب للاطفال التوحديين .المؤتمر الرابع لمركز الارشاد النفسي .جامعة عين شمس .ديسمبر .1997 .

26-عسلية . كوثر حسن . 2015 . التوحد. الاردن. دار صفاء للنشر والتوزيع .ط1

27- علوان .على .تقييم البرامج التربوية والعلاجية المقدمة لاطفال التوحديين في الاردن .رسالة ماجستير .غير منشورة .جامعة عمان العربية .2006 .

28- علي . محمود . الانتباه المشترك وعلاقته بالتواصل لدى الاطفال ذوي طيف التوحد ، 2022، مجلة البحوث والابتكار ، جامعة عين شمس ، العدد 6 ، الجزء 6 ، مصر

29- قالي فوزية . 2015 . تقييم الخصائص السلوكية عند الطفل التوحدي بتطبيق مقياس ST 2 CARS المعياري . رسالة ماجستير . منشورة . جامعة العربي بن مهيدي . ام البواقي . الجزائر.
30- محمد .عادل عبدالله .الاطفال التوحديين دراسات تشخيصية وبرامجية .دار الرشاد .القاهرة .مصر . 2002.
31- موسى .بهجت عبد الغفار .كيف تساعد طفلك المتوحد الاوتيتك؟ النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية .العدد 47 .السنة 13 .سبتمبر 1996 .
32- موسى .محمد سمير .طيف التوحد بين الحقيقة والغموض .دار العالم للكتب .الرياض .2002 .
33- نبيه ابراهيم اسماعيل . 2009 . اشكالية اضطرابات النفسية اضطراب التوحدي مفهومه تشخيصه علاجه وكيفية التعامل معه . مركز الاسكندرية للكتاب . مصر ط1
43- هنا .عطية محمود ، هنا . محمد سامي . علم النفس الاكلينيكي الجزء الاول التشخيص النفسي . 1973 . القاهرة . دار النهضة العربية

المراجع الاجنبية

1-Strock, M. (2004), Autism Spectrum Disorders (Pervasive Developemental Disorders,)1t ed.). U.S.A:National Institute of Mental Health.
2- Sundberg, Mark, Partington, James W. (1998) Teaching Language to children with Autism or Other Developmental Disabilites, 1941 Oak Park Boulevard, Suite 30 pleasant Hill, CA 94523.
3- American Psychiatric association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4thed. DSM-IV, Washington, D.C , Auther
4- Stilman. M,John. (2008) Aspergers Syndrome: Beverly press, New York.
5- Volkamar R, Fred (2005) The Autism Source book Diagnosis, Treatment, Caping and healing, Collins publishers bdf.
)6- Rudle . L .Sears L 2001 .Diagnostic asscssment of autistic disorder In Huebner (ed) Autism A sensormotor approach to management Maryland An Aspen Publishing Inc