

# Autism

## التوحد - الظاهرة التي حيرت العلماء

- اول مقالة عربية تربوية شاملة حول التوحد -

بقلم : المرشد التربوي والمحاضر الجامعي  
عبد الرحمن الخوجا - القدس

[www.matcom.net/samah](http://www.matcom.net/samah)

[khouja7@hotmail.com](mailto:khouja7@hotmail.com)

### مقدمة :

يعتبر موضوع التوحد من المواضيع حديثة الطرح، حيث زيادة الانتشار الملفت للنظر، وغموض الأسباب المرتبطة بالتوحد، فما زال العلماء مختلفين فيما اذا كان التوحد هو حالة أم مرض؟ لذا جاء المقال ليعتبر وليجيب عن الأسئلة المرتبطة بالظاهرة التي حيرت العلماء، وعلى أمل أن ينفع العاملين في ميدان التعليم والإرشاد، ويسد فجوة بسبب قلة المصادر العربية والمعلومات والإحصائيات.

يتناول المقال تعريفات التوحد المتنوعة، ونسبة الانتشار، وأنواع التوحد والأسباب المرتبطة بالتوحد، والأعراض التي تساعد على تشخيص التوحد حتى عمر ثلاث سنوات، وخصائص ومميزات الأطفال المتوحدين والتي من الممكن ان تساهم في التقليل من زيادة وحدة الانتشار، ومعايير ومؤشرات التوحد ما بعد الجيل المبكر، وي طرح المقال طرق العلاج المتنوعة، مما يساعد المعلم للوصول الى بناء برامج تربوية ناجعة وفعالة عند التعامل مع

حالة التوحد، وسبل التواصل مع الأهل، ويزيد الطرح التربوي من إمكانية طرح طرق الوقاية من خلال سؤالنا وبحثنا الحثيث عن الأسباب الحقيقية وراء زيادة الانتشار وكيفية التقليل او الحد من هذه الزيادة؟، وهل يوجد نشر وأبحاث كافية حول التوحد؟ ما هي الطرق والأساليب التربوية المناسبة للعمل مع التوحد؟ كيف يمكننا تطوير قدرات الطفل المتوحد؟ ما هي المقاييس والخصائص المميزة للتوحد؟.

أتمنى أن يساعد المقال في الإجابة على هذا الطرح من الأسئلة وغيرها، مما يساهم في زيادة الوعي التربوي والأكاديمي حول ظاهرة غريبة، تتوسع في الانتشار وتمتد في العالم بشكل ملفت للنظر .

## ما هو الأوتيزم - التوحد ؟

يسمى باضطراب الطيف التوحدي " Autism Spectrum Disorders " ويسمى بلاضطرابات النمائية الشاملة " Pervasive Developmental " ويسمى بالاجترارية، ويسمى بالذاتوية، ومتلازمة كانر " نسبة للعالم كانر لمن أطلق مصطلح مفهوم التوحد " ويسمى بالتوحد وهو المصطلح المأخوذ من اللغة الاغريقية، حيث تنقسم الكلمة هذه إلى شقين autos بمعنى النفس و ism بمعنى الحالة غير السوية وهذا يعني أن المصابين بحالة التوحد يحملون نفسا غير سوية وغير مستقرة (سليمان، 2003، عادل، 2007). والتوحد حالة حادة من الانطواء الاجتماعي والانفعالي والاتصالي وعجز في الاتصال بالآخرين وحتى بأهلهم، وهذه الحالة من الأولاد تعيش ضمن عالم خاص بها يعزلها عن بقية العالم الخارجي، فهو وان لم يكن أصم لا يسمع، إلا انه نادرا ما يتكلم، وإذا تكلم، يصدر منه القليل جدا من كلمات مكررة.

وقد ورد تعريف دينيس Dennis عند محمد (2003)، بأنه السلوك الصادر عن الطفل والمتمحور في ثلاثة اضطرابات سلوكية، اضطراب في التفاعل الاجتماعي، واضطراب في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل، وانغلاق على الذات وضعف في الانتباه المتواصل للأحداث والموضوعات الخارجية .

ويعرف التوحد بأنه إعاقة نمائية تظهر عادة في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وهي نتيجة لاضطرابات عصبية تؤثر سلباً على عمل الدماغ (القاسم وآخرون، 2000)، ويعتبر "شبلي"، وهو مدرب ميداني لأطفال التوحد بالكويت (2001)، إن التوحد هو نوع من الإعاقات التطورية سببها خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي - المخ - يتميز في توقف أو قصور في نمو الإدراك الحسي واللغوي وبالتالي القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والتفاعل الاجتماعي، بحيث يصاحب هذه الأعراض، نزعة انطوائية تعزل الطفل عن وسطه المحيط، بحيث يعيش مغلقاً على نفسه، لا يكاد يحس بما حوله وما يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر، ويصاحبه أيضاً اندماج في حركات نمطية أو ثورات غضب كرد فعل لأي تغير في الروتين .

وإنني اعرف التوحد على اعتباره اضطراب انفعالي سلوكي، يؤثر على السلوك التكيفي للإنسان، والمحيط الاجتماعي مما يعيق الاتصال والتواصل مع الآخرين، ويؤثر سلباً على اللغة وخمول النشاط وتبليد الإحساس والمشاعر، ويرافقها حركات منوالية، عصابية بشكل ملفت للنظر، مرتبطة بخلل ومشاكل في الجهاز العصبي المركزي .

ويعرف التوحد كما جاء عند (DSM- IV) الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية - الرابع - هو عبارة عن خلل عقلي واضطراب في النمو، لمدى الحياة، حيث يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل، وينتشر أكثر عند الذكور بنسبة 4-1 عن مثيلتها عند الإناث، ويوجد التوحد في جميع أنحاء العالم ومع مختلف العرقيات والخلفيات الاجتماعية .

يعتبر العالم الأمريكي "ليو كانر " Kenner " عام 1943 أول من شخص وأطلق مفهوم التوحد على هؤلاء الأطفال، حيث اعتبر التوحد بأنه السلوكيات التي تشتمل على عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين، وتأخر في اكتساب الكلام مع وجود ذاكرة حرفية " تكرار " ونشاطات اللعب النمطية، وضعف التحليل (الزريقات، 2004). وبعد مرحلة الاكتشاف وتحديد خصائص التوحد، فكان التركيز للعمل في الخمسينات والستينات بالسؤال عن كيفية إدراك التوحد وكيفية مقارنته عن غيره من الاضطرابات، حتى توصل غالبية العلماء المشخصين للتوحد، بأنه عبارة عن فشل في تطوير علاقات اجتماعية و اضطراب لغوي ولعب تكراري ونمطي، ولوحظ الضعف في المهارات اللفظية، وفي السبعينات وبداية الثمانينات، ساعدت البحوث على تطوير مناهج وأدوات للنقييم، مثل المقابلة التشخيصية للتوحد، والتعرف على مدى أنواع ومستويات الصعوبة في التوحد، فتميز التوحد عن غيره في الاضطرابات (عكاوي، 1996؛ عبد الله، 2001).

وفي عقد الثمانينات، تبين بأن الطفل المتوحد لديه قصور في القدرات الاجتماعية، والنفسية. وتم التركيز على الإهتمام على إدراك الأداء والمشاعر، وأن المشكلة هي الفشل في تطوير

علاقات اجتماعية، ومهارات تواصلية وفقدان الإحساس بالهوية، وفي بداية التسعينات ظهرت دراسات تؤكد دور العوامل الجينية بمعنى أن الاستعداد الوراثي والأمراض العضوية التي تستمر فترة طويلة بين أعضاء الأسرة تسبب لديهم بعض الجينات المؤدية إلى التوحد (سليمان، 2001)، وفي أواخر التسعينات شهدت تطوراً للناتج الجينية فأظهرت اهتماماً بالتشابهات بين التوحد والأنماط السلوكية للأطفال الذين يعانون من حرمان، وامتازت المرحلة بتغيرات كبيرة في الأساليب العلاجية، كما توجه الاهتمام نحو أساليب مساعدة في إحداث تغيرات إيجابية مثل الحديث عن أدوية، وهذا ما يتم الحديث عنه بكثرة في الأعوام 2005-2008، تركيز على العلاج من خلال الأدوية والعمليات الجراحية، مع الاهتمام الواضح بالطرق العلاجية من خلال البرامج والأنشطة الحياتية، وطرق التدخل الفعالة للتقليل من أعراض التوحد (حكيم، 2008؛ الزريقات، 2004).

### نسبة الانتشار :

تشير بعض الدراسات إلى ما نسبته 116 من بين 10000 طفل (Clare, 2007)، ونسب أخرى سجلت هي 75 حالة من بين 10000 شخص، (Myers, 2007؛ حكيم، 2008). وتقدر نسبة الانتشار حسب إحصائية (DSM- IV) عام 1994، 15 طفل من كل 10000 حالة ولادة، وفي المقابل تشير إحصائية مذهلة حول ارتفاع وتيرة التوحد في مدينة كاليفورنيا الأمريكية في العام 2002م بزيادة قدرها 97% (WHO IV, White, 2006)، وحسب إحصائية حديثة نشرت عن المركز الأمريكي للتحكم والوقاية من الأمراض (CDC)، شباط 2007 فقد حددت نسبة انتشار التوحد 1 من كل 150 طفل يولد في الولايات المتحدة الأمريكية، وما تزال الإحصائيات تتوالى، وهذا يدل على مؤشر ارتفاع يندر بالخطر.

ومن الجدير بالذكر أن التوحد مصحوباً بتأخر عقلي شديد، فهناك تقديرات تبين ما نسبته 70% من الحالات يرتبط بالإعاقة العقلية (Roberts, 2004) وهناك تقديرات تشير بأن 77% من الأشخاص يعانون من إعاقة عقلية تتفاوت درجاتها من خفيف إلى شديد، أما الباقي من النسبة المئوية أي 23% فينتمون إلى فئة " التوحديين ذوي الأداء العالي والمتوسط، وتؤثر الإصابة بالتأخر الذهني على الأشخاص التوحديين من ناحية مدى تقدمهم واستقلاليتهم، وقدرتهم الإدراكية بحيث تتضاءل قدرتهم على التعلم والتدريب، فكلما ازدادت شدة الإعاقة العقلية لديهم، انخفضت بالتالي فرص الاعتماد على النفس (الشامي، 2004) وتطلب الأمر بناء البرامج التربوية الفردية لهم ومتابعة بحثية للجوانب الإحصائية، مع ملاحظة إن هذه الإحصائيات تأتي من الغرب فقط، وللأسف لا يوجد لدينا في الوطن العربي إحصائيات رسمية ولا يوجد متابعة

ونشر لمفهوم وانتشار التوحد، وحتى لو كان الطرح حديثاً فباعتبارنا أننا نسير إلى جانب العالم المتحضر لا خلفه بسنوات حضارية، وهذا يلزمنا العمل الجاد والسير نحو بناء مؤسسات وجمعيات لرعاية وتطوير قدرات التوحدين، والاهتمام بهم وبحاجاتهم النفسية والشخصية والحياتية.

## هل التوحد حالة أم مرض ؟

ينضم هذا السؤال إلى جانب الاختلاف القائم بين العلماء والباحثين، ومع زيادة نسبة التوحد الملفتة للنظر فإنني اعتبر أن التوحد هو حالة وليس مرض معدياً مرتبطاً بفيروس أو التهابات، كما أنه ليس هناك فحوصات وأدوات طبية معينة لتشخيص هذا الاضطراب، بل إن تشخيصه الدقيق يعتمد على الملاحظة والمشاهدة للسلوكيات الصادرة من المتوحد، سواء من قبل الأهل أو الأخصائيين النفسيين أو التربويين وكذلك فإن المرض يمكن الشفاء منه في حال زوال أعراضه وألمه، أما التوحد فلا يوجد له ألم، وإنما يوجد له أعراض يمكننا أن نقلل منها، ولا يمكننا إزالتها (مصطفى، 2008)، ولا توجد دلالات بيولوجية تظهر على جميع المصابين بالتوحد، فإنه بالتالي لا يوجد فحص طبي لتشخيص التوحد. بل إن المعايير لتشخيص التوحد تعتمد على الجانب السلوكي فقط، وبالتالي يتم تشخيص الأفراد الذين يعانون من التوحد عندما تظهر عليهم سلوكيات مطابقة لمعايير تشخيص التوحد. أي إذا كان الطفل يعاني تأخرًا شديدًا في اكتساب مهارة الكلام وقصورًا اجتماعيًا ملحوظًا ويفتقد القدرة على التخيل واللعب التمثيلي، شُخصت حالته بالتوحد (الشامي، 2004). وفي المقابل وجود ما نسبته 77% تقريبًا من حالات التوحد لديهم إعاقة عقلية، يعزز اعتبار التوحد، حالة مع اضطراب والإعاقة العقلية هي حالة اضطراب في الأداء الوظيفي للدماغ، وهذا أيضا يدعم القول أن التوحد هو حالة وليس مرض.

## انواع التوحد " اضطراب ذو نطاق واسع " :

يشتمل التوحد على خمسة أنواع متعددة من الاضطراب سوف يتم التطرق إليها مع الشرح حول كل نوع وذلك للتسهيل على القارئ كي يضطلع على الخصائص النمائية والاعراض المرافقة لكل نوع ، وقد لا نجد هذا التصنيف في جميع المراجع العلمية ، ولكن للتسهيل وللفادة العلمية والتربوية يتم طرح هذا التقسيم لأنواع التوحد ، وفقا لما ورد عند عده مصادر وتحديدا

عند (Autism Society of North Carolina. (1998):

- 1- اضطراب التوحد.
- 2- متلازمة أسبرجر.
- 3- متلازمة ريت.

4- اضطراب الانتكاس الطفولي.

5- الاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد.

1- اضطراب التوحد Autistic Disorder :

حيث يظهر التوحد في جميع أنحاء العالم، وبمختلف الجنسيات والطبقات الاجتماعية لكن التوحد يظهر في الغالب شديداً لدى الإناث، ويكون مصحوباً بتأخر عقلي شديد . ويظهر التوحد بوضوح، عادةً قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره، وفي 70-80% من المصابين به يظهر خلال السنة الأولى. أما الباقي منهم فينمون بصورة طبيعية، أو شبه طبيعية ثم يتراجعون بين سن الثانية والثالثة، ويفقدون بعض المهارات التي اكتسبوها، مثل: استخدامهم لبعض الكلمات واهتماماتهم الاجتماعية ويبدو على الطفل هنا تكرار الأفعال أو القيام بأعمال نمطية كسلوك هز الجسم أو التلويح بالذراعين.

وفي بعض الأحيان يقوم بشد أو لطم الوجه أو بتوجيه عدوانه نحو الآخرين من عض أو رفس أو خريشة .. الخ ، وعادة ما يكون الأهل عاجزين أمام هذه الأنماط السلوكية والتعامل معها. أما موضوع الكلام فيتمثل ذلك بإعادة السؤال الذي طرح عليه أو تكرار كلمة سمعها في الصباح أو من شخص آخر أو بإعادة الإعلانات التي سمعها في التلفاز. يفتقر المتوحد في الغالب، إلى القيام بمهارات العناية بالذات، أو ارتداء الملابس أو إطعام نفسه مقارنة مع الأطفال من نفس الفئة العمرية التي ينتمي لها، ولكن من فئة العاديين. إن النتائج المتوقعة للمصابين باضطراب التوحد، تظهر سمات التوحد على الطفل في أشدها بين عمر الثالثة والسادسة، وتعد هذه المرحلة من أصعب الفترات التي يمر بها أهل الأطفال التوحديين. وعندما يبلغ الطفل التوحدي السن الواقع بين 6 و 12 سنة تخف شدة الأعراض السلوكية ( عادل، 2007) .

2 - متلازمة أسبرجر Asperger Syndrome :

يتفقد المتوحد القدرة على تنظيم التفاعل الاجتماعي، سلوكه نمطي متكرر، اهتماماته محدودة تماماً، تشترك متلازمة أسبرجر في العديد من أعراض التوحد ولكنها تظهر أقل شدة . كليهما يشتركان في وجود عجز شديد في التواصل الاجتماعي والقيام بأعمال نمطية متكررة وروتينية إلى جانب فقدان القدرة على التخيل، إلا أن المصابين بمتلازمة أسبرجر يتمتعون بدرجة ذكاء طبيعية ولا يواجهون تأخراً في اكتساب القدرة على الكلام من حيث المفردات والقواعد أو في مقدرتهم على الاعتماد على أنفسهم.

تعد متلازمة أسبرجر أكثر شيوعاً من اضطراب التوحد، وتحدث لـ 26 - 36 من كل 10.000 مولود وهي مشابهة لاضطراب التوحد من حيث شيوعها بين الذكور أكثر من شيوعها بين الإناث

بنسبة 4 : 1 .

### أعراض متلازمة أسبرجر

لا يلاحظ الأهل وجود سلوكيات تدعو إلى القلق على طفلهم، في السنوات الثلاث الأولى من عمره! نظراً لارتفاع مستوى مهاراته الإدراكية وعدم تأخره في اكتساب اللغة، واهتمامه بالبيئة المحيطة به، إلا أنه عند دخول الطفل الحضانة أو عند اختلاطه بمن هم في عمره!! تظهر الفروق جلية ولاسيما على الصعيد الاجتماعي ومن أعراض متلازمة أسبرجر:

- قصور في الاستخدام العملي والاجتماعي للغة.

- صعوبات على صعيد العلاقات الاجتماعية .

- اهتمامات خاصة كالالتزام بالعمل الروتيني .

- صعوبات في المهارات الحركية.

ومن النتائج المتوقعة للمصابين بمتلازمة أسبرجر، حيث لا يعانون تأخراً عقلياً أو لغوياً ، يستطيعون إكمال دراستهم الثانوية وحتى الجامعية ويستطيعون أيضاً ممارسة وظائف عملية إذا ما تلقوا التدخل اللازم والرعاية المناسب، إلا أن ما يواجههم هو صعوبة في التفاعل الاجتماعي، والذي يمثل عجزاً دائماً لديهم فيشار إليهم بصورة عامة كأشخاص " غريبين " (who,1992)؛ عادل، (2007).

### 3- متلازمة ريت Rett Syndrome :

متلازمة ريت هي اضطراب عصبي، لا يظهر إلا على الإناث، يتميز بنقص حاد في النمو والنطق، وفقدان المهارات في الحركة، واستخدام الأيدي، مع تباطؤ في نمو الرأس، ويبدأ بالظهور ما بين سبعة أشهر حتى 24 شهراً من العمر، وهو من الاضطرابات النادرة ويصيب مولوداً واحداً من كل 15.000 مولود، وبعد هذه المرحلة التي يبدو عليها الاختلاف تماماً وتبدأ حالتها في التدهور أو أنها تتوقف عن الاستمرار في التطور (who,1992)؛ عادل، (2007). وهناك أربعة مراحل تمر بها الطفلة المصابة بمتلازمة ريت ولكل مرحلة سمات مختلفة وهي:

#### المرحلة الأولى من 6 - 18 شهراً:

تكون صعوبات هذه المرحلة بسيطة وقد لا يلاحظها والدا الطفلة. يقل الالتقاء البصري لدى الطفلة خلالها ويقل اهتمامها بالألعاب وبالمحيطين بها بشكل عام. وقد تعتمد الطفلة إلى جعل اليدين متشابكتين أو لفهما مع إغلاق القبضة وغالباً ما تتأثر الحركات الكبيرة ( أي حركات الأرجل واليدين ) خلال هذه الفترة.

#### المرحلة الثانية من 1 - 4 سنوات:

يصادف الطفلة خلال هذه المرحلة عدة صعوبات، من أهمها التدهور السريع في القدرات

الإدراكية فتنخفض نسبة الذكاء لديها إلى مستوى التأخر العقلي الشديد.

كما تصبح المهارات الاجتماعية غير طبيعية، وقد تفقد الطفلة القدرة على الكلام الذي سبق اكتسابه، وتتنشأ لدى العديد منهن حركات متكررة الشكل وسلوكيات غريبة، ولا سيما في استخدامهن لأيديهن، حيث يكررن وضع أيدهن في أفواههن أو يقمن بغسلهن أو التصفيق بهن بالإضافة لذلك تصبح حركاتهن مصحوبة برجفة.

وأخيراً قد يلاحظ لديهن صرير الأسنان وصعوبات في التنفس والنوم .

#### المرحلة الثالثة من 2 - 10 سنوات:

تستمر معاناة الطفلة خلال هذه المرحلة، بسبب مصاعب في المهارات الحركية بالإضافة إلى احتمال ظهور نوبات الصرع لدى نسبة تقارب 80 % من الإناث إلا أنهن، يتحسن لديهن الانتباه والتواصل والتفاعل الاجتماعية.

#### المرحلة الرابعة من 10 سنوات فما فوق:

يستمر تحسن القدرة على التفاعل الاجتماعي والتركيز على الانتباه خلال هذه المرحلة وتزداد السيطرة على نوبات الصرع، إلا أن المهارات الحركية تتدهور وغالباً ما تفقد الطفلة القدرة على التنقل وقد تحتاج إلى كرسي متحرك، يتقوس العمود الفقري لدى الكثير من الإناث وهو ما يسمى بـ " الجنف "، وهو ميلان جانبي في العمود الفقري أو قد يصبح لديهن حذب (عادل ، 2007).

#### 4- اضطراب الانتكاس الطفولي Childhood Disintegrative Disorder : CDD

يعد اضطراب الانتكاس الطفولي لدى الأطفال من أندر الحالات، فهو يحدث لمولود من كل 10.000 مولود . وهو يشبه اضطراب الأسبرجر والتوحد من حيث أنه يصيب الذكور أكثر مما يصيب الإناث.

ومن أعراضه، تكرار سلوكيات نمطية، الابتعاد عن التفاعل الاجتماعي ينمو الطفل المصاب باضطراب الانتكاس الطفولي بشكل طبيعي لفترة زمنية طويلة، ذلك من حيث نمو القدرات الإدراكية ونمو المهارات الحركية والاجتماعية لديه، وقدرته على قضاء حاجاته الخاصة إلى أن يصل الطفل إلى العمر الواقع بين ( 3 و 5 سنوات ) وأحياناً إلى أن يبلغ العاشرة، يبدأ بعدها الطفل في التدهور بشكل ملحوظ، ويأخذ سلوكه مظهراً شبيهاً بسلوك الطفل التوحدي، وقد تتدهور حالته خلال أشهر أو حتى بضعة أسابيع، ويفقد الطفل خلال هذه المرحلة مهارات سبق له اكتسابها مثل الكلام والمهارات الاجتماعية، بل يفقد السيطرة على التبول والتبرز، وقد يصاب الطفل كذلك بالبكم، ويفقد الرغبة في اللعب، وتتنشأ لديه بعض الحركات المتكررة بانتظام، على غرار ما يحدث للأطفال التوحديين .

وهكذا خلال فترة زمنية لا تتجاوز بضعة أسابيع، أو أشهر قليلة قد يتحول الطفل من طبيعي إلى

طفل لا يتكلم، ولا يهتم بأي تفاعل عاطفي من حوله.  
مما يؤسف له، أنه في معظم الحالات، أي في نحو 75 % منها لا يسترجع الطفل المهارات التي فقدها، أما النسبية الباقية فما يطرأ عليها من تحسن يعد ضئيلاً وجزئياً. وفي بعض الحالات، يمكن ان يظهر الاضطراب، بسبب التهابات الدماغ، وبالرغم من ذلك، يجب ان يركز التشخيص أكثر على السمات السلوكية (who,1992؛ عادل، 2007).

#### 5- الاضطراب أنمائي الشامل - غير المحدد

Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified : PDD – NOS

يعرف الاضطراب أنمائي الشامل - غير المحدد بالتوحد غير النمطي وهو يمثل عادة الاضطراب الأكثر تشخيصاً بين الاضطرابات النمائية الشاملة.

ونظراً لغموض وصعوبة هذا التشخيص، لم تتمكن الدراسات العديدة السائدة من توفير معلومات ثابتة محددة عن مدى انتشار هذا الاضطراب. يتم تشخيص هذا الاضطراب عند وجود بعض ملامح التوحد في الفرد، وليس جميع معايير التشخيص بالتوحد، وبالرغم مما يواجهه المصابون بالاضطراب النمائي الشامل-

غير المحدد من صعوبات على صعيد التفاعل الاجتماعي، واللغوي والتواصل غير اللفظي واللعب، إلا أنها أعراض أقل شدة من أعراض التوحد، وتظل لديهم قدرة على التفاعل الاجتماعي بدرجة تحول دون تشخيصهم بالتوحد (who,1992؛ عادل ، 2007).

## الأسباب لظهور التوحد :

فيما مضى كان الاعتقاد السائد، أن سبب التوحد هو الصدمة النفسية، أو ما يسمى بلتهيار العلاقة ما بين الأم وطفلها، بسبب فشل الأم في تزويد طفلها بالحب والحنان، إلا أن البحث العلمي أثبت أن هذه الفرضية خاطئة ولا أساس لها من الصحة (الياس، 1989؛ عكاوي، 1996؛ مصطفى، 2008).

من الملفت للنظر في البحث عن أسباب التوحد، ضعف وقلة الطرح التربوي والنفسى والاجتماعي والطبي حتى أن البحوث العلمية والتربوية التي أجريت حول التوحد لم تتوصل حتى اليوم إلى نتيجة حول السبب المباشر للتوحد، فتشير بعض الأبحاث إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، ويعتقد البعض أن السبب الحقيقي هو تلوث بيئي سواء من الجو أو الماء أو الطعام، أي مواد مصدرها البيئة التي تؤثر وتصيب الدماغ أثناء الحمل، وما بعد الولادة، وأحيانا تذهب التفسيرات إلى الإعراض المصاحبة للتوحد فقط.

ورد في كتاب الأطفال التوحديين ل جوردن؛ بيول (2007)، إن من أسباب التوحد اضطراب وفشل في التكامل، وتطور الذات، لذا علينا أن نهتم بتفسير مصدر الصعوبة في التوحد في ضوء فهمنا للإدراك الحسي للمتوحد، فطبيعة مشكلة التوحد تتوافق مع الاهتمام بالفهم الاجتماعي لهؤلاء الأطفال، فهم يتصرفون بطريقة غير متوقعة داخل سياق اجتماعي يربكهم ويجعلهم متعبين ومجهدين، فعلى أن نستخدم طرقا لتفسير الصعوبات الاجتماعية في التوحد تزودنا بتوقعات أكثر عن أنواع صعوبات الاتصال وتفسير تصلب سلوك أصحاب التوحد وتفكيرهم.

يعتبر "جيلسون" Gillson كما ورد عند محمد، (2003) أن أسباب ظهور التوحد هو أسباب بيوكيميائية، تتمثل في اضطراب في بعض الإفرازات المخية يؤثر على الأداء الوظيفي للمخ. كما وأن التفاعلات الكيميائية المخية الشاذة تؤدي إلى فشل فطري في إنتاج الإنزيمات، كما أن وجود عطل أو أمراض معينة عند الأم تؤدي إلى إحداث تلف أثناء نمو الجنين أو أثناء الولادة ( جورن، 2007). وهناك اعتقادا بأن خلا وظائفها في الجهاز العصبي المركزي من عوامل غير معروفة هو سبب الاضطراب، ويرى جردن وبيول (2007) إن من أسباب التوحد الاعتبار النحوي وخاصة تلك المرتبطة بالشلل المخي، حيث العديد من الأسباب التي تؤدي إلى خلل وظيفي في المخ، فالعوامل المرتبطة بالجينات تلعب دورا هاما في هذا الأمر ولكنها لا تملك الإجابة أو المسؤولية الكاملة وبين هذا وذاك لا يزال السبب الرئيسي غير واضح، وما زالت الزيادة تهدد من لا ينتظر!.

## الأعراض التي تساعد على تشخيص التوحد:

يلاحظ على حالة الأوتيزم - التوحد، أعراض واضحة تتمثل في التأخر والقصور في اللغة واللعب والاتصال والتفاعل الاجتماعي (حكيم، 2008).  
ويبين هذا الجدول عرض لبعض الأعراض للكشف عن التوحد لطفل عمرة الزمني أقل من ثلاث سنوات، شكّل رقم - 1 - بتصريف

الرقم	السلوك	نعم	لا	أحيانا	ملاحظات
1	هل يستجيب لاسمه عند مناداته				
2	هل يحرص على التواصل البصري " عين - عين "				
3	هل يحب الطفل العناق				
4	هل يحب الجلوس بالحضن				
5	هل يهتم بالأطفال من نفس عمره				
6	هل يحب المرح				
7	هل الطفل قليل البكاء				
8	هل الطفل سريع الغضب				
9	هل الطفل سريع الانفعال بشكل كبير				
10	هل يميل إلى ظواهر العناد كعدم تلبية النداء				
11	هل يؤشر إلى شيء يريده أو يهمله مثل: لعبة معينة .				
12	هل يلعب بالعباب الصغيرة مثل: سيارة رميها .				
13	هل يحرص الطفل بالعب بعجلة السيارة بشكل ملفت للنظر				
14	هل يظهر حساسية بالغة من بعض المثيرات مثل أصوات معينة (كأن يضع أصابعه بأذنه حتى لا يسمعها )				
15	هل يتفاعل من خلال الابتسامة أو الضحك				
16	هل يفضل العزلة والوحدة				
17	هل إذا أشرت إلى لعبة أو شيء في الغرفة هل ينظر إليها أيضا ويركز عليها .				

				هل يحاول جلب الانتباه لبعض نشاطاته	18
				هل يطلب التعزيز على مهارة حققها - أي هل تعبيراته الفسيولوجية تنتظر الدعم المعنوي أو المادي -	19
				هل يتفحص تعابير وجهك ان تمت مواجهته بشيء عمله أو اخطأ به	20
				هل يحب الارتباط بلعبة معينة أو شيء معين .	21
				هل يميل الى النظر الى شيء في الغرفة أو لعبة لفترة طويلة	22
				هل يتصرف وكأنه أصم أو أكم	23
				هل يكون احيانا شارد الذهن	24
				هل يتجول احيانا دون هدف	25
				هل يهز جسده أو رأسه كثيرا	26
				هل يمانع تغيير وضع العابه أو اغراضه في غرفته	27
				هل يميل الى ترداد ما تقولينه " جملة معينة " له بشكل ملفت للنظر .	28
				هل يظهر عليه علامات المتعة في اللعب مع إخوته أو الآخرين .	29
				هل يستعمل كلمات مفهومة وذات معنى	30
				هل لديه مبالاة تجاه ما يجري حوله .	31
				هل يفعل عند ذهاب امه أو عند عودتها	32
<p>لا يعني موافقة الطفل لواحدة أو أكثر من هذه النقاط ، وجود حالة توحد لدينا فما هذا الجدول إلا نموذج لمساعدتنا في الكشف المبكر لحالات التوحد، والتشخيص السليم يكون من خلال طاقم طبي - تربوي - نفسي، متعدد التخصصات، والإجابات بحاجة إلى فهم وتحليل ودراسة.</p>					<p><b>ملاحظة هامة جدا</b></p>

شكل رقم - 1 -

**خصائص ومميزات الأطفال المتوحدين :**

من السهولة أن نرصد الخصائص السلوكية والإنمائية للتوحد، ولكن من الصعوبة أن نشخص الحالة من المشاهدة الأولية أو من خلال تصرف ما أو من خلال عدم تواصل بصري فقط، فمن خلال تبيان الخصائص المتعددة للتوحد يمكننا رصدها وتحديدها وتصنيفها ومن ثم العمل على طرق المساعدة التربوية وتقديم الدعم النفسي، والإرشاد السلوكي للحالة أو الأسرة أيضاً، ومن أهم هذه الخصائص، وبشكل عام:

\* ضعف النمو اللغوي وتشتت في الكلام والافتقار إلى الكلام ذي الواضح مع اضطراب في مضمون الكلام، وترديد لبعض الجمل التي يسمعها بطريقة ملفته للنظر.

\* يميلون إلى عدم استعمال الإشارات غير اللفظية مثل الابتسام والتواصل الجسدي كالعناق والاحتضان ويفتقدون إلى تواصل عين - عين.

\* اللعب غير السوي مع الإصرار على الطقوس والروتين مثل هز الرأس، رفرقة اليدين والأصابع ووجود الكثير من الحركات الآلية غير الهادفة والردود العنيفة إزاء أي تغيير.

\* عادات سلوكية ذات طابع روتيني ممل.

\* لديهم أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة مصحوبة في الأكثر مع بنسبة ذكاء منخفضة .

\* يظهر عليهم غياب للعلاقات الاجتماعية والاتصال والمحادثة واستجابة بطريقة غير مناسبة مع البيئة المحيطة.

\* يظهر عليهم تبدل المشاعر تجاه الألم والخطر.

\* يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين.

\* لديهم مشكلات في الرؤية للعالم من حولهم ومشكلات تعلمهم من خبراتهم، ومشكلة في التخيل والتذكر.

\* لديهم خاصية إيذاء الذات، والانشغال بسلوكيات مؤذية لأنفسهم، مثل ضرب الرأس، العض،

حك الجلد " أحيانا "، مما يؤدي إلى صعوبات اجتماعية والذي يتطلب علاجاً من خلال إجراءات تعديل السلوك.

\* لديهم عيوب في الاستجابات للإثارة الحسية.

\* ليس لديهم القدرة على توليد استجابات وأفكار، واضطراب في تنظيم الأفكار وتنفيذ الأفعال

\* لديهم خوف مفاجئ دون سبب وعادات نوم سيئة فقد يستيقظ في الليل أكثر من مرة وقد يبلى على نفسه.

\* لا يوجد مودة وصدقة ولعب مع الأبوبين والعائلة والأصدقاء، ويفتقدون إلى انفعالات العطف.

\* يفقدون إلى اللعب التخيلي واللعب الابتكاري ولا يقلدون الآخرين.

\* لديهم فشل في استعمال الضمائر ،أنا،هو،والإجابات بنعم،يكرهون الغرياء والازدحام، ولديهم سلوك الجفل من الأصوات الع الية كنباح الكلب وضجيج الشوارع .(كامل،2003؛عبد الرحمن،2005؛الشامي،2004؛الزراع،2004، Catherine,2006).

### معايير ومؤشرات التوحد ما بعد الجيل المبكر حسب DSM4

من خلال الرجوع إلى هذه النقاط الهامة،والتي تساهم في معرفة معايير ومؤشرات التوحد وتساهم بشكل منظم في المساعدة والعلاج التربوي من خلال الوقوف على السمات والأعراض الواضحة والدقيقة للتوحد:

1. قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي يتمثل على الأقل في اثنين من العناصر التالية :

- قصور واضح في استخدام عدد من السلوكيات غير اللفظية مثل : التواصل البصري وتعبيرات الوجه ووضع الجسد والإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي.
- فشل في تكوين علاقات صداقة مع الأنداد والأصحاب تتناسب مع المستوى التطوري لعمره الزمني.
- فقدان المقدرة في مشاركة الآخرين الاهتمامات أو الإنجازات ، مما يتمثل في عدم إظهاره لأشياء تهمة أو الإشارة إليها.
- فقدان المقدرة على التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

2. قصور نوعي في التواصل،يتمثل على الأقل في أحد العناصر التالية:

- تأخر في تطور الكلام أو فقدانه كلياً مع عدم وجود دلالة على محاولة التعويض عن هذا العجز بأي وسيلة أخرى غير لفظية مثل التواصل بالإيماء أو الإشارة .
- بالنسبة للفئة التي تتمتع بقدرة على الكلام يظهر لديها عجز واضح في القدرة على المبادرة إلى الحديث أو على الاستمرار في تبادل حديث مع الغير.
- استخدام متكرر للغة وطريقة خاصة في استخدامها.
- فقدان القدرة على ممارسة اللعب التمثيلي والتلقائي والمتنوع.

3. سلوك نمطي ومتكرر ومحدودية من الاهتمامات والنشاطات،مما يتمثل على الأقل في أحد العناصر التالية:

- إنشغال متواصل باهتمام نمطي واحد أو أكثر غير طبيعي، من حيث شدته أو تكراره أو مدى التركيز عليه.
- تعلق غير طبيعي ببعض العادات أو الأمور الروتينية التي لا معنى لها .
- حركات جسدية نمطية ومتكررة مثل رفرفة الأصابع أو لي اليدين أو حركات جسدية م عقدة .
- الإنشغال المفرط بأجزاء الأشياء.

4. تأخر أو سلوك غير طبيعي في أحد الجوانب التالية :

- أ - التفاعل الاجتماعي .
- ب - اللعب الرمزي أو التخيلي.
- ج - استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي.

#### طرق علاج التوحد:

لا بد من علاج فعال، أو استخدام أسلوب تربوي للرعاية والاهتمام، فلكل مشكلة حل، ولكل مسبب سبب وعلاج، فمشكلتنا المرئية تتمحور في الاتصال كما يتبين لنا، ولكننا يجب أن نؤمن ان الطفل التوحدي، يشعر بنا ويشعر بما حوله، ويحس ويتألم ويفرح ويحزن، ولكن على طريقته الخاصة، ولأسباب غير واضحة ومبهمة لنا، يقرر أن يختار سلوك الانطواء وعدم الاتصال معنا، فنشعر بفقرنا وعجزنا في طرق الاتصال مع هذا الإنسان؟!، لذا لا بد من تدخل مبكر، وخطة علاجية لتقديم المساعدة، من هنا كانت الطرق العلاجية الفعالة والمتعارف عليها والمتعددة والمتنوعة. وعلينا اختيار الطريقة المناسبة والملائمة للطفل والتي تتلاءم ونمط الاضطراب المرافق للطفل التوحدي، فلكل طفل عالمة الخاص، وسماته النفسية والاجتماعية واللغوية المرتبطة بشخصيته، فالتوصية من قبل علماء التربية وعلم النفس بأهمية العمل مع الطفل التوحدي، وكلما كان التدخل مبكرا كثر كلما كانت النتائج العلاجية لبرامجنا التربوية والسلوكية، اقوى واشمل وأحسن، فالمهم ان نختار طريقة تناسب شخصية الطفل التوحدي، وان نكون نحن المربين متمكين منها ايضا، وكل طريقة حسب طرح الباحثين والمختصين بها هي الأفضل من وجهة نظرهم الخاصة.

ومع هذا الخطر القادم، وتقدم العلم والتكنولوجيا وطرح النظريات السلوكية والتربوية للاهتمام بحالات التوحد، نجد إجماعا من قبل أصحاب التخصص بضرورة تحديث طرق العلاج المبكر وتحسين طرق التشخيص المبكر، لما في ذلك من مصلحة على التطور النمائي

والسلوكي للطفل، خاصة بعد ضعف الطرح العلاجي من خلال الأدوية الطبية للتحكم والتقليل من بعض المواد الكيماوية التي تزيد داخل جسم الطفل كالزئبق والرصاص " الموجودة في محتويات لقاح الأطفال الثلاثي " او إجراء تحاليل أنزيمات الكبد ( حكيم، 2008؛ مجلة الشرق الأوسط، 2008)، وقد تكون الطرق العلاجية بطرح أفكار للحد من التوحد، طرق الوقاية " درهم وقاية خير من قنطار علاج "، هي الأنسب والأفضل، وهذا الباحث شارلي " Shirley, 2005 " ينتقد بشدة الإهمال الدولي في عدم قدرتنا للحد من الانتشار السريع للخطر القادم، ويعزي ذلك إلى عدم وجود استراتيجيات واضحة للحد من الظاهرة في المستقبل وطرح سؤال فلسفي منطقي على العلماء مفاده... إما أبحاث ونشر أو هلاك؟ So... publish or perish ? إن طرق العلاج متنوعة وخاضعة للتقييم الموضوعي الميداني للمشتغل مع حالة التوحد ويمكننا الاستفادة منها جمعاء واخذ العبر، مع أهمية دورنا في الإبداع والتجديد والتنقيح وتقديم كل ما هو نافع ومفيد.

#### 1 - طريقة تعديل السلوك:

يعتبر تعديل السلوك من الطرق العلاجية الحديثة، والفعالة في التعامل مع اضطرابات طفل التوحد، إن مبتكر هذه الطريقة هو ايفور لوفاس Ivor Lovaas، استاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس، والعلاج السلوكي قائم على النظرية السلوكية، ومبدأ الاستجابة الشرطية في علم النفس، حيث يتم مكافئة الطفل على السلوك المرغوب، ويتم العقاب على السلوك غير المرغوب، يفترض العلاج السلوكي أن التحكم بالسلوك ممكن، واليقليل من السلوك غير المرغوب حقيقة، وترتكز النظرية على اعتبار انه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها، والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك حيث يعتبر كل سلوك كاستجابة لمؤثر ما، وذلك من خلال إيجاد وبناء مهارات اجتماعية وشخصية عند الطفل التوحد، وتقدم إجراءات تعديل السلوك على أسس موضوعية واضحة، وفترة زمنية محددة حسب الحالة والبرنامج، مع اعتبار أن لا تقل مدة العلاج السلوكي عن 30 - 40 ساعة بالأسبوع، على مدار عدة أعوام ( Maurice, 1996؛ الوت، 2008).

ويشارك في إعداد وتنفيذ برنامج تعديل السلوك، متخصصين من أساتذة التربية الخاصة، معدلي السلوك، المعلمين، الأهل، بحيث تخضع إجراءات تعديل السلوك للتقييم الدوري المستمر، جلسة تشابك أي اجتماع تربوي هادف، يتخلله الحوار والنقاش، بمعدل مرة كل أسبوع. يعتبر تعديل السلوك فرعاً من فروع علم النفس التطبيقي، وهو بمثابة مجموع الطرق التربوية التي تقف عند واقع السلوك الإنساني فتراقبه وتشاهده وتعمل على دراسته وتحليله وتصنيفه سلوكياً في سبيل تثبيت وتعزيز وتطوير السلوك المرغوب فيه أو التقليل من السلوك غير المرغوب فيه، وفق طرق التدخل المناسبة والمتنوعة (الخوجا، 2004).

إن استخدام مبدأ العلاج السلوكي في تعديل السلوك وأساليب التدخل المتنوعة التي تعتمد على استخدام التعزيز المناسب، وتقديم المكافآت للطفل بعد انجازه للسلوك المرغوب يعتبر من الطرق العلاجية الفعالة والتي تساهم في التواصل والتقرب من الطالب، مع العلم أن التعامل الانساني واحترام قدرات الطالب/ة أفضل جائزة يمكن أن نقدمها (كوافحة 2007؛ الخوجا، 2004). ويشير محمد (2003) في كتابه تعديل السلوك للأطفال، يعد تعديل السلوك من الأمور شديدة الأهمية في مجال التربية الخاصة، إذ إن الجهود التي يتم بذلها مع ذوي الاحتياجات الخاصة، تعتمد في أساسها على تعديل سلوكهم وذلك من خلال إكسابهم مهارات معينة مرغوبة تساعدهم على أن يأتوا بالسلوكيات المناسبة في المواقف المختلفة، أو الحد من سلوكيات غير مناسبة تصدر عنهم في مختلف المواقف.

يرتكز طرق العلاج عن طريق تعديل السلوك، على تطبيق استراتيجيات طرق التدخل المناسبة للطالب التوحدي، وهذه بعض طرق التدخل التي تتناسب مع حالة التوحد، ومن الممكن اكتشاف أو طرح المزيد، مع الأخذ بعين الاعتبار النمط الخاص لشخصية حالة التوحد:

**1- مبدأ التعزيز:** الأساس في تقديم التعزيز كي يساعد في تعجيل الاستجابة، أو الدعم للسلوك المرغوب.

**2- مبدأ بريماك :** وهذا المبدأ يتصل بالتعزيزات، وإن على المعلم أن يتجرب قوائم التعزيزات المحضرة مسبقاً، وإن يحددها من خلال ملاحظته لسلوك الطلاب بشكل مباشر، وطبقاً لمبدأ " بريماك" فالسلوك المفضل والذي يفعله الإنسان بصورة متكررة يمكن توظيفه لتشكيل وتطوير السلوكيات غير المفضلة، مثل المعلم داخل غرفة الصف يقدم للطالب العدوانية كرة قدم ليلعب إذا لم يستخدم العدوان مع طلاب الصف، فيكون تقديم الكرة شرطاً لعدم العدوانية.

**3- مبدأ التعزيز المتقطع :** أي غير المنظم والمتسلسل، حيث بعد التقدم في السلوك من جانب الطالب، يقوم المعلم/ة باختيار مناسبات أو أحداث يبغي فيها الطالب السلوك المرغوب، فيقوم المعلم على الفور بتقديم تعزيز للطالب، ويمكن للمعلم تكرار العملية بشكل متقطع وكلما لزم الأمر وحسب الحاجة التي يقرها المعلم وفق المخطط السلوكي المدروس .

**4- مبدأ العقاب:** هو كل ما يحدث بعد السلوك فيقلل من احتمالات تكراره في المستقبل، مثال أخذ لعبة محببة من الطالب أو قول كفى للطالب مع نبرة حادة " نسبياً " أو عدم إعطائه ما يرغب مما يحب.

**5- مبدأ ضبط المثير:** أي تغيير السلوك الإجرائي من خلال تغيير المثيرات التمييزية مثلاً الطالب المشاكس في غرفة الألعاب، نبعده عن المكان، لأن الغرفة للطالب مثير لتكون سلوكيات الفوضى.

**6- مبدأ التمييز:** التمييز هو تعلم مهارة التفريق بين المثيرات المتشابهة والاستجابة للمثيرات المناسبة فقط، فنجعل من السلوك الذي حدث شيء مميز فنعززه ليصبح سلوكاً متميزاً، فمثلاً إذا حصل تجاوب من الطالب داخل الصف ونحن نعلم انه غير متجاوب نعزز سلوكه وفق مبدأ التمييز، وبناءً على ذلك فالأفراد يميزون عندما يتعلمون أن سلوكهم سيعزز في موقف ما كالرسم على دفتر الرسم مثلاً ولن يعزز في موقف آخر كالرسم على الحائط مثلاً، أن تطوير عملية التمييز هي الشرط الأساسي لعملية ضبط المثير.

**7- مبدأ التعميم:** التعميم هو تعلم الفرد لسلوك معين في موقف معين سيدفعه إلى القيام بذلك السلوك في المواقف المشابهة للموقف الأصلي، بمعنى أن اثر التعليم ينتقل أوتوماتيكياً من استجابة تم تعلمها إلى الاستجابات الأخرى المماثلة، فمثلاً إذا حافظ الطفل التوحدي على النظافة داخل الصف فهذا يساعده لتعميم فكرة النظافة في الساحة الخارجية.

**8- النمذجة:** يعتبر أسلوب النمذجة من الأساليب المحبذة للاستخدام مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث يقوم المعلم/ة بتعليم الطفل كيف يفعل شيئاً ما ومن ثم الطلب منه ان يقلد ما شاهده، ممكناً أن نستخدم فكرة البوم الصور هنا، كما هو في جدول النشاط الجدول، الوارد ذكره.

**9- أسلوب إنهاء النشاط الجاري:** وهي طريقة تتناسب مع الطلاب ممن لديهم قدرة للتمييز بين التعزيزات وأنواعها، وذلك بهدف التقليل من السلوكيات غير المناسبة من خلال حجب التعزيز عن الطالب مدة محددة من الزمن وذلك بإيقاف النشاط المحبب الذي يقوم به حالياً.

**10- التصحيح الزائد:** يستند التصحيح الزائد الى المنطق الذي يقول إن على الإنسان الذي يسيء التصرف أن يتحمل نتائج سلوكه. ويتمثل ذلك من خلال إرغام الطالب على أن يعيد الوضع إلى حال أفضل من الذي كان عليه قبل قيامه بالسلوك غير المناسب، مثال الطالب الذي يرمي الأوساخ تحت مقعدة نطلب منه تنظيف جميع الصف، ان عملية التوجيه الجسماني ضرورية من اجل نجاح هذا البند مع الطالب التوحدي.

**11- مبدأ التجاهل:** علينا أحياناً كمعلمين أو أهل أن نتجاهل السلوك من جانب الطالب وذلك كي نعمل على إطفاء أو تقليل السلوك وهذا الأمر بحاجة إلى حذر ومتابعة النتائج التي تبين لنا صحة ردود فعلنا.

**12- استخدام الطريقة الإنسانية:** في التعامل مع الطلاب، من حيث إشعار الطالب دوماً بلحب والاحترام والتقدير والقبول، فكلما شعر الطالب بالارتياح والسكينة داخل الصف واتجاه المعلم/ة كلما كان تقدمه أفضل، مع ملاحظة حب الطفل التوحدي للروتين والهدوء، فهذا بحد ذاته احتراماً لإنسانيته.

**13- استخدام التعبير الفسيولوجي أو التوبيخ:** على المعلم أن يعبر عن عدم موافقته عن سلوك الطالب بطريقة لفظية وان يشعره انه منزعج من سلوك معين من خلال تناسق وموائمة الجانب الفسيولوجي - تعابير الوجه -، يمكن استخدام الصور أو اليوم الصور هنا للتوضيح للطالب مفهوم الرفض أو القبول وأحياناً للسرور أو للحزن على ردة فعلنا للتصرف وطريقة جدول النشاط المصورة التالية يمكن أن تبين لنا الفكرة بصورة أوضح (الخطيب، 1995؛ الخوجا، 2004). لا شك أن طرق تعديل السلوك متنوعة وواسعة ولكن باختيارنا الأمثل والأقرب إلى شخصية الطفل، يمكننا أن نساوي الصواب في نهج التدخل الفعال واستراتيجيات طرق التدخل، فعلى الرغم من أن صعوبة تغيير سلوك المتوحد إلا أن مبدأ تعديل السلوك يقدم لنا بدائل علاجية متنوعة وقوية أمكن التحقق من فاعليتها بموضوعية (الخطيب، 1993).

## 2 - طريقة جدول النشاط المصورة :

تعتبر من طرق العمل الهادفة والناجحة مع حالة الطفل المتوحد ،ومن احدث استراتيجيات التواصل الفعال ،وذلك بهدف أن يتعلم الطفل مهارات أساسية معينة، من خلال استخدام جداول تأخذ شكل كتيبات صغيرة يتألف كل منها من خمس أو ست سبع صفحات بكل منها صورة واضحة تعكس نشاطا معيناً يتم تدريب الطفل على القيام به ( نصر، 2002؛ محمد، 2003)، وذلك وفق تشخيصنا للقدرات العقلية للطالب وحاجات الطالب المخطط للعمل بها ضمن الخطة الفردية السنوية، والتي تجزأ إلى فصلية وشهرية وأسبوعية ويومية وفق تدريب فردي ونشاط جماعي.

لقد أثبت العمل من خلال الصور في برامج التريية العادية، نتائج أفضل لدى الطلاب وذلك بعد مقارنة وعمل بين مجموعتين من الأطفال تلقت إحداها برامج تعليمية من خلال الصور وأخرى استبعدت هذه الطريقة واعتمدت الطرق النظرية فقط .  
تعتبر الصور منبهات تستثير سلوك أو معلومة أو إلحاق منبهات جديدة تعمل على تشكيل استجابات جديدة، غير قائمة من قبل والتعليم ( نصر، 2002؛ محمد، 2003).

### 1-2 نماذج وأساليب اختيار الصور :

ومن اجل إعداد الصور واختيارها ،هناك أساليب ونماذج سهلة جدا يمكننا الاستفادة من استخدامها:

- أ - الملصقات وهي أول الأساليب لأنها سهلة المنال والتنفيذ.
- ب - الصور من الكتب ومن المجلات والجرائد- إذا شارك الطالب باختيار الصور، فهذا شيء رائع.

ج - الصور الفوتوغرافية مثل: صور للطلاب في مواقف اجتماعية مختلفة مع أفراد الأسرة ويمكن أن تكون عن طريق استخدام ألبوم الصور وعددها خمسة في البداية، وحبذا أن تشمل الصور النشاط الذي يود تدريب الطالب عليه مثل كأن نقوم بتصوير عناصر وجبة الإفطار التي سيتم تقديمها للطالب، أو صورة لطالب يمسك قشرة موز ويضعها في سلة المهملات، بحيث تساعد هذه الصورة في مهمة لجعل الطالب يتعاون في موضوع النظافة (جوردن، 2007؛ محمد، 2003).

2-2 ملاحظات عند وضع الصور: بعد ذلك يتم لصق الصور في أحد صفحات البوم الصور وبذلك يكون برنامج جدول النشاط جاهزا للعمل، وعلينا ملاحظة وضع الصور أمام الطالب وفي مستوى يمكنه من فتحه وعلينا أن:

- أ- نراعي مسألة أو مهارة فتح الألبوم وتقليب صفحاته لأن ذلك يقلل اهتمام الطالب بالنشاط.
- ب- إذا كنا نريد من الطالب أن يؤدي مهمتين يجب فصل الصور ووضع كل منها في نشاط
- ج - يفضل أن تشمل الصفحة الأخيرة للألبوم اللعبة المفضلة للطالب.
- د - الأدوات الحقيقية المستخدمة " ألعاب الأطفال " يجب أن تكون من البلاستيك المقوى
- هـ - يجب وضع الأدوات على ارتفاع مناسب لكي لا يجد الطالب صعوبة في الوصول إليها.
- و - تقديم التعزيز المناسب للطالب، وفي الوقت المناسب (محمد، 2003).

### 2-3 عند البدء في استخدام النشاط لا بد من إتباع الخطوات التالية:

- 1- اختيار المكان المناسب، بعيدا عن المشتتات البصرية.
- 2- الجلوس بجوار الطالب على الطاولة أو المكتب.
- 3- نحدث الطالب/ة عن نوع النشاط، وكأنه يفهم علينا كل كلمة، يجب أن نؤمن أن هناك لغة خاصة تصدر منا يفهمها الطالب ويعيش معها، ويقدر إيماننا بالفكرة يكون النجاح .
- 4- نفتح النشاط على الصفحة الأولى.
- 5 - نسأل الطالب عن الصورة مع الطلب إلى الإشارة إليها بإصبعه.
- 6- نطلب منه ذكر اسم الشيء الذي تتضمنه الصورة.
- 7- إذا لم يعرف الطالب على المعلم أن يذكره بلغة واضحة ومفهومة مع تكرار.
- 8- ننتظر مدة سبع ثوان حتى يتعرف الطالب على الصورة أو يشير إليها.
- 9- تقديم الصور بشكل متتابعي أو تسلسلي.
- 10- يمكننا تبادل فكرة البوم الصور مع البيت أيضا، ونقارن النتائج .
- 11- أن نستخدم الجدول التالي حسب شكل رقم - 2- بوضع علامة + أو صح إذا لمس الطفل الصورة وعلامة - أو اكس إذا لم يلمسها مع تسجيل التاريخ واليوم، حتى يكون لدينا متابعة

واضحة وتقييم منهجي صادق، ولتحديد قدرة الطالب على اكتساب الاستجابات والمهارات الجديدة والجدول التالي يسهل علينا تحقيق الفكرة (جوردن، 2007؛ محمد، 2003).

#### 4- 2 نموذج استمارة :

استمارة تقييم أداء الطالب/ة والتعرف على مدى تقدمه في اكتساب المهارة

اسم المعلم /ة : .....				
اسم الطالب/ة : .....اليوم: .....				
التاريخ : / / 2009				
المحاولات			المهمة	الصفحة
المحاولة الثالثة	المحاولة الثانية	المحاولة الأولى	التعرف على الأشياء ( من خلال اليوم الصور أو النموذج (المجسد )	
+	+	+	بيت	الأولى
+	+	+	حقيبة	الثانية
+	+	-	قصة	الثالثة
-	-	-	قلم رصاص	الرابعة
+	+	+	مطبخ	الخامسة
+	+	+	لعبة	السادسة
+	-	+	شجرة	السابعة
+	+	+	ماء	الثامنة
-	+	+	سيارة	التاسعة
+	-	-	عائلة	العاشر
<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>		<b>مجموع الاستجابات الصحيحة</b>

شكل رقم - 2 -

**ملاحظة :** يمكننا تطوير النموذج من خلال اختيار المهمة وتنويعها، مثلاً بدل التعرف على الأشياء المصورة أو المجسمة يمكننا وضع كلمة وصورة، أو التعرف على المتشابهات من الصور أو حسب قدرات الطالب الذهنية، وهكذا يكون لدينا برامج مجدولة واضحة تتم وفق خطة تربوية فردية.

### 3- طريقة التعلم المبني على (Teacch):

طريقة تيتش هي اختصار ل (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) أي علاج وتعليم الاطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل، تعتبر " تيتش " طريقة تعليمية شاملة مصممة للعمل بشكل فردي مع طالب التوحد، حسب احتياجات وقدرات كل طالب، وهذا البرنامج له مميزات عديدة بالإضافة الى التدخل المبكر، فهو يعتمد على نظام Structure Teaching تنظيم بيئة الطفل سواء كان في المنزل أو المدرسة، ويتعامل البرنامج مع جوانب عديدة أهمها، اللغة، التواصل، السلوك، الجانب الحسي، العاطفي، الاجتماعي في الحياة اليومية للطالب، بشكل تكاملي، ومن خلال الإطار الصفي أو الجماعي لا يزيد عدد الطلاب عن 5-7 أطفال فقط، مقابل معلمة ومساعدة، بالإضافة إلى طاقم كبير، معطاء ومتعاون، منهم المعالج الطبيعي إن لزم الأمر، وأخصائي النطق والاتصال والمعالج الوظيفي والنفسي والاجتماعي ويتم تصميم وبناء تربوي لكل طالب وفق الخطة التربوية الفردية السنوية، ويستثمر عالم الطفل التوحدي من خلال التركيز على نقاط القوة عنده، مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين (Thomas, 2007).

وتشدد طريقة تيتش (Teacch) على التعاون والتواصل المستمرين بين أسر التلاميذ ومعلميهم باعتبار ذلك عنصراً أساسياً يؤثر بدرجة كبيرة على نجاح التلميذ ومدى تقدمه، ونرى الأهمية دوماً في التواصل مع الأسرة باعتبارها الركيزة الأساسية لضمان نجاح الخطوات التربوية في ترويض الطفل، وأن مدى تعاون الأسرة بشكل عام يساهم في تحقيق مفهوم الانجاز والتقدم المنشود، فيعتبر ذوو التلاميذ " معلمين مشاركين " لأنهم يعملون على تقريب الطفل من المعلم من خلال مشاركتهم في عملية التعليم.

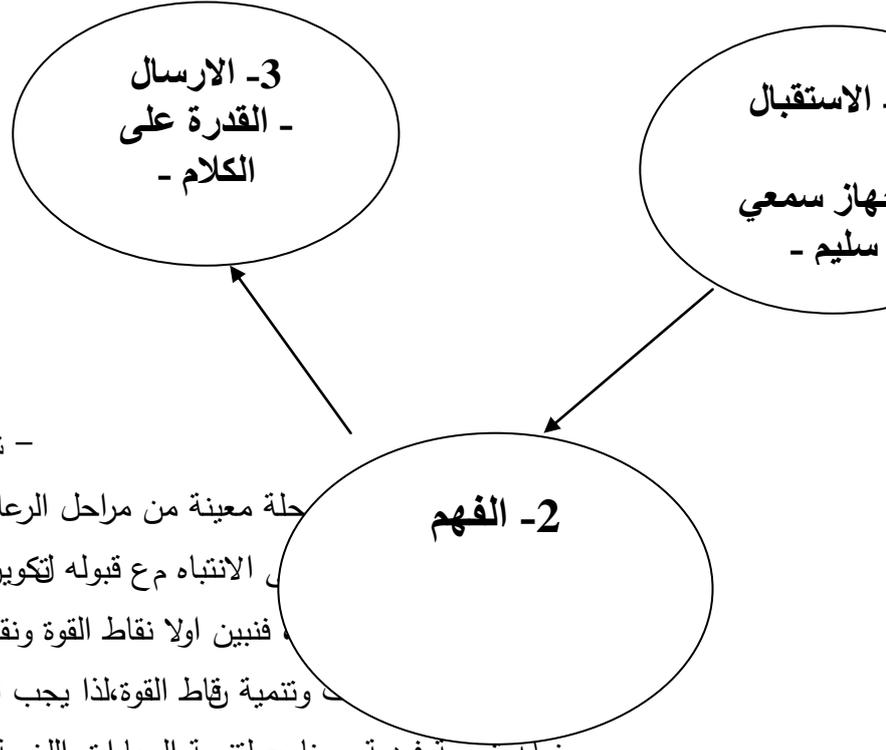
إن الأطفال الذين يعانون من التوحد يعانون صعوبات خاصة (أي ناتجة عن إصابتهم بالتوحد) في تعميم المهارات التي يتعلمونها، فقد يتعلمون مهارة معينة في المدرسة ويقومون باستخدامها مع التدريب بجدارة، إلا أنهم قد لا يستخدمونها في المنزل أو عند الأقرباء أو في الأماكن العامة. وبالتالي تنخفض فائدة تعلم المهارة أن لم يتمكن الشخص من استخدامها وتعميمها. ولذلك كان من الضروري أن يكون للأسرة دور نشط وفعال في مساعدة طفلها على تعميم المهارات التي يتعلمها واستخدامها في مختلف الأوضاع.

ولكي تتمكن الأسرة من المشاركة الفعالة في تعليم ابنها أو ابنتها، تقترح طريقة تتيح عدة خدمات للأسر، حيث للأسرة دور هام جدا وفعال في تقدم ونجاح برنامج الطالب وتشمل الاقتراحات:

- حضور ورش عمل ومحاضرات يقدمها إختصاصيون في برامج تتيح حول موضوعات مختلفة عن التوحد.
- الحضور إلى المدرسة ومراقبة وتلقي التدريب على طرق التدخل المستخدمة مع الطالب/ة لتعليم مهارة معينة بناءً على إختيار الأسرة. فقد تطلب أسرة على سبيل المثال تدريباً على أفضل طرق التعامل مع سلوك معين يصدره الطالب/ة، أو تدريباً على طرق تدريب على قضاء الحاجة في الحمام أو الإستحمام، أو التعبير عن موضوعات معينة مثل: إحتياجاته في الأكل والشرب وغير ذلك، وعندما تحدد الأسرة المهارة المراد تعليمها لابنها أو ابنتها، يحدد المعلم/ة مواعيد زيارة الاهل للمدرسة بحيث تتزامن مع الوقت الذي يتعلم فيه الطالب/ة المهارة المحددة في المدرسة، ويتكرر هذا الإجراء عدة مرات خلال السنة بناءً على إحتياجات الأسرة.
- زيارات منزلية يتم ترتيبها بين الأسرة والمدرسة. وغالباً ما يحضر الأخصائي الاجتماعي ومعلم/ة الطالب/ة. ويتم خلال هذه الزيارات تحديد وتصميم البيئة التكاملية للطالب ومساعدة الأسرة على التعامل مع طفلها بشكل عام.
- التواصل اليومي من خلال الكتابة في دفتر يخص الطالب وإرساله الى أسرته، كما يطلب من الأسرة الإجابة وتدوين ملاحظاتها على الدفتر، مما يساهم في تواصل يومي واحترام متبادل ما بين المدرسة والمعلم والأسرة ( الشامي، 2004).

#### 4- طريقة العلاج بتنمية القدرات اللغوية :

بعد التأكد من سلامة الجهاز السمعي للطفل، إذ ان الاطفال التوحيديون لديهم جهاز سمعي سليم، ولكن مشكلة عدم الكلام أو ضعف المفردات اللغوية تنشأ من نمط شخصية التوحيدي ومن عدم مقدرتهم على التعبير، حيث تظهر المشكلة ما بين السنه الثالثة والرابعة من عمر الطفل، وهي من اكثر المظاهر التي يهتم بها الاهل، وتتمثل المشكلة في شقين احدهما هو ضعف القدرة على التمييز السمعي والثاني هو ضعف القدرة على النطق الصحيح (مصطفى، 2008).



- شكل رقم 3 -

حطة معينة من مراحل الرعاية المتكاملة أو الشمولية للطفل عندما يتوفر الانتباه مع قبوله لتكوين تواصل مع الآخرين.وعلينا ان نبدأ من فنبيين اولاً نقاط القوة ونقاط الضعف في المجال اللغوي ونعمل على تنمية نقاط القوة،لذا يجب اجراء تشخيص او تقييم للطفل،ثم نقوم بإجراء خطة تربوية فردية وبرنامج لتنمية المهارات اللغوية،من خلال تقسيم مراحل التعليم والتطور اللغوي عند الطفل الى اربع مراحل،وهي تشمل.

- 1-4 المرحلة الأولى وفيها يتعلم الطفل مبادئ المهارات الأساسية للغة وهي:
- الاستجابة لابتسامات الآخرين،ولصورته بالمرآة.
  - تقليد حركات وأصوات بسيطة.
  - الاتصال البصري.
  - فهم اللغة البسيطة.
  - إصدار الأصوات والكلمات الأولى .
  - تعزيز التواصل البصري .
  - المحادثة مع الطفل من قبلنا .
  - استخدام أغاني وأناشيد الأطفال.
- 2-4 المرحلة الثانية - مرحلة الكلمات - وفيها يتعلم الطفل ويتدرب على :
- الانتباه والاستجابة للأصوات.
  - الفهم لوظيفة الأشياء المألوفة لديه.
  - التقليد لبعض الأعمال المنزلية.
  - التعرف على الصور المألوفة.
  - اللعب مع أقرانه.
  - دور الأهل هنا فعال وحيوي ومشجع للطفل .

3-4 المرحلة الثالثة - مرحلة الجمل - وفيها يتعلم الطفل :

- تقليد العاب تحتاج تتابع.
- اللعب بملابس الكبار.
- التعرف على التفاصيل في الصورة.
- استخدام اسم الطفل للرد على الأسئلة.
- الاستماع إلى القصص والحدوتة البسيطة.
- معرفة الجنس- ولد- بنت.
- استخدام النغمة عند طرح الأسئلة البسيطة مع الطفل.
- استخدام جمل من 2-3 كلمات للجمل.
- دور الأهل أيضا هنا هام جدا وضروري، إلى جانب إعطاء الأهل حرية أكبر للطفل في سبيل الاكتشاف، مع مراقبة وارشاد وتواصل لفظي مستمر.

4-4 المرحلة الرابعة، وفيها يتعلم الطفل ان :

- يلعب لعبا جماعيا.
- يميز أصوات الآلات الموسيقية ويردد كلمات بعض الأغاني .
- يستمع إلى القصص ويجب الأسئلة عليها.
- يتابع محادثة بسيطة .
- يستخدم الكلمات الاجتماعية- يرحب- يطلب الإذن .
- يستخدم جملا من 4 كلمات .
- يستخدم كلمات - أمس - اليوم.
- يذكر أين يسكن، واسم امة وأبيرة (مصطفى، 2008).

#### 5- طريقة العلاج بالدمج الحسي: Sensory integration therapy

الدمج الحسي هو عملية تنظيم الجهاز العصبي للمعلومات الحسية لاستخدامها وظيفياً ، وهو ما يعني العملية الطبيعية التي تجري في الدماغ والتي تسمح للإنسان باستخدام النظر، الصوت، اللمس، التذوق، الشم، والحركة مجتمعة للفهم والتفاعل مع العالم من حوله. فعلى ضوء اختبار وتقييم الطفل، يستطيع المعالج الوظيفي أو المعلم/ة استخدام العلاج الحسي لتوجيه الطفل وبناء البرنامج التربوي الفردي له، وذلك من خلال اختيار نشاطات معينة تتناسب وقدرته 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 (الصبي، 2009).

## 6- الاتصال الداعم والبديل (Augmentative and Alternative Communication - A.A.C)

يعتبر علاج الاتصال الداعم والبديل من انجح الطرق التربوية والحديثة في مساعدة الطفل التوحدي، على اعتبار قوة البرنامج ومدى نجاعته في تحقيق نتائج فعالة، ولسهولة ممارسه الطريقة التي تعتمد على علاج مؤقت أو ثابت لمشاكل الاتصال واللغة والسلوك.

وفكرة الاتصال الداعم والبديل نتطرق إلى وسائل الاتصال التي تسمح للفرد الذي لا يتكلم ولا يقرأ للاتصال مع بيئته .

وحسب نظرية (Vanderheiden, 1986) يمكن تصنيف الاتصال الداعم والبديل حسب طرق الاتصال الداعم والبديل، بحيث تشمل طرقاً تحتوي رموزاً ثابتة وطرقاً تحتوي رموزاً متحركة. فالرموز الثابتة هي رموز خطية /صورية كأغراض ثابتة في مكان من غرفة الصف ومحددة لا يمكن نقلها أو تغيير مكانها .

اما الرموز المتحركة وهي غير ثابتة والهدف منها هو مرونة الانتقال والتغيير وقد تكون صوراً أو وسائل للاتصال أو رموزاً للاتصال مثل المجسمات، البطاقات، وسائل الإيضاح وغيرها.

وعلى اعتبار ان مميزات وخصائص الطفل التوحدي تتمثل في ضعف القدرة على اقامه علاقات متبادله- مشاكل اجتماعي- وتاخر لغوي يعيق الاتصال، وتكرار منوالي للسلوك، من هنا يكمن اهميه طريقه الاتصال الداعم والبديل والتي تركز في مسارها على تقليص هذه الفجوات بالعمل على تطوير طرق ومهارات بديله في الاتصال سواء كانت رموزاً ثابتة أو متحركة. هذا الامر العلاجي يعتمد على قدرة الطفل وحاجته ومدى نوع الاعاقه، وحيث ان الفجوه بين قدره الذهنية لدى الفرد التوحدي وبين قدرته على التاقلم في الحياه اليومية كبيره من حيث المهارات التكيفية، والاتصال واللغة فان طريقه الاتصال البديل من الطرق العلاجية الشهيره التي تسعى لتطبيق العملية العلاجية بشكل منظم ومرتب ومدروس، سواء من خلال تقديم الرموز الثابتة او المتحركة ، مع التأكيد على دراسة كل حالة على حدة، وبناء البرنامج التربوي الفردي لكل طفل.

## 7 - طريقة العلاج بالأدوية :

الطب يؤمن أن التوحد ناتج عن خلل بيولوجي، فيحاول العلاج الطبي إصلاح الضرر عن طريق إضافة مواد كيميائية معينة للجسم مثل حقن جرعات من هرمون السكرين للمساعدة في عملية هضم الطعام أو العكس من خلال العمليات الجراحية للتقليل من مادة الرصاص أو الزئبق الزائد في جسم الطفل والمسبب للمرض كما يعتقد من يؤمن بهذا الطرح الطبي، وكذلك من خلال منع وصول مواد معينة للجسم عن طريق حمية غذائية مبنية على الفحص الإكلينيكي بالتحليل المخبري لنقص أو زيادة مواد معينة مثل الجلوتين الموجود في القمح أو الكزائين الموجود في الحليب، ولكن حتى الآن لا يوجد علاج بيولوجي ثابت من ناحية عملية أو علمية، فما زال الطب يقف حائراً ومترددًا أمام طرق العلاج الفعال، وكأن الأمر أقرب إلى فك لغز محير (الوت، 2008؛ جوردن، 2007؛ مصطفى، 2008).

## تلخيص وخاتمة :

أن كل طالب متوحد يستطيع التقدم والتحسن إذا استطعنا نحن المعلمين والأهل وأصحاب التخصص الاقتناع بقدراته المخفية والظاهرة والتعامل معه وفق خطط واضحة ومدرسة، وبطرح إنساني النهج، أخلاقي المسار، مع تقديم الحب والتقدير والقبول لهذا الإنسان التوحد، ولن يكون هذا من خلال الاهتمام بتقديم الطعام والشراب والعطف عليه والشفقة فقط، بل يجب أن يترجم هذا، إلى برامج وخطط تربوية وسلوكية، ولنتذكر المقولة الشهيرة " قبل أن تنظر إلى ضعفي انظر إلى قوتي " والمقولة الرائعة " السماء هي الحدود "، فمن خلال البحث عن قوة الطالب المتوحد، واكتشاف شيء يميزه عن غيره، نستطيع أن نسير في برنامج علاجي، مرتكزين على الطرق المتنوعة والفعالة، ومضطلعين على كل برنامج مقدم ومعد للتوحد، نستفيد من فحواه التربوي ونطبق بقوة ونشاط، على أمل أن نحصل على أفضل النتائج والتوقعات، إن هذا المنال ليس بالسهل في ظل تضارب وتعدد طرق التدخل والعلاج، ولكننا سنستفيد من الطرح القائم ونعمل على تطويره بكل الطرق الإبداعية والمهنية والمنهجية لنفيد وننفع به الإنسان المتوحد.

ورغم صعوبة الاتصال مع الأوتيزم - التوحد، فبإمكاننا بناء البرنامج التربوي الفردي، الناجح والهادف، المعتمد على الجانب النفسي الدقيق والإنساني الماهر في تقبل الطفل واحترام

قدراته، والنظر إلى مواطن قوته، وتقبل الحالة كما هي، على أمل الارتقاء بالسلوك للأحسن والاعتماد على النفس وتعزيز الثقة بالذات.

إن إيمان المعلم/ة التربوية بإمكانية نجاح العمل وفق برامج العلاج المتعددة للطفل المتوحد، مع أهمية الصبر عند التعامل، وبذل الجهد المتواصل، والقدرة على بناء برنامج شمولي، مع اتصال حسن والاهتمام بمشاركة الأهل، يساهم هذا الطرح بشكل فعال في التقدم والتحسين للحالة. وكلما كان العمل مبكراً كانت النتائج أفضل وأحسن؛ فللكشف المبكر أهميته كبرى في التقليل من الأعراض الجانية وتطور الحالة بشكل سلبي، وللمعرفة التربوية والسلوكية حول سمات التوحد دور هام في معرفة خفايا التوحد، لعنا نساهم بعدها في مساعدة الأهل بصورة فعالة، ونتواصل معهم بطرق منهجية وحيوية وعملية، ونتمكن من اختيار طرق العلاج والتدخل التربوي والنفسي والسلوكي المناسبة والفعالة، ونقول في الختام إن أسس النجاح التربوي مرهون بمدى عملنا كفريق وطاقم متشابه، مترابط، متعاون، قوي، مؤمن بالنجاح واختيار طرق التفكير الإبداعي لنمط للحياة ! وليكن شعارنا " ومن أحيها فكأنما أحيها جميعا " .

## المراجع

- الخطيب ، ج .(1993). تعديل سلوك الأطفال المعوقين. عمان: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- الخطيب ، ج.(1995). *تعديل السلوك الإنساني*، عمان : مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- الخوجا ، ع.(2004). تعديل سلوك المعاقين عقلياً. ص 163-169. مجلة الكرامة. الصادرة عن كلية دافيد يلين . القدس : المطبعة العربية الحديثة .
- الزريقات، إ.(2004). *التوحد الخصائص والعلاج* . ط1. الأردن : دار وائل للنشر
- القاسم، ج وآخرون.(2000). *الاضطرابات السلوكية*، عمان : دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- الشامي ، و.(2004). *سمات التوحد - تطورها وكيفية التعامل معها* - ط1 الرياض: الجمعية الخيرية الفيصلية النسوية.
- الشامي، و. (2004). *خفايا التوحد أشكاله- أسبابه- تشخيصه. السعودية: مركز جدة للتوحد.*
- الزراع ، ن. (2004). *قائمة تقدير السلوك التوحدي* . ط1. عمان : دار الفكر.
- الياس ، ع .(1989). *الطفل التوحدي*. مجلة دارنا. ص. 70-71 - مجموعة تربوية وأدبية حيفا : إصدار كلية إعداد المعلمين العرب.
- جوردن، ر ؛ بيول ، س.(2007). *الأطفال التوحديون - جوانب النمو وطرق التدريس* - ط1 القاهرة : عالم الكتب.

- عكاوي ، ن. (1996). أمراض الأطفال - الأسباب - الوقاية - العلاج . ط2 . لبنان : عالم الكتب للطباعة والنشر .
- عبد الله ، م . (2001). الطفل التوحدي أو الذاتوي الانطواء حول الذات ومعالجته ، ط1 . عمان: دار الفكر.
- عبد الرحمن ، م . (2005). رعاية الأطفال التوحديين - دليل الآباء والمعلمين - القاهرة : سحاب للنشر والتوزيع.
- عكاوي ، ن. (1996). أمراض الأطفال . ط2. بيروت: عالم الكتب .
- عريتيج ، س. (2000). سيكولوجية النمو . عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- كوافحة، ت؛ عبد العزيز، ع. (2007). مقدمة في التربية الخاصة . عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- كامل ، م . (2003). الأوتيزم - الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج- الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- شبلي، ف. (2001). إعاقة التوحد المعلوم والمجهول. دليل عملي للمعلمين وأولياء الأمور - ط1. الكويت : مركز الكويت للتوحد .
- محمد ، ع . (2003). جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقليا . ط2 . القاهرة: دار الرشد.
- محمد ، ع . (2003). تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقليا . ط1 . القاهرة: دار الرشد .
- مصطفى ، ج. (2008). التوحد . القاهرة: دار أخبار اليوم.
- نصر، س. (2002). الاتصال اللغوي للطفل التوحدي- التشخيص - البرامج العلاجية ، ط1. عمان : دار الفكر للطباعة والنشر.
- سليمان ، ع. (2003). دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع الطفل التوحدي. ط1 . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.
- سليمان ، ع. (2001). إعاقة التوحد . ط1 . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .
- الوت . (2008). حياتنا مع الاوتيزم " الوت " الجمعية الوطنية للأولاد مع التوحد من الوسط العربي. نشرة لمرة واحدة.

## المراجع الاجنبية - References

Audrey, T., Catherine L., Li-Ching, L., & Craig, N. (2007). Predictors of Language Acquisition in Preschool Children with Autism Spectrum Disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 37, 9, p:1721-1734.

Dover, C., & Couteur, A. (2007). How to Diagnose Autism. **Arch Dis Child**, 92, 6, p: 540-545.

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Mental Disorders**. Fourth Edition (DSM IV). Washington DC: American Psychiatric Association.

Maurice, C. (1996). **Behavioral Intervention for Young Children with Autism**. Austin: PRO-ED Inc

Myers, S., & Johnson, C. (2007). Management of Children with Autism Spectrum Disorders. **Pediatrics**, 120,5, p: 1162-1182.

Shirley, D. (2005). Challenges to Autism Research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 98, 11, p: 523-525.

Thomas, K. (2007). **Access to Care Autism-Related Services**. Springer Science + Business Media, LLC2007

Autism Society of North Carolina. (1998). *Autism Primer Twenty Questions & Answers*. Raleigh: Autism Society of North Carolina

White, S., Scahill ,L. (2006). **Educational Placements and Service Use Patterns of Individuals with Autism Spectrum Disorders** .Springer Science Media, LLC .

Roberts, J. (2004). **Autism Treatment Review**. The University of Sydney, Center for Development Disability Studies (CDDS) .

Vanderheiden, G & Lloyd, L. (1986). Communication systems and their components. In S. Blackstone (Ed.), *Augmentative communication: An introduction* (pp. 49 – 162). Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Edition: 10. Geneva, p: 252-258.

### **Web bibliography:**

www.childguidanceclinic.com : دليلك للتعامل مع التوحد: ر. (2008) حكيم،

www.mohtrev.com : اضطراب طيف التوحد. منتدى المحترف: عادل، م. (2007)

www..gulfkids.com : الصبي، ع. (2009) . علاج التوحد، أطفال الخليج:

www.updatejo.com/autism\_frequency\_study.htm

www.Center for Disease Control and Prevention.