ISSN 1998- 6424

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة ديالى

مركز ابحاث الطفولة والامومة

عدد خاص

حولية علمية محكمة متخصصة

ابحاث الندوة العلمية الموسومة بـ

اضطراب التوحد "التشخيص – العلاج"

التي اجريت في مركز ابحاث الطفولة والامومة/ جامعة ديالى بتاريخ

2107-4-3

الكتاب السنوي

لمركز ابحاث الطفولة والامومة

المجلد الحادي عشر 2017

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة ديالى

مركز ابحاث الطفولة والامومة

الكتاب السنوي

لمركز أبحاث الطفولة والأمومة

المجلد الحادي عشر 2017

عدد خاص بأبحاث ندوة اضطراب التوحد-التشخيص والعلاج

حولية علمية متخصصة محكمة

مطبعة جامعة ديالى

رقم الإيداع في دار الكتب والوثائق ببغداد

609 لسنة2006

الترقيم الدولي6424 -ISSN 1998

الكتاب معتمد لأغراض الترقيات العلمية

بموجب كتاب وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

هيئة الراي 12س في 2008/7/27

حقوق النشر محفوظة لمركز أبحاث الطفولة والأمومة

لا يجوز اقتباس أو نشر أي جزء من الكتاب إلا بإذن المركز

الإشراف

أ.د صالح مهدي صالح

الإعداد

م.م وفاء قيس كريم

الهيأة الاستشارية

أ.د قاسم حسن صالح	رئيساً
أ.د ابتسام عبد الكريم المدني	عضواً
أ.د وليد خضر الزايد	عضواً
أ.د بشرى عناد مبارك	عضواً
أ.م.د ناسو صالح سعيد	عضواً

الآراء الواردة في الكتاب تعبر عن وجهة نظر كاتبها ،
ولا تعبّر بالضرورة عن وجهة نظر المركز

ثبت المحتويات

تقديم.....**10-11**

نبذة تعريفية عن المركز.....**12-14**

الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد

أ.م. رافد صباح التميمي د. اشواق صبر ناصر..... **13-58.**

التوحد . مفهومه، أسبابه أعراضه، وعلاجه

أ.م. د مهدي كاظم داخل **59-80**

التوحد المنظور الغذائي و إمكانية الاصابة بالتوحد

م.د. ريم خميس مهدي **81- 96**

دراسة في طيف التوحُّد " الجانب التثقيفي والأرشادي "

د. شاكر حسين الخشالي **97- 152**

المشكلات التي تعاني منها امهات أطفال التوحد

أ. م.د خنساء عبد الرزاق عبد **153- 168**

تقبل الاسرة لوجد طفل المصاب بالتوحد بين اخوته

أ.م.د بلقيس عبد حسين و م.م. وفاء قيس كريم.....**169- 192.**

الرياضة والموسيقى في علاج التوحد

م.د هيـام سعدون عبـود.....**193-198**

دور التربية الفنية في حياة طفل التوحد

م.د حذام خليل حميد **199-202**

اضطراب الاوتيزم عند الاطفال

م.د اسماء عبد الجبار سليمان **203-209**

مرض التوحد لدى الاطفال

م.م اسماء عباس عزيز **210-215**

التوصيات التي خرجت بها الندوة.....**216-217**

تقديم

ان اضطراب التوحد من الإعاقات التي تحظى باهتمام الباحثين والمختصين؛ إذ إن تأثيره لا يقتصر على جانب واحد فقط من شخصية الطفل ذي الإعاقة؛ بل يتجاوز ذلك ليشمل جوانب مختلفة منها المعرفي، والاجتماعي واللغوي والانفعالي، ولا يتوقف هذا التأثير عند هذا الحد بل يمتد ليشمل أسر هؤلاء الأطفال والمجتمع كله.

ولا يوجد نمط واحد أو محدد لاضطراب التوحد، بمعنى أن الأمر لا يقف عند حدود نمط واحد بعينه تشير إليه مثل هذا الاضطراب وتعكسه، بل يتخطاه إلى ما هو أكثر من ذلك، فتعدد مثل هذه الأنماط ،بالرغم من وجود انماط ثلاثة رئيسة تعد هي الأكثر انتشاراً بينها على مستوى العالم. وحاجتها إلى أساليب متعددة للتدخل تتضمن برامج وخدمات واستراتيجيات متنوعة تختلف من نمط إلى اخر يعتبر موضوع التوحد من المواضيع حديثة الطرح، حيث زيادة الانتشار الملفت للنظر، وغموض الأسباب المرتبطة بالتوحد، فما زال العلماء مختلفين حول اسباب هذا الاضطراب

في هذا العدد نعرض سته ابحاث وثلاثة اوراق علمية قدمت لندوة مركز ابحاث الطفولة والامومة / جامعة ديالى الخاصة باضطراب التوحد التشخيص والعلاج المعقودة بتاريخ 2017/4/3 كي تكون بمثابة وثيقة حية تأصل وتوثق الجهد المبذول من قبل كادر المركز لواحدة من أخطر قضايا الإنسان المعاصر إلا وهي اضطراب التوحّد في محاولة متواضعة للإجابة عن بعض الأسئلة المرتبطة بالظاهرة التي حيرت العلماء، وعلى أمل أن ينفع العاملين في ميدان التعليم والإرشاد، ويسد فجوة بسبب قلة المصادر العربية والمعلومات والإحصائيات. ناولت الابحاث تعريف التوحد، ونسبة الانتشار، 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 ومؤشرا ت التوحد ما بعد الجيل المبكر، وتغدية الطفل التوحدي ودور بعض الاساليب التربوية في التخفيف من اضطراب التوحد ، وسبل التواصل مع الأهل،

وليزيد 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؟، ما هي الطرق والأساليب التربوية المناسبة للعمل مع التوحد؟ كيف يمكننا تطوير قدرات الطفل المتوحد؟ ما هي المقاييس والخصائص المميزة للتوحد؟ نتمنى من هذه الندوة ان توضح ملابسات المرض، مما يساهم في زيادة الوعي التربوي والأكاديمي حول ظاهرة غريبة، تتوسع في الانتشار وتمتد في العالم بشكل ملفت للنظر.

وفي الختام لابد من الإشادة بالجهود المخلصة التي ساندت المركز للنهوض بمهامه الجسيمة لاسيما الاستاذ الدكتور **عباس فاضل الدليمي** رئيس جامعة ديالى المحترم والسادة مساعدي رئيس الجامعة للشؤون الإدارية والعلمية وهم الاستاذ **الدكتور عامر محمد إبراهيم** والأستاذة المساعدة الدكتورة **منتهى عذاب ذويب** المحترمون أملين إن ينال العدد الحالي رضا القراء والمهتمين بقضايا الأم والطفل في العراق .

المدرس المساعد

رؤية ورسالة وأهداف مركز أبحاث الطفولة و الأمومة

أولاً:- الرؤية

السعي إلى الريادة في البحث العلمي المتخصص في قضايا الطفل والمرأة العراقية؟

ثانياً:- الرسالة

الارتقاء بالطفل والمرأة العراقية من خلال تقديم باقة من الخدمات البحثية لأصحاب القرار الخاص بقضاياهما ، وتطبيق البرامج التنموية التي تمكن العاملين معهما على صياغة الهوية الوطنية التي تمتعهما بالكفاية والصحة النفسية ، كي يكونوا إفراداً منتجين في المجتمع

ثالثاً:- أهداف

أ- خدمة أغراض البحث العلمي في المجالات آلاتية :

- تشكيل نواة لوحدة معلومات متخصصة بالطفولة والأمومة.
- تحديد حاجات الأطفال الراهنة والمستقبلية ورسم أولويات العمل الملائمة لها
- تحديد احتياجات الأمهات وما تعانيه من أوضاع مختلفة على المستويات الصحية والاجتماعية والتربوية .
- أجراء بحوث ذات صلة بتطوير نمو الأطفال والمشكلات التي تواجههم .
- تقديم خدمات استشارية للباحثين في مجالي الطفولة والأمومة .

ب- خدمة المجتمع في المجالات الآتية :

- فتح قناة اتصال بين المركز والجامعات والمراكز المتخصصة في الوطن العربي والعالم لغرض تبادل الخبرة والمعلومات في مجالي الطفولة والأمومة.
- تقديم الاستشارات النفسية والتربوية والصحية للمؤسسات الاجتماعية .
- تنظيم البرامج التدريبية للاختصاصين العاملين مع الأطفال العاديين وغير العاديين.
- إقامة الندوات والمؤتمرات العلمية المتعلقة بمرحلة الطفولة وقضايا الأمومة المعاصرة .
- صياغة المشروعات والبرامج التحديثية في مجالي الطفولة والأمومة .

الكتاب السنوي لمركز ابحاث الطفولة والامومة/ جامعة ديالى ، المجلد الحادي عشر ، عدد خاص ص ص 13-58 ، 3 نيسان 2017 ISSN 1998- 6424

الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد

أ.م. رافد صباح التميمي
جامعة بغداد / كلية الادارة والاقتصاد
د. اشواق صبر ناصر
الجامعة المستنصرية /كلية التربية الاساسية

المستخلص

استهدف البحث الحالي :-

1. بناء مقياس الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد .
2. التعرف على الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد .
3. التعرف على الفروق في الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد على وفق متغير النوع (ذكور – اناث)

و يتحدد البحث الحالي بـ عينة من الأطفال المتوحدين الموجودين في معهد النهال ومعهد رامي بعمر (6-12) سنة من كلا الجنسين (ذكور / إناث) للعام الدراسي 2016/2015 وقد بلغت عينة البحث (83) طفلا متوحدا وبواقع (43) ذكور و(40)اناث وقد قام الباحثان ببناء مقياس اضطراب الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد وتكون المقياس من (28) فقرة وضعت وفقا لمعايير DSM-IV واستخرج له الصدق والثبات واستخدم الباحثان الاختبار التائي لعينتين مستقلتين والاختبار التائي لعينة واحدة وقد اظهرت النتائج :-

1- توجد فروق دالة في الوحم الشاذ لصالح عينة اطفال التوحد .
2- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط الذكور والاناث على مقياس اضطراب الوحم الشاذ .

Abstract:

Current search targeted- :

1- .Building *pica disorder* measure of Autism children.

2- .To identify *pica disorder* among Autism children.

3- .Identify the differences in *pica disorder* among Autism children according to the type variable (males – females)

And current research is determined by a sample of *pica disorder* who are in Alnhal Institute and the Institute of Rami age (6-12 years) of both sexes (male / female) for the academic year 2015/2016 The research sample was (83) recluse children and by (43) males and (40) females have the researchers built a craving abnormal disorder among children with autism scale and be the scale of the (28) items developed according to criteria DSM-IV and extracted his honesty, fortitude and researchers used T- test for two independent samples and testing T- test for one sample. The results showed:

1- There are significant differences in the *pica disorder* for the sample of children with autism.

2- There are no significant differences between the average male and female *pica disorder* scale.

اولا :- مشكلة البحث

يعد التوحد أحد الاضطرابات النمائية الشاملة التي تعد من أكثر مشكلات الطفولة إزعاجاً وإرباكاً وحيرة لأنها تتضمن اضطراباً في جوانب الأداء النفسي خلال مرحلة الطفولة والذي قد يمتد ليشمل مراحل عمرية أخري بما في ذلك الانتباه والإدراك والتعلم واللغة ومهارات التواصل والمهارات الحسية والحركية وكل ذلك ينعكس سلباً علي كل من يتعامل مع هؤلاء الأطفال من أسر ومعلمين واختصاصيين وأقران (الجارحي ,2010 :1330).

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

ولقد أدت الإصابة بالتوحد أن تجعل الطفل التوحدي في اغلب الأحيان انعزالي ومنطوي على نفسه ولا يشعر بالآخرين وكأنه أصم ولا يميل إلى اللعب الابتكاري والجماعي ولا يشعر بالأخطار الطبيعية والتي من المفترض ان يخاف منها , واضطرابه هذا جعله أحياناً يضحك ويبكي بدون سبب وغيرها من الأعراض والاضطرابات والتي أصبحت تنطوي تحت اسم التوحد(فراج ,2002 :3).

ومن بين الاضطرابات التي قد يصاب بها الطفل التوحدي هي اضطرابات الاكل وقد يتم الخلط بين اضطرابات الأكل وبين تصلب حالات التوحد حيال الطعام (بحيث لا يأكلون إلا طعاماً له لون معين ، وملمس معين ومن ماركة محددة) وهذه السمات شائعة بين حالات التوحد.

وفي السنوات الأخيرة كان هناك اهتمام ملحوظ ومتزايد بما يعرف باضطرابات الأكل وقد يكون هناك اتفاق بين الباحثين على أن اضطرا بات الأكل قد أصبحت ذات معدلات انتشار كبيرة، وأن معدل تواتر ظهوره في تصاعد مستمر ، بلغ ذروته خلال العقدين الماضيين(عبد الموجود، ٢٠٠١ : 157)

ومن أهم اضطرابات الأكل والطعام التي تشخص عادة في مرحلة الرضاعة والطفولة والمراهقة هي الوحم الشاذ حيث يعرفه علماء التغذية بأنه الأكل المستمر لمواد لا تصلح للأكل وذلك لفترة شهر على الأقل ذلك ان الرضع والأطفال الصغار يأكلون الدهانات والمواد اللاصقة والخيط والشعر وقطع القماش أما الأطفال الأكبر سنا فقد يأكلون الرمل والحشرات وأوراق النباتات أو الحصى وقد يأكل المراهقون والراشدون الطين أو طعام الماشية ولا يشعرون بنفور أو تقزز من هذه الأشياء ويكون هذا السلوك غير ملائم من الناحية الارتقائية ولا يمثل جزءا من الممارسات الثقافية السائدة أو المعروفة ويعد أكل مواد غير صالحة للأكل مظهرا لاضطرابات نفسية (عقلية) أخرى مثل اضطراب النمو المنتشر والتأخر العقلي التي تعتبر أهم أسبابه وجود اضطرابات نفسية أخرى مثل الاضطرابات النمائية المنتشرة والفصام وأيضا وجود هذا الاضطراب كجزء من اضطرابات الأكل الأخرى كالشره العصبي واضطرابات التغذية في الرضاعة والطفولة المبكرة بالإضافة إلى النقص الغذائي في بعض العناصر كالكالسيوم و سوء العلاقة بين الأم والطفل التي ينتج عنها عدم إشباع الحاجات الفمية (دياب ,2011 :3)

ومع تغير نمط الحياة الاقتصادية والاجتماعية للإنسان يتغير ويتبدل أسلوب حياته وكذلك طريقته في التعبير عن معاناته جسديا ونفسيا .وفي السنوات الأخيرة كان هناك اهتمام ملحوظ ومتزايد باضطرابات الاكل وقد يكون هناك اتفاق بين الباحثين على أن اضطرا بات الأكل قد أصبحت ذات معدلات انتشار كبيرة، وأن معدل تواتر ظهوره في تصاعد مستمر بلغ ذروته خلال العقدين الماضيين (عبد الموجود، ٢٠٠١: ١٥٧)

لذلك، وبناءً على ما تقدم، فان مشكلة البحث الحالي تتحدد بنوعين من المشكلات، ألا وهما: المشكلة الأكاديمية، وهي تتعلق بطبيعة العلاقة بين المتغيرات المدروسة كون ان الوحم الشاذ يعد اضطراب واضطراب التوحد. والمشاكل الصحة والاجتماعية ، وهذه تتعلق بالآثار السلبية لاضطراب الوحم الشاذ على الطفل المتوحد وصحته الجسمية .

ثانيا :- أهمية البحث

تعد مرحلة الطفولة من مراحل النمو المهمة التي يمر بها الإنسان , ففي هذه المرحلة تبدأ أغلب خصائص الشخصية التي يتصف بها الانسان فيما بعد وفيها يكون الطفل شديد القابلية للتأثير في ظروف البيئة المحيطة به , ويؤلف الأطفال قطاعاً مهماً من قطاعات المجتمع فهم شباب الغد ورجال المستقبل وعليهم والمؤسسات المشرفة على أعدادهم تقع مسؤولية النهوض بالمجتمع وتقدمه(الصبي,2003 :134) .

وتتمثل إحدى مؤشرات حضارة الأمم وارتقائها في مدى عنايتها بتربية الأجيال بمختلف فئاتها , ويتجلى ذلك بوضوح في مدى العناية التي توليها للأطفال بصورة عامة و ذوي الاحتياجات الخاصة بصورة خاصة وتوفير إمكانيات النمو الشامل لهم من جميع النواحي مما يساعد في إعدادهم لحياة شخصية واجتماعية واقتصادية ناجحة يؤدي فيها كل منهم دوره في خدمة المجتمع مهما كان حجم إسهامه . أما إهمال هذه الفئة فيؤدي إلى تفاقم مشكلاتهم وتضاعف إعاقتهم ويصبحون عالة على أسرهم ومجتمعهم ومن هنا يلزم التدخل العلاجي والتدريبي لمواجهة مثل هذه المشكلات المترتبة على الإعاقة والتخفيف منها (الزريقات ,2004 : 67).

ومن بين فئات ذوي الاحتياجات الخاصة والتي لم تتلقى الاهتمام الكافي لحد الان هي فئة الأطفال التوحديين , والأطفال التوحديين هم أطفال معاقون بشكل واضح في مجال استقبال المعلومات أو توصيلها للآخرين , وهذه الإعاقة تؤدي بهم إلى القيام ببعض أنماط السلوك غير المناسب للبيئة أو الوسط الاجتماعي المحيط بهم مما يؤثر بالتالي في قدرة الطفل على التعلم وفي توافقه بشكل عام (الصبي,2003 :135) .

ويعد التوحد من اعقد المشاكل التي تواجه المجتمعات في العالم , حيث يوجد هذا الاضطراب في كل دولة ومنطقة من العالم , وفي جميع الأسر من كل الخلفيات العرقية والدينية والاقتصادية , إذ انه يصيب الإفراد بغض النظر عن ظروفهم المختلفة , فضلا عما ما يتسببه من أثار وصعوبات شديدة .(Clark, et al ,2016:103)

والتوحد مظهر مهم من مظاهر الاضطرابات السلوكية والانفعالية وهذه المظاهر تقودنا إلى عدم إهمال مضاعفات الخلل الأقل وضوحاً ولكنها من حيث النتائج اشد خطورة على النمو النفسي العام (الظاهر , 2005: 15) .

وإذا ما أهمل المتوحد فأن نمو شخصيته يتجه إلى الانحراف لإحساسه بأنه مختلف عن الاخرين لافتقاره إلى الشعور بالثقة والتكيف والاتزان الانفعالي الذي يكتسبه الآخرون من خلال انجازاتهم المختلفة . (Kenny,,2016:442)

وفي دراسة اجريت عام (2013) حول صعوبة تشخيص مرض التوحد لدى الإناث لقدرتهن على إخفاء أعراض المرض. ومن خلال سلسلة فحوصات أجريت على أكثر من ستمائة طفل, تبين أن الفتيات المحتملِ اصابتهن بالتوحد لديهن قدرة كبيرة على إخفاء أعراض معينة, قد تكون مرتبطة بالكشف عن المرض, مثل قدرتهن على تحديد مشاعر الناس من سعادة أو حزن أو خوف. حيث يصعب على المصاب بالتوحد تحديد مثل هذه المشاعر . وتفيد الدراسة بان الذكور تزيد لديهم فرص الاصابة بالتوحد بمقدار تسع مرات مقارنة بالإناث. ويعتقد الباحثون أن هذا الأمر ناجم عن التغيرات الجينية بين الجنسين, فضلا عن اكتشاف "جوانب معيبة" في جينات الذكور يمكن أن تسبب إصابتهم بالتوحد. غير أن باحثين من جامعتي لندن وبريستول أوضحوا أن نسبة أكبر من الإناث مصابات بالمرض أكثر مما كان يعتقد من قبل وذلك لتمتعهن بالقدرة على إخفاء أعراض المرض وبالتالي لا يتم تشخيص المشكلة. وفحص الباحثون بيانات حول ثلاثة آلاف، و666 طفلا تبلغ أعمارهم 13 و14 عاما خضعوا لعدة اختبارات أساسية لتشخيص التوحد، فوجدوا أن الفتيات اللاتى يحتمل أنهن مصابات بالمرض، كانت لديهن القدرة على إخفاء أعراض معينة مثل قدرتهن على تحديد مشاعر الناس، من سعادة أو حزن أو خوف...إلخ ، بينما يجد الكثير من المصابين بالتوحد أو اضطرابات مماثلة صعوبة فى تحديد طبيعة مشاعر من حولهم.

ويرى الباحثون أن الفتيات يتعلمن معرفة مشاعر الوجه، مما يتسبب في إخفائهن لأحد أعراض التوحد الرئيسية، وأكدوا أن هذا "الإخفاء" قد يؤدي لتطور مشكلات أخرى لدى الفتاة مثل الاكتئاب والقلق واضطرابات الأكل.(http://akhbar.alaan)

ومن بين الاضطرابات التي تحدث لدى المتوحدين هي اضطرابات الاكل والتي تمثل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة في الطعام أو العزوف عنه ,وهذه العلاقة ليست بالجديدة، فقد كانت اضطرا بات الأكل تصنف ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية، إلى أن صدر الدليل التشخيصي عام ١٩٨٧ ، ومن (DSM–III–R) والإحصائي الثالث المنقح للاضطرابات العقلية (DSM–IV)ثم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية عام (1994) اذ و ضعها منفصلة تحت عنوان اضطرابات الأكل (Rennan et al ,2015:764)

ومن بين اضطرابات الاكل المنتشرة بين الاطفال سواء الاطفال الاعتياديين او الاطفال ذوي الاعاقات المختلفة هو اضطراب الوحم الشاذ وهو اضطراب يتميز بوجود الشهية إلى حد كبير بالنسبة للمواد غير الغذائية مثل المعادن كالعملات ، والصلصال ، والفحم ، والتربة ، والطباشير ، والورق ، والصابون ، والرماد ، والصمغ وغيرها أو وجود شهية غير طبيعية لبعض الأشياء التي يمكن أن تعتبر من مكونات الأطعمة كالدقيق والبطاطا النيئة ، والأرز الخام ، والنشا ومكعبات الثلج ، والملح. ولكي يتم تشخيص هذا الاضطراب يجب ان يستمر مع الطفل لأكثر من شهر حيث يمكن تشخيص هذا السلوك عند الطفل وقتها (Castiglia ,1993 :67) .

كما ان الاطفال الاقل من عمر سنة يتناولون او يضعون في كثير من الاحيان مواد غير غذائية في افواههم ويعد تصرف هؤلاء الاطفال في هذا العمر ليس مرضيا ولكن ننظر لهذا التصرف انه غير طبيعي عندما لا يكون ملائما لعمر الطفل . يشيع ظهور " البيكا " او الوحم الشاذ خلال السنة الثانية والثالثة من العمر ويعتبر وجود ذلك غير ملائم لنمو الطفل ويعتبر مرضيا اذا كان سن الطفل اكبر من سنتين تقريبا. المواد الغريبة التي يأكلها الطفل تتراوح بين كل ما يصل إلى يده، خاصة مع قلة الإشراف والعناية به من والديه، وكلما كان الطفل أقدر على الحركة كلما استطاع الحصول على مواد أكثر والتهمها وربما أصابه الضرر من جراء تناول هذه المواد، وعادة يأكل الأطفال ما يصل إلى أيديهم مثل الملابس، المواد البلاستكية، الخيوط والشعر، الأوراق وكل ما يصل إلى يده من المواد التي عادة ما تكون تستخدم في المنزل وتترك في متناول الطفل(Rashid et al ,2010 :193)

و الوحم الشاذ عند الأطفال يمكن أن يؤدي الى اعراض خطيرة . فالمصابون الذين يتناولون الاسمنت او الجص المحتوي على الرصاص قد يعانون من تلف في الدماغ بسبب التسمم بالرصاص. كما ان الخطر مماثل من أكل التراب المحتوي على ايثيل الرصاص أو بعض التربة التي تحتوي على الزيوت الملوثة بمادة الديوكسين السامة أو ثنائي الفينيل متعدد الكلور. قد يؤدي التسمم بالرصاص الى اعراض عصبية كما انه يؤثر على الغدد الصماء والقلب والكلى والدماغ وتتفاوت الاعراض بين صداع وقيء الى نوبات تشنج وغيبوبة وتوقف التنفس في حين ان تناول جرعات عالية من الرصاص يمكن أن يسبب ضعفا فكريا وسلوكيا كبيرا مع مشاكل في التعلم. فقر الدم قد ينشأ بسبب التسمم بالرصاص وتشبه الانيميا في هذه الحالة الانيميا الذي يحدث بسبب نقص الحديد بالإضافة إلى التسمم هناك أيضا خطر أكبر بكثير يكمن في التهاب المعدة وانسداد الأمعاء أو تمزق في الجهاز الهضمي عموما كما ان الخطر

وارد في ابتلاع مخرجات وافرازات الحيوانات والطفيليات التي قد تكون موجودة في التربة كما ان تأثيره السلبي يشمل الاسنان حيث يؤدي الى احتكاكها وتآكلها.

نتائج الابحاث العلمية التي تم القيام بها لمعرفة اسباب هذا الخلل عند بعض الاطفال لم تكن كافية بالقدر الذي يحدد الاسباب بشكل دقيق ولكن ما تم التوصل اليه ان الاطفال الذين يظهر لديهم هذا الاضطراب هم اصلا يعانون من نقص بعض الاملاح والمعادن وخاصة الحديد والكالسيوم والزنك وبعض الفيتامينات مثل فيتامين سي وفيتامين دي بسبب مشاكل في الجهاز الهضمي او سوء في التغذية وفي دراسات اخرى تم الربط بين " البيكا" او الوحم الشاذ وبعض الامراض النفسية مثل الوسواس القهري والصدمات النفسية كذلك تظهر لدى الاطفال الذين يعانون من الحرمان ، انفصال الوالدين ، الاهمال واساءة معاملة الطفل (Henningfield ,et al,1995 :1715).

كما ان ابتلاع أعقاب السجائر هو شكل شائع نسبيا من الوحم الشاذ لوحظ في الأشخاص من ذوي الإعاقة العقلية (Danford, & Huber ,1982: 141)

وينص الدليل DSM–IV على ان الوحم الشاذ كثيرا ما يرتبط مع الاعاقة العقلية ,ولكنه يظهر لدى جميع الاعمار وخاصة لدى الاطفال الصغار وفي الذكور والاناث بشكل متساوي (A.P.A. 1994)

اشار إدواردز آخرون (Edwards et al , 1994) في دراسة اجريت في الولايات المتحدة الامريكية على عينة بلغت (553) من النساء الحوامل ومن الاشخاص الاصحاء من اصل افريقي كان معدل انتشاره عند النساء الحوامل في الولايات المتحدة الامريكية 8.1 ٪ ويرجح ان انتشاره بين النساء الحوامل في الدول النامية يمكن أن يكون أعلى من ذلك بكثير (Edwards et al , 1994 : 930).

ينتشر هذا الاضطراب بصورة متساوية بين الاطفال الذكور والاناث ولكن يندر وجوده بين المراهقين والذكور البالغين . ابحاث اخرى تشير الى ان 25% – 33% من الاطفال الصغار يعانون من تناول الاشياء غير المأكولة كما انه يشكل ما نسبته 20% في الاطفال الذين يعانون من مشاكل فكرية(: Edwards et al , 1994 930).

ولا يعتبرُ التصنيفُ الأمريكي الوحم الشاذ اضطرابًا مستقلاً وقائمًا بذاته إلا في الأطفال، ويضيفُ دليل التصنيف الأمريكي أن هذه الحالةَ كثيرًا ما تصاحبُ التخلفَ العقليَّ إلا أنها تحدثُ أيضًا في كل الأعمار وفي الجنسين، لكنها أكثرُ حدوثًا في الأطفال الصغار وفي النساء الحوامل، ورغم وجود إشاراتٍ

تاريخيةٍ إلى احتمال وجود دورٍ للوراثة في حدوث الوحم الشاذ حيثُ تظهر اعراضه في أجيالٍ متتاليةٍ(A.P.A., 1994:788).

مما تقدم تتضح أهمية البحث الحالي من خلال ما ياتي :-

1. ان الكشف عن الاطفال المتوحديين المصابين باضطراب الوحم الشاذ ,ومعرفة ما وراء هذا الاضطراب من أثار سلبية ومحاولة التخفيف من حدة هذه التاثيرات يعد امرا ضروريا .
2. لا تظهر السجلات الرسمية في الدول النامية عامة والدول العربية خاصة أي إحصائيات او نسب انتشار عن هذا الاضطراب .
3. ان إصابة اطفال التوحد باضطراب الوحم الشاذ قد يصبحون أكثر احتمالا للمعاناة من القصور والاعتلال في الجانب الصحي لذلك لابد من الكشف عن الاطفال المصابين بهذا الاضطراب .
4. ان الفروق الحضارية والثقافية بين المجتمعات لا تسمح بتعميم نتائج الدراسات التي أجريت في تلك المجتمعات على مجتمعات أخرى غير المجتمع الأصلي ,لذلك كان من الضروري اجراء دراسة تخص المجتمع العراقي .
5. ان اغلب الأدوات المتوفرة حاليا لقياس وتشخيص الوحم الشاذ لا تلبي كل معايير الإصدار الأخير من (DSM– IV) لذلك فان الدراسة الحالية بأداتها تساعد في أمداد المكتبة العربية عامة والعراقية خاصة بمقياس جديد خاص بالبيئة العراقية .

هدف البحث :-

يهدف البحث الحالي الى :-

1. بناء مقياس الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد .
2. التعرف على الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد .
3. التعرف على الفروق في الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد على وفق متغير النوع (ذكور – اناث)

حدود البحث :-

يتحدد البحث الحالي بـ عينة من الأطفال المتوحدين الموجودين في معهد النهال ومعهد رامي بعمر (6-12) سنة من كلا الجنسين (ذكور / إناث) للعام الدراسي 2016/2015

تحديد المصطلحات

يعرف الباحثان المصطلحات التي وردت في عنوان البحث بما ياتي :-

اولا :- **الوحم الشاذ**

يعرفها دان فورد وهوبر (Danford&Huber, 1982)

"هو قيام الفرد بأكل مواد غير صالحة للأكل مثل الحجارة، والنقود المعدنية، والشامبو والملابس وأعقاب السجائر. يحدث لدى الأطفال والكبار وقد يحدث تناول المواد غير الصالحة للأكل مرة واحدة او اكثر"(Danford&Huber, 1982 :141).

وعرفته منظمة الصحة العالمية (1999)

"هو اضطرابٌ نفسيٌّ تختلُّ فيه اختيارات الطعام حيثُ يختارُ المريضُ الطينَ أو القشَّ، على سبيل المثال لا الحصر، ليأكلهُ بل ويفضلهُ على كل الأطعمة المتاحة له (منظمة الصحة العالمية،1999)

ويعرفه أشوورث واخرون (ashworth et al ,2008)

" يشير إلى الرغبة الشديدة في مواد أخرى من الأطعمة بما في ذلك الطين والأوساخ والرمال والحجارة والحصى، والشعر، والبراز، والرصاص، ونشا الغسيل، قفازات الفينيل والبلاستيك ومحايات الرصاص، والجليد، والأظافر، والفحم والطباشير والخشب والجص والمصابيح الكهربائية، والإبر، سلسلة، أعقاب السجائر، والأسلاك، والمباريات المحترقة .لوحظ بيكا في أغلب الأحيان في الأطفال، عادة بين أفراد ذوي العاهات الخلقية .اعتمادا على المواد التي يتم تناولها، قد يكون بيكا العواقب التي تهدد الحياة" (ashworth et al ,2008 : 176-190)

ويعرفه وليامزواخرون (Williams, et al ,2009) .

"هو شكل خطير جدا من سلوك ايذاء الذات لانه واحد من الاسباب التي يمكن تكون قاتلة ,وهو القيام بأكل مواد لا تصلح للأكل مثل المسامير والطين وفضلات الحيوانات "(Williams, et al ,2009 :210).

ويعرفه كارتر (Carter, 2009)

"هو اضطراب في الأكل يتميز ابتلاع المواد غير الصالحة للأكل .تحدث في 10–30٪ من الأطفال تحت سن 6 سنوات، يمكن أيضا أن يكون من أعراض الفصام، واضطراب الوسواس القهري(OCD) ، والحمل، واضطرابات النمو و الأطفال الصغار عادة يقومون بأكل الطلاء، والشعر، والقماش بينما الأطفال الأكبر سنا يأكلون عادة الصخور والرمال، وحتى البراز .البالغين الذين يعانون من الوحم الشاذ عادة يأكلون الطين أو التراب (وتسمى أكل التراب) ويمكن أن تنشأ مشاكل واضحة من الوحم الشاذ بما في ذلك التسمم و انسداد الأمعاء، والالتهابات البكتيرية، ونقص التغذية " (Carter, 2009 :143–147) .

ويعرفه هيرويوكي واخرون (Hiroyuki et al ,2015)

"هو تناول المواد غير الغذائية والتي قد تترافق بالرغبة شديدة لدى المرضى الذين لديهم انيميا حادة او نقص في التغذية ويحدث لدى النساء الحوامل والاطفال من ذوي الاعاقة العقلية والذي يلاحظ بشكل متكرر لديهم "(Hiroyuki et al ,2015:1)

تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي .A.P.A (2000)

" الاكل المستمر لمواد لا تصلح للأكل لمدة شهر على الاقل " ويتضمن الاعراض التالية

1. الأكل المستمر لمواد غير غذائية لفترة شهر على الأقل .
2. أكل المواد غير الغذائية غير مناسب للمرحلة النمائية .
3. السلوك الطعامي ليس جزءاً من ممارسة مقبولة ثقافياً.

4. إذا حدث السلوك الطعامي حصراً أثناء سير اضطراب عقلي آخر (مثل، التخلف العقلي، اضطراب نمائي شامل، فصام)، فإنه يكون من الشدة بما يكفي ليستحق انتباهاً سريرياً مستقلاً(A.P.A.,2000).

وقد تبنى الباحثان تعريف الجمعية الامريكية للطب النفسي (2000)

اما التعريف الاجرائي فهو:" الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس اضطراب الوحم الشاذ "

ثانيا :- **التوحد**

عرفه كانر (Kanner,1943)

"اضطراب ينشا منذ الولادة ويؤثر في التواصل مع الاخرين وفي اللغة ويتصف بالروتين ومقاومة التغيير "(ذيب ,2004 ,1).

وعرفته رذرفورد (Rutherford et al,2016)

"اضطراب نمائي يظهر قبل عمر ثلاث سنوات ,ويؤدي الى عجز في استعمال اللغة وفي اللعب وفي التفاعل والتواصل الاجتماعيين "(Rutherford et al,2016: 744).

وعرفه وليامز (Williams,1994)

فترى ان التوحد هو" عجز في فهم المشاعر والانفعالات ,وهو الانعزالية وتدني الإحساس بوجد الآخرين وتدني القدرة على الاستيعاب وقصور في التخيل وتسلسل الأحداث وتحليلها وتجميعها واسترجاعها ووجود مشكلات حادة في استعمال اللغة وتطورها " (Olney,2000: 52).

أما الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America)

فترى ان التوحد يظهر في مظاهره الأساسية في الثلاثين شهرا الأولى من العمر وتشمل الاضطرابات في المجالات التالية :-

النمو ,والاستجابة الحسية للمثيرات ,النطق واللغة والقدرات المعرفية والانتماء للناس ,وقد تشمل هذه الاضطرابات الخاصة بنسب ومعدلات النمو على تاخر او توقف في المعرفة والمهارات الاجتماعية (Smith,2001: 35 7). وقد تبنى الباحثان تعريف الجمعية الامريكية للتوحد.

ثالثا :- **اطفال التوحد**

<u>وتعرفهم صلاح (2014)</u>

"بأنهم الأطفال المصابين باضطراب نمائي يؤدي الى ظهور مظاهر السلوك غير الاعتيادي وعجز في فهم المشاعر والانفعالات والافتقار الى المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل الاجتماعي ,وقصور في القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي ".(صلاح ,2014 :14).

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

لمحة عن اضطراب الوحم الشاذ :-

" البيكا " او الوحم الشاذ هو اسم مقتبس من اللغة اللاتينية ويعني اسم طائر يشتهر بقدرته على أكل أي شيء بغض النظر عن طبيعة تلك المادة . يظهر مرض "البيكا " في كل الاعمار فهو لا يقتصر على الاطفال فقط خصوصا الاطفال المصابين بعاهات خلقية أو بعض الامراض النفسية بل نلاحظ ذلك في بعض الاحيان لدى النساء الحوامل (Edward et al ,1994:354).

وكان اكل التراب والطين معروف لدى الاغريق والرومان وتم تسجيلها في القرن الثالث عشر, ظهر مصطلح الوحم الشاذ في الكتب الطبية لأول مرةٍ في سنةَ (1563)حيثُ أشيرَ إلى آكلي الفحم من النساء الحوامل ومن الأطفال ، والمواد التي يعتبرُ اشتهاؤها وأكلها نوعًا من أنواع الوحم الشاذ متعددةٌ بشكلٍ كبير وتختلفُ من مكانٍ لآخر (Edward et al ,1994:355).

وإن كانت معظمُ التقارير تشيرُ إلى الطين والطباشير والفحم والشعر والرمل والجير والجبس والصلصال وكذلك دهانُ الحوائط وأعقاب السجائر وأعواد الكبريت المستعملة ، والحقيقةُ أن الحكمَ باعتبارِ أكل مادةٍ ما وحم شاذ من عدمه يجبُ أن يتمَّ بواسطةَ أشخاصٍ من نفس ثقافة الشخص المراد

تقييم سلوكه، لأن بعضَ الثقافات تعتبرُ أكلَ مادةٍ ما أمرًا عاديا بينما ينظرُ أصحابُ ثقافةٍ أخرى لهذا الاختيار باستغراب ويعتبرونه وحم شاذ والذي يترجم بأكل المواد الترابية كالطين والطباشير عند الشعوبِ البدائية (ابو هندي ,2006 :1).

ومن المعروفِ أن أكلَ الطين كان سلوكًا شائعًا في جنوب الولايات المتحدة الأمريكية في القرن التاسع عشر خاصةً بينَ العبيد، كما كانَ من الشائعِ في نفس المنطقة من الولايات المتحدة الأمريكية خلال الخمسينات والستينات من القرن العشرين أن تجد من يبيعون ومن يشترون حقائب محملة بالطين في مواقف القطارات، ولم يكن غريبًا أن يرسل الأهل لقريبهم الموجود في شمال البلاد طردًا بريديا يحتوى على قطع صغيرة من الطين من بلدته الأصلية، وما يزالُ أكل الصلصال الأبيض منتشرًا في بعض الولايات الأمريكية كولاية جورجيا وغيرها، كما استخدم أكل الطين طبيا كعلاجٍ للتقلصات المعوية وربما للتأثير على الميكروبات، كما استخدم في بعض الطقوس الدينية والممارسات الثقافية المختلفة، وما يزالُ يستخدمُ حتى في العصر الحديث، ولعلَّ أغلبَ آكلي الطين في عالم اليومَ يعيشونَ في جنوب الولايات المتحدة الأمريكية وفي وسط إفريقيا وكذلك بعضُ المناطق في الهند.

ولعل أحد المصنفين الغربيين وهو كالن سنة (1980) كانَ محقًّا عندما رأى الوحم الشاذ والشراهة مظهرين من مظاهر انحراف الشهية، أحدهما وهو الوحم الشاذ يمثلُ انحرافًا يتعلقُ بخاصية المادة المشتهاة، بينما يتعلقُ الآخر وهو النهام بكمية المادة المشتهاة.

ومن المعروف في التاريخ الأوروبي أن الفتيات المراهقات كنَّ يأكلنَ موادًا كالجير والفحم والطباشير لأن شحوبَ البشرةِ الناتجُ عن ذلك كانَ يضفي عليهنَّ جاذبيةً وجمالاً!، وهذه الإشاراتُ تتواترُ في التراثِ الأوروبي مرتبطةً بنوعٍ من فقر الدم ينتجُ عن نقص الحديد وتظهرُ المريضةُ شاحبةً مع ميل لون الجلد إلى الاخضرار (Parry & Parry, 1994 : 160) .

وفي حقل ممارسة الطب النفسي يشاهدُ الطبيبُ أو يسمعُ أن مريضَ اضطراب الفصام المزمن المتدهور يأكلُ أشياءً كأعقاب السجائر أو قطع القماش أو القطن أو البراز، كما يحدثُ نفسُ الشيء في الأطفال المصابينَ بالاضطراب الذاتوي أو الاضطراب الاجترارياAutistic Disorder ، وكذلك في الأطفال المتخلفين عقليا حيثُ نراها مع السلوكيات التكرارية ومع سلوكيات إيذاء النفس وفرط الحركة والنشاط الزائد.

وفي أواخر الستينيات ظهرتْ في الدوريات الطبية أبحاثٌ تبينُ ارتباطَ أكل الثلج بفقر دم نقص عنصر الحديد وكذلك اختفاءُ هذا النوع من سلوك الأكل الغريب بعد تصليح النقص وعلاج فقر الدم الناتج عنه رغم أنهُ لم يكن معروفًا على وجه التحديد هل تسببُ أكلُ الثلج في إحداثِ فقر الدم أم تسببَ فقر الدم في إحداثِ سلوك أكل الثلج أو الوحم الشاذ باعتبار الثلج مادةً غير مغذية إلا أن أكلَ الثلج فقط هو النوعُ الوحيد من الوحم الشاذ الذي ما زال يبدو مرتبطًا بنقص الحديد ومستجيبًا للعلاج بإصلاح النقص (Rose et al.,2000 : 353)

لذا أن اعتبار جميع أشكال الوحم الشاذ اضطراباتٍ نفسيةً قد يكونُ خطأ كبيرًا، ومن الأفضل اعتبارها عرضًا قد يشيرُ إلى مرضٍ وقد يشيرُ إلى حالةٍ فسيولوجيةٍ يمرُّ بها الجسد وقد يشيرُ إلى موقفٍ ثقافيٍّ ومعرفيٍّ خاص، ويذكرُ تصنيفُ منظمة الصحة العالمية ICD-10 أن الوحم الشاذ في الأطفال يحدثُ كواحدة من أعراضٍ كثيرةٍ تكونُ جزءًا من اضطرابٍ نفسي أوسع) مثل الذاتوية(Autism) ، أو قد تحدثُ كاعتلالٍ نفسي منفردٍ نسبيًّا، وهيَ ظاهرةٌ أكثر شيوعًا بين الأطفال المتخلفين .

ولكن الوحم الشاذ قد يحدثُ في الأطفال ذوي الذكاء السوي، بينما لا يذكَرُ الوحم الشاذ في تصنيف منظمة الصحة العالمية ضمن اضطرابات الأكل في الكبار إلا تحت اضطرابات الأكل الأخرى حيثُ يشارُ إلى الوحم الشاذ الغير عضوي المنشأ في البالغين (منظمة الصحة العالمية ,1999)

وأما التصنيف الأمريكي الرابع DSM-IV فيعرفُ الوحم الشاذ بالأكل المستمر لموادٍ غير مغذيةٍ لفترةٍ لا تقلُّ عن شهرٍ، دونَ أن يكونَ مصحوبًا بمقتٍ أو رفضٍ للطعام بشكل عام، كما يجبُ أن يكونَ هذا السلوكُ غير مناسبٍ للمرحلة العمرية أي أن لا يكونَ العمرُ أقل من 18 شهراً، لأن من الطبيعي للطفل في السنة الأولى من العمر وحتى منتصف السنة الثانية أن يأخذَ كل ما تمسكهُ يدهُ إلى فمه وكذلكَ يجبُ ألا يكونَ جزءًا من ممارسة ثقافيةٍ مقبولةٍ، كما يجبُ أن يكونَ شديدَ الوطأة بحيثُ يستدعي العرضَ على الطبيب (A.P.A., 1994:788)

النظريات التي فسرت اضطراب الوحم الشاذ

نظرية الأنظمة العائلية

والتي تؤكد أن الديناميات الأساسية المسؤولة عن هذا الاضطراب ترجع إلى الأسرة والعلاقات داخلها، وأكدت أيضاً أن أسرة ذوي اضطرابات الأكل تتسم بأنها أكثر سيطرة وتحكماً ولا تناقش المشكلات الخاصة بالأبناء وخصوصاً الإناث .

أيضاً من الأسباب لاضطرابات الأكل أسلوب التعامل مع الوالدين والعلاقة بينهما، كذلك التأثيرات الاجتماعية واختلال العلاقة الأسرية، والإدراك المشوه للجسم، وتؤكد الدراسات أن الإناث ذوات الإعاقة السمعية تتأثر بهذه الأمور وذلك بسبب افتقارهن للتواصل مع المجتمع المحيط بهن لنظرة المجتمع لهن .

كما تشير الدراسات السيكولوجية إلى أن الإناث ذوات فقدان الشهية العصبي يعانيين من اضطرابات أسرية شديدة، فضلاً عن سوء العلاقة مع الأبوين، وارتفاع معدلات القلق لدى الأمهات وزيادة الاكتئاب لدى الآباء إلى جانب صرامة الأنماط السلوكية من قبل الوالدين وجمودها (Patton et al,1999:765).

كما أن علاقةَ الوحم الشاذ بكل من الشراهة وفقدان الشهية العصبي أمرٌ ما يزالُ في حاجةٍ إلى الكثير من التأمل والدراسة، لأن حدوثَ الوحم الشاذ في مريضات فقدان الشهية العصبي قد يمثلُ محاولةً للاستغناء عن الطعام الذي قد يسببُ البدانةَ بأكلِ أو مضغ موادٍ غير مغذيةٍ وربما حتى دونَ اشتهاء فنجدُ اختياراتِ أكل غريبةً كأكل الثلج وشرب الخل وعصير الليمون, ولكننا نراها في مريضة القهم العصبي مصحوبةً بكرهٍ ورفض وعدم اشتهاءٍ لأنواع الطعام المتعارف عليها، بينما نجدُ الوحم الشاذ في مريضة الشراهة تأخذُ شكلاً مختلفًا حيثُ يمثلُ الاشتهاءُ الملحُّ والرغبةُ الشديدةُ في التهام أنواعٍ معينةٍ من الطعام) خاصةً بكمياتٍ كبيرةٍ (جزءًا مهما من الأعراض (Parry & Parry, 1994 : 160)

واتسع مفهوم الوحم الشاذ في العقود الأخيرة ليشملَ أيضًا بعضَ ما قد يفعلهُ الملتزمونَ بحميةٍ منَحِّفَةٍ، وكذلك ما قد يفعلهُ مرضى القهم العصبي، إذ اعتبرَ شربُ الخل وشرب كمياتٍ كبيرةٍ من عصير الليمون) واعتبرَ أكلُ الثلج كذلك(، شكلاً من أشكال الوحم الشاذ , وإن كانَ للخل والليمون أثرٌ مفيدٌ في إنقاصِ الوزن، كما اعتبرت سلوكياتٌ كمضغ نواةِ زيتونٍ مثلاً أو غيره أو مضغٌ مادةٍ لا تُبْلَعُ نوعًا من أنواع الوحم الشاذ، ونفس السلوكِ موصوفٌ في الحالات التاريخية للقهم العصبي.

كما حدثَ نوعٌ من الربط بينَ مفهومي الوحم الشاذ والشراهة في الحالات التي اعتبرَت فيها الاستجابةُ لرغبةٍ ملحةٍ بالأكل القهري لكمية كبيرة من نوعٍ ما من الأطعمة شكلاً من أشكال الوحم الشاذ ، بل إن دراسةً حديثةً لسلوكيات الأكل في الأطفال والمراهقين قد بينت أن حدوثَ الوحم الشاذ في الطفولة يعتبرُ عاملَ خطورةٍ يمكنُ التنبؤُ على أساسه باحتمال حدوث النهام في سن المراهقة (Foxx&Martin,1975:153)

وينظر في كثير من الأحيان إلى الأسر التي يعاني احد أفرادها من الوحم الشاذ على أنها أسرة مريضة، قد يعاني أفرادها من التصلب، وضعف الحب المتبادل أو الحماية الزائدة من قبل الوالدين للأبناء .

في ضوء ما سبق يتضح أن المناخ الأسري يلعب دوراً مهماً في الوحم الشاذ، بل قد يعد هذا الاضطراب مؤشراً على مرض الأسرة واختلال العلاقات الأسرية فيها، وأكد الباحثون أن الأسرة كنسق اجتماعي يتألف من أعضاء يحدث بينهم تبادل دينامي فيما بينهم، فان حدوث أي ضرر لفرد ما يترتب عليه تأثيرات مباشرة أو غير مباشرة على جميع أفراد الأسرة، فضلا عن ذلك ان الحالة المدركة لهذا الطفل لن تؤثر فقط على الأم والأب والأبناء ولكن ردود أفعال كل فرد من هؤلاء سوف يؤثر بالتبعية على الآخرين (Foxx&Martin,1975:154) .

وأكدت الكثير من الدراسات على أن اضطرابات الأكل لدى الأبناء في مرحلة المراهقة سواء فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي والوحم الشاذ ترتبط ارتباطاً قوياً بالمناخ الأسري السائد في أسرهم، وبالعلاقات الأسرية والتواصل مع أفراد الأسرة وأساليب المعاملة والصراعات الأسرية .(1045`:1989 (McMahon et al ,

نظرية ماسلو

على وفق نظرية الدافعية التي وضعها ماسلو فان هناك عدداً من الحاجات التي يولد الشخص مزودا بها بشكل فطري والتي تعد محركات لسلوكه ، وهذه الحاجات الغريزية هي في العادة موروثة ، أما السلوك الذي يتبناه الشخص لإشباعها فهو متعلم أو مكتسب من بيئته ويتأثر بعوامل مختلفة ، وعلى هذا الأساس فقد وضع ماسلو الحاجات الانسانية الأساسية على شكل بناء هرمي يستند في قاعدته إلى الحاجات الفسيولوجية صعودًا إلى حاجات الأمن والسلامة ، وحاجات الانتماء والحب ، و الحاجة إلى الاحترام والتقدير ، والحاجة إلى تحقيق الذات التي هي قمة الهرم ، ثم أضاف في وقت لاحق إلى

سلم الحاجات حاجتين هما : الحاجات المعرفية والحاجات الجمالية (جورارد ، 1988 : 17) ، أما عن إسلوب الإشباع لهذه الحاجات فيجب أولا إشباع الحاجات الفسيولوجية ثم الانتقال إلى إشباع الحاجات الأعلى فالانا الأعلى ، أي لا يمكن إشباع الحاجة الأعلى الا بعد إشباع الحاجة الأدنى وهكذا صعودا إلى قمة الهرم وأعتقد ماسلو بأن حالات الشذوذ في الاكل مثل الوحم الشاذ والشراهة العصابية تنتج عن أحباط الحاجة الأساسية ، وحتى التطور الخطأ ناتج بصورة عامة من إعاقة الحاجات الأساسية (Donnelly et al ,1990 :81).

وإن أحباط الحاجة هو عامل رئيس في ظهور اضطرابات الاكل وسبباً اساسياً لحالات الشذوذ في كل الحياة (صالح ، 1987 : 135) .

المدرسة السلوكية

تعّد هذه المدرسة التعلم هو المحور الرئيس ، وأن السلوك المرضي يمكن إكتسابه ويمكن التخلص منه كما هو الحال في السلوك العادي. فالعملية الرئيسة في كلتا الحالتين ، هي عملية تعلم ، إذ تتكون الأرتباطات بين مثيرات وإستجابات (الزبيدي والهزاع ، 1997 :179) .

ويرى السلوكيون بأن الوحم الشاذ إنما هو سلوك متعلم (Learned Behavior) ، ومع مرور الزمن تتحول العادات السلوكية الى التزامات يتمسك بها الفرد بوصفها أنماطاً مرضية منذ الطفولة . ويكون تعلم الأعراض التي تظهر في سلوك العصابي من البيئة ، ومن مراحل نموه ، ولاسيما مرحلة الطفولة وبهذا فأن المنحى السلوكي ينظر الى اضطراب الوحم الشاذ بأنها عادات غير توافقية.

ويرى السلوكيون أن الوحم الشاذ نتيجة لاضطراب في عملية التدريب في الصغر ، مما يعطي الدماغ حالة مزمنة من الاضطراب الوظيفي في عمله . ويضع السلوكيون قاعدة الخطأ في التفاعلات الشرطية التي تسبب اضطرابات الاكل ومنها الوحم الشاذ في القشرة الدماغية , كما ان الوحم الشاذ ما هو إلا عادات خاطئة تكونت تدريجياً من سلاسل معينة من الأفعال المنعكسة الشرطية وأنه لعلاج هذه العادات الشاذة يجب إطفاء هذه الأفعال الشرطية المرضية وتكوين أفعال شرطية جديدة تحل محل العادات الخاطئة (Kern,et al ,2006 :136).

وقد تبنت الباحثة النظرية السلوكية في تفسيرها لاضطراب الوحم الشاذ والتي تعد اطارا مرجعيا في تفسير النتائج .

لمحة عن مفهوم التوحد:-

لقد أثار موضوع التوحد وأن لم يكن تحت هذا المسمى اهتمام الكثيرين ومنذ القدم , فحاولوا تفسيره حيث أشارت الروايات والخرافات والسجلات الطبية القديمة إلى وجود اشخاص مصابين بالتوحد عبر التاريخ ,فقد تم تطوير الخرافات لتفسير ماهو غير متوقع أو غير عادي ولقد وصف كل الأشخاص الذين لديهم أعراض التوحد قديماً بأنهم تسكنهم الشياطين وتستحوذ عليهم , في حين برر آخرون ذلك بوجود الملائكة , وكان يشار أليهم عادة بضعيفي العقل , أو السحرة, أو اشخاص متوحشين أو مجانين ,واحيان بالرسل (البطاينة والجراح , 2009 :571) .

واستخدم العلماء العديد من المصطلحات للأشارة إلى الأفراد الذين يعانون من عجز وقصور وأوجه عيوب أو شذوذ عما مألوف ومتعارف عليه من الصفات الحسية والمعرفية ولاجتماعية والانفعالية , فقد أستخدم العلماء مصطلح إعاقة لمرض معين , كما استخدموا كلمة عجز نفسي أو جسدي لاضطراب أو خلل ما (سليمان , 1999 : 48) .

وقد استخدمت مصطلحات عديدة للأشارة إلى التوحد مثل ذهان الطفولة , الأنانية أو الانشغال بالذات, الاحترازية , الأنكفاء , الذاتوية , الطفولية , والاوتيسية ,الاوتيزم , إلا أن هناك شبه أجماع بين الباحثين والمختصين في العالم العربي في الآونة الأخيرة على استخدام مصطلح التوحد حيث أن تعدد المسميات قد يؤدي إلى التداخل وإساءة الفهم في بعض الأحيان (الجارحي ,2005 : 12-17) .

وأن مصطلح التوحد (Autism) يتكون من كلمتين يونانيتن الأولى (Aut) وتعني الذات أو النفس والثانية (Ism) فيعني التوجه أو الحالة , فأن مصطلح (Autism) يعني التوجه الذاتي أو الحالة الذاتية , حيث تعد الذات هي مركز اهتمام الفرد (ريزو وزابل ,1999 : 387) .

ومن ضمن ما أشار اليه العلماء المختصين في العجز النفسي , هو التوحد إذ يعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة للطفل ولوالديه , ولأفراد الأسرة الذين يعيشون معه , والافراد من حوله , ويعود ذلك إلى أن هذا الاضطراب يتميز بالغموض وبغرابة أنماط السلوك المصاحبة له , ويتداخل بعض مظاهره السلوكية مع بعض أعراض إعاقات واضطرابات أخرى (عمارة ,2005 : 69) .

ووصف بعض العلماء التوحد لدى الأطفال بأنه حالة شيزوفرينية واستخدم آخرون مصطلح التوحد الطفولي في مجال التشخيص الاكلينيكي لكونه يتجنب العديد من التفسيرات النظرية , إذ أن هناك العديد

من النماذج السلوكية التي يمكن أن تقع في مجال الفصام الطفولي , وتبدأ نماذج السلوك التوحدي من الطفولة أو خلال السنوات الأولى من العمر ثم يأخذ سلوك الطفل بالتطور بعد سن ثلاث سنوات , ومهما تعددت المصطلحات التي تدل على وجود التوحد في سلوك الأطفال إلا أنه يمثل شكلا من أشكال اضطرابات الانفعالية غير السلوك العادي ونوعاً من أنواع الإعاقة للنمو الانفعالي للأطفال غالباً ما يظهر في السنوات الأولى من العمر وتتمثل بعدد صور القصور والتصرفات غير الطبيعية وفي النمو الاجتماعي والعاطفي والتي تستدعي معه الحاجة إلى التربية الخاصة (الجلبي , 2005 : 14) .

وفي عام (1938) تبنى هانز اسبرجر مصطلح بولبر (التوحد لمضطربي العقل) في محاضرة في المانيا حول علم نفس الطفل , ليصف مجموعة من القصور في السلوك الاجتماعي لدى الأطفال . بدأ الاهتمام بإضطراب التوحد بشكل علمي عام (1943) من خلال دراسة قام بها الطبيب النفسي النمساوي ليو كانر (Leo Kanner) الذي يعمل في مستشفى جونزهوبكنزفي امريكا إذ نشر كانر عام (1943) تقريراً عن التوحد بعنوان "اضطرابات التوحد في مجال التواصل الانفعالي " كان ذلك من خلال فحصه لمجموعة من الأطفال الذين يراجعون وحدة الطب النفسي, يتشابهون في السلوك بشكل مثير للنظر , ولاتتشابه سلوكياتهم مع أية اضطرابات عرفت آنذاك , ولذا أقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي جديد ومنفصل أطلق عليه اسم التوحد الطفولي وبهذه الدراسة وهذا التشخيص ابتدأ تاريخ التوحد (الشربيني , 2004 : 22) .

وفي عام (1962) قامت الباحثة لورا وينج (Wing) بالعديد من الدراسات النمائية حول التوحد وبتأسيس الجمعية الوطنية للتوحد National Autistic Society في المملكة المتحدة البريطانية , كما قامت بكتابة العديد من المؤلفات والبحوث العلمية , أما يوتا فرايث فقد قامت هذه الباحثة الحاصلة على شهادة الدكتوراه في التوحد عام (1968) بالعديد من الاعمال أهمها كتاب (التوحد) وصياغة نظرية العقل مع العالم بارون كوهين , وأفترضت أن التوحديين يعانون من صعوبات واضحة في فهم وجهات نظر ورغبات الآخرين (ابو حلاوة ,2008 : 96) .

وفي عام (1979) نشرت وينغ وقولد (Wing &Gould) دراسة اجرياها في جنوب لندن على مجموعة من الأطفال الذين يعانون من مشكلات تعليمية أو صحية أو نفسية أو أجتماعية وتوصلتا من خلال هذه الدراسة إلى ثلاثة أعراض رئيسية تميز أضطراب التوحد وهي القصور في التفاعل الاجتماعي , القصور في اللغة والتواصل , والقصور في القدرة على التخيل (الشامي , 2004 : 221) .

وقد صنف اضطراب التوحد في عام (1980) على أنه ضمن الإعاقات الأنفعالية الشديدة الإ أنه وفي العام نفسه صنفته الجمعية الامريكية للطب النفسي (APA) من خلال الدليل التشخيصي وللإحصائي للاضطرابات العقلية – الإصدار الثالث (DSM-3) بوضعه أحد الاضطرابات النمائية الشاملة والذي ضم التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة في مرحلة الطفولة المبكرة إذ أشترط الدليل ظهور أعراض التوحد قبل عمر (30) شهراً , وفي ذلك الوقت لم يكن مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة مألوفاً ومتداولاً.

وأصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية – الإصدار الثالث المراجع (DSM-3) عام (1987) الذي تضمن فئة جديدة أطلق عليها مصطلح الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD-NOS) وتم في هذا الإصدار إلغاء محك العمر لظهور الأعراض مع التركيز على المستوى النمائي عند تقييم الأعراض .

وعام (1992) أوردت منظمة الصحة العالمية (WHO) اضطراب التوحد في تصنيفها الدولي العاشر للأمراض (ICD-10) تحت أسم (التوحد الطفولي) وعرفته بأنه اضطراب نمائي شامل يتمثل في نمو غير عادي أو مضطرب أو كليهما معاً , ويظهر في السنوات الثلاث الأولى من حياة الفرد , ويأخذ شكل أداء غير عادي في المجالات الثلاثة التالية : التفاعل الاجتماعي , التواصل , السلوك النمطي والمحدد (Heward,2006:98) .

وفي عام (1994) أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) الإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-4) موسعة مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة تجاوباً لاعتراض الكثير من الباحثين حول أستخدام مصطلح الاضطرابات النمائية غير المحددة الذي لايساعد في تقديم اقتراحات علاجية , إذ قدمت الجمعية في هذا الإصدار مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة التي تضم تحت مظلتها الاضطرابات التالية :

اضطراب التوحد (Autism Disorder), ومتلازمة أسبيرجر(Asperger's syndrome) ومتلازمة ريت (Reet's syndrome) واضطراب الانتكاس الطفولي, ويطلق البعض عليه اضطراب الإنحلال أو التفكك أو التحلل الطفولي بدلاً من كلمة الانتكاس (Childhood Disintegrative Disorder-CDD) , وأخيراً الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified-PDD-NOS) التي يطلق البعض

عليها التوحد غير النمطي (Atypical Autism) , وفي الطبعة الرابعة المراجعة (DSM-4-TR) لعام (2000) تم تصنيفه أيضاً كما ورد في الدليل الرابع السابق (الزراع , 2010 : 11) .

النظريات التي فسرت التوحد :-

النظرية النفسية :-

تعد هذه النظرية من اقدم النظريات المفسرة للتوحد اذ بدأ كانر (Kanner) دراساته في مجال التوحد من خلال مراقبة سلوكيات مجموعة مكونة من (11) طفل توحدي، وأشار في نتائج دراساته إلى أن الوالدين وخاصة الأم تلعب دوراً رئيسياً في حدوث اضطراب التوحد لطفلها عندما لا تزوده بالحب والرعاية والحنان، وأظهر كانر مصطلح الأم الثلاجة (Refrigerated Mother) للتعبير على العلاقة السلبية بين الأم وطفلها. لقد تعرضت فرضية كانر للكثير من النقد والاعتراض وخاصة من أهالي الأطفال التوحديين حيث أكدوا بأنهم يولون أطفالهم الكثير من الاهتمام والرعاية والحنان في مراحل حياتهم المختلفة. كذلك عارض الكثير من الباحثين فرضية كانر ومنهم روتر (Rutter) معللاً ذلك أن الطفل خلال الفترة الحرجة لإصابته بالتوحد والتي ذكرها كانر من (0 – 6) أشهر لا يمتلك الوسائل والأدوات الضرورية لاكتشاف رفض أمه له أو عدم اهتمامها به. ورغم أن الكثير من الدراسات أثبتت فشل الفرضية النفسية في تحديد سبب الإصابة باضطراب التوحد، إلا أن هناك برامج علاجية ما زالت تتبنى نفس المنشأ والأفكار للفرضية النفسية مثل برنامج الأم الحنون (Hannen Project) في الولايات المتحدة الأمريكية حيث يقوم جانب كبير من هذا المشروع العلاجي على تنمية علاقة الحب والحنان بين الأم وطفلها التوحدي. (Wing ,1996:62)

ويرى كانر (Kanner)والتي ترى ان التوحد هو حالة من الهرب والعزلة عن الواقع المؤلم الذي يعيشه الطفل نتيجة اهمال الوالدين ,والجمود والفتور واللامبالاة في العلاقة التي تربطهم بأطفالهم ,وقد يكون ذلك بسبب العلاقة غير الجيدة بين الوالدين ,او نقص وجود ايه مشاعر لدى الام اثناء فترة الحمل ,ويرى بتيلهام (Bettelheim)الذي يعد من المؤيدين لهذه النظرية .ان التوحد بمثابة وسيلة دفاع لرفض الطفل عاطفيا وضد اسلوب التنشئة التي لا تسمح له بالتفاعل الصحيح مع والديه وبخاصة والدته (الظاهر ,2009 :83).

وقد حاول كانر تأكيد نظريته من خلال كتاباته التى اشار فيها الى أن جميع آباء الاطفال الذين تم تشخيصهم بأنهم مصابين بالتوحد من قبله كانو ذوى تحصيل عملى مرتفع ومع ذلك كانو غريبى

الأطوار ، مفرطى الذكاء و الإدراك الذهنى ، صارمين ، منعزلين ، جديين ويكرسون أوقاتهم لأعمالهم أكثر من عائلاتهم . وبناء على ذلك يرى كانر أن إصابة الطفل بالتوحد ترجع ايضا الى وراثة الطفل لعاما بعد أو اتعزال آبائهم عن المجتمع بصورة مبالغ فيها أو ترجع للأساليب الغريبة التى يعتمد عليها هؤلاء الآباء أثناء تربية أطفالهم ، أو قد ترجع الى العاملين السابقين معا . (Wing ,1996:123)

وافترض" كانر " ان هؤلاء الاطفال يتمتعون بذكاء كامن ولديهم ذاكرة صماء ممتازة واشكال وسيمة ,اما الأسباب فقد أشار إلى أنها متعددة هي بسبب الوراثة او خلل في الدماغ الوظيفي ,او التنشئة الأسرية او البرود العاطفي للوالدين ,وأطلق على هذه المتلازمة اسم التوحد الطفو لي (Infantile Autism) (Szatmari,2000: 1980).

نظرية العقل :(Theory of Mind)

يرى فيرث (Frith,1989) ان نظرية العقل تعني القدرة على التنبؤ بالعلاقة بين الحالات الخارجية للأحداث والحالات الداخلية للعقل ,اي انها القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للأفراد الخاصة بأفكارهم ومعتقداتهم ورغباتهم ونواياهم ,وايضا القدرة على استعمال هذه المعلومات لتفسير ما يقولونه وفهم سلوكياتهم والتنبؤ بما سيقومون به لاحقا. (Baron-Cohen,1994:513).

ترى هذه النظرية أن الأطفال التوحديين لديهم القدرة في المستوى الأول من ألادراك مثل أدراك الأشياء والمواد في البيئة من حولهم ,ألا أنهم لا يبلغون المستوى الثاني من تطور الإدراك كفهم معاني الكلام أو توقع سلوك الآخرين .

وتنشا مشكلات التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد بسبب نقص اكتمال تطور الأفكار في العقل بحيث لا يستطيع هؤلاء الأطفال قراءة أفكار ومشاعر الآخرين ونواياهم ورغباتهم ومبادئهم ,ويحلون المشكلات التي تواجههم في المواقف الاجتماعية ,ويمكن التعبير عن ذلك بالتقولب المعرفي الذاتي دون مراعاة لأفكار ومشاعر الآخرين (الظاهر ,2009 :91).

وتركز نظرية العقل على القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للآخرين والتعرف على أفكارهم ورغباتهم واعتقاداتهم، بالإضافة إلى القدرة على استخدام هذه المعلومة لتفسير ما يقولونه، ولإعطاء معنى لسلوكياتهم وللتنبؤ بما سوف يفعلونه في المستقبل (الهويدي، 2001 :173)

إن مشكلة الأطفال التوحديين تكمن في عدم قدرتهم على تكوين نظرية العقل كونهم لا يستطيعون التنبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية فهم لا يرون الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر (الزريقات، 2004 :123). تؤكد الكثير من الأبحاث وجود صعوبة لدى الطفل التوحدي في فهم الحالات الذهنية للآخرين وترى بأن الاضطراب السلوكي في التوحد يمكن أن يرجع إلى عدم قدرة الطفل التوحدي على التفكير، أما الاضطراب الاجتماعي فيرجع إلى عدم قدرته على تقدير الناس كوسطاء لهم عقول وأذهان مستقلة، وأما الاضطراب في التواصل فيرجع إلى عدم القدرة على تمثيل النيات أو التعرف على التغيرات اللفظية باعتبارها نفس أفكار المتحدث (الهويدي، 2001 :175).

ويشير البعض إلى نظرية العقل بإعتبارها القدرة على استنتاج وتقدير الحالات العقلية مثل الاعتقاد، والرغبات، والنوايا والانفعالات .حيث أن نظرية العقل تشير إلى أن الأطفال التوحديين يواجهون صعوبات في هذه القدرة على الاستنتاج .ومثال ذلك فإنهم يجدون صعوبة في تصور أو تخيل الإحساس والشعور لدى الآخرين أو ما قد يدور بذهن الأخرين من تفكير، وهذا بدوره يقود إلى ضعف مهارات التقمص العاطفي وصعوبة التكهن بما قد يفعله الآخرون فالأطفال التوحديون قد يعتقدون بأنك تعرف تمامًا ما يعرفونه هم ويفكرون فيه.

وعلي الرغم من معرفة الأطفال التوحديون لما ينظر إليه الآخرون إلا أنهم يعانون من صعوبة كبيرة في القدرة علي إدراك ما يدور في عقول الآخرين من أفكار (كوهين ، 2000 :93).

نظرية فصام الطفولة :-

وضع هذه النظرية كل من سينجر وويمن Singer & Wymmen فى عام 1963 وقد أشارت هذه النظرية الى أن التوحد هو شكل من أشكال الفصام المبكر (فصام الطفولة) و الذى يمكن أن يتطور فيما بعد في مرحلة المراهقة و يظهر أعراض الفصام كاملة فى هذه المرحلة . ووفقا لهذه النظرية فالطفل يوجد في بيئة تتسم بالتفاعل الأسرى غير السوى فلا يشعر بالتكيف و التوافق النفسي الانفعالي مما يؤدى الى رغبة الطفل فى تحقيق التوازن النفسي الانفعالي و لكنه يفشل فى تحقيق ذلك ومع تكرار محاولاته و إخفاقه يصاب بالإحباط والاكتئاب النفسي و لذلك ينسحب انفعاليا من هذا التفاعل المنفر و من ثم يبدأ الطفل فى توجيه انتباهه الى ذاته لتحقيق التكيف النفسي الانفعالي مع ذاته و ليس مع الآخرين ثم يستغرق فى توجيه انتباهه الى احلامه نحو عالمه الداخلي الخاص به ، ومع نمو الطفل يظل

منغلقا على ذاته فتظهر و تتطور لديه أعراض شبيهة بأعراض الفصام (أعراض التوحد) (عبد العزيز : 1999 : 39).

النظرية الاجتماعية :-

يرى رواد هذه النظريات أنه يمكن النظر الى التوحد باعتباره اضطراب في التواصل الاجتماعي حيث أن المهارات اللغوية و الادراكية للأطفال التوحديين كانت طبيعية في البداية و نتيجة لظروف التنشئة الاجتماعية ينتج عنها انسحاب الطفل من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به ، و انغلاقه على ذاته لإحساسه بعدم التكيف كما بينت أيضا أن التوحديين لديهم إعاقات عضوية تعوق عملية التواصل مع الآخرين بصورة طبيعية كما اوضحت تلك النظرة الاجتماعية أن ميول و اتجاه آباء و أمهات الاطفال التوحديين تلعب دورا أساسيا في اعاقة ميكانزم التواصل مع هؤلاء الاطفال ، كما أن ظروف التنشئة الاجتماعية التي تتسم بالعواطف الجافة و نقص التواصل اللفظي بين الابوين و الطفل تعد من العناصر الاساسية المسببة للتوحد وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة التي تتكون فيها شخصية الطفل حيث انها تؤدى الى انسحاب الطفل من التفاعل مع العالم الخارجي و انغلاقه على ذاته ،و أشارت لورنا وينج .L , Wing الى أن القصور الأساسي في التوحد هو قصور اجتماعي ، وهذا القصور الاجتماعي يظهر فى ثلاث مجالات مختلفة أطلقت عليها اسم أوجه القصور الثلاثية للتفاعل الاجتماعي (الظاهر,2009 : 80).

النظرية العصبية :-

اشار الباحثون الى ان التوحد قد يرتبط باضطراب في المنظومة العصبية للمخ خاصة ما يتعلق بالفص الصدغي والمخيخ ,فقد وجد نتيجة الاختبارات التصويرية للدماغ وجود ضمور في المخيخ وصل الى (13 %)عند التوحديين وهو المسؤول عن تنسيق الحركة والتوازن وقد يكون هناك خلل في الفص الامامي وهو المسؤول عن وظائف التخطيط والتحكم .

وتوصل بيفن واخرون (Peven et al,1996)ان حجم الدماغ لدى الافراد المصابين بالتوحد اكبر من الافراد غير المصابين به (Peven et al,1996 :114).

ووجد ايضا ان حجم الفصوص في المخيخ اصغر حجما لدى التوحديين مقارنة بالعاديين ,وهذا له علاقة بالقدرة على الانتباه .

كما ان الخلل في بعض المهارات الأطفال التوحديين مثل ضعف القدرة على حل المشكلات ,والتصلب وتدني تقبل التغيير يرتبط بوجود خلل في أغشية الدماغ ,كما أن التكوين المعقد في جذع الدماغ للطفل المصاب بالتوحد يؤدي الى الفشل في التزود بإثارة مناسبة وهناك من يرى ان جذع الدماغ اقصر عند الأطفال التوحديين مقارنة بجذع دماغ الأفراد العاديين.

وأشار كوهين وبولتون (2000)ان درجة تركيز حامض (الهوموفانيليك)(Homoranilic Acid)مرتفعة في السائل المخي المنتشر بين انسجة المخ والنخاع الشوكي لدى التوحديين قياسا بالعاديين (العادلي ,2014 :34) .

النظرية الكيميائية :-

ان الدراسات التي اجريت في تاثيرات العوامل الكيميائية اشارت الى وجود عوامل كيميائية قد تؤثر في الاداء الوظيفي لاجزاء من المخ ,ويعد السيروتونين (Serotonin)من النواقل العصبية المهمة في الجهاز العصبي المركزي .

ويتحكم في العديد من الوظائف والعمليات السلوكية ومنها افراز الهرمونات والنوم وحرارة الجسم والذاكرة والسلوك النمطي ,وينشا السيروتونين في الدم من جدران الاحشاء ,ويتم هدمه خلال عملية الايض وفي حالة وجود مشكلات في عملية الايض يترسب بكميات اعلى في الدم او البول لدى التوحديين ,وامكن خفض تركيزه بتناول عقار فينفلارمين (Fenflarmine),وقد لوحظ تحسن الاداء اللغوي لدى التوحديين والسلوك الاجتماعي والذكاء .

كما تلعب زيادة تركيز الدوبامين (Dopamine)في الدماغ الاوسط ,دورا في السلوكيات التوحدية مثل النشاط الزائد والنمطية والطقوسية والتوتر والنعاس واشار كامبل واخرون (Campbell et al 1982,)الى ان تناول عقارات تخفض نسبته يؤدي الى خفض سلوكيات النمطية وايذاء الذات (114: Peven et al,1996).

النظرية البيولوجية :-

يرى المهتمون بهذا المجال ان الاصابة بالتوحد تحدث نتيجة العومل البيولوجية ,وتنحصر هذه العوامل في الحالات التي تسبب الاصابة في الدماغ قبل او اثناء او بعد الولادة ,مثل اصابة الام بمرض

معدي خلال الحمل او تعرضها للنزيف او تناولها عقاقير طبية اثناء الحمل او كبر سن الام (الظاهر ,2009 :90).

وكذلك فان نقص الاوكسجين والولادة المبكرة والعملية القيصرية والحوادث والصدمات البيئية التي تصيب الراس ,والولادة العسرة تزيد من احتمالية الاصابة بالتوحد .

ويمكن تقسيم الأسباب البيولوجية للتوحد الى ما ياتي :-

الأسباب الجينية :-

وتمثل هذه الاسباب ,الاضطرابات التي قد يرثها الفرد من والديه ,وقد تحدث احيانا اضطرابات جينية لا يحمل جيناتها اي من الوالدين لكنها تحدث لوقوع اضطراب ما خلال ازدواج كروموسوم الاب والام مما يؤدي الى زيادة عدد الكروموسومات او نقصها او قلب او حذف بعضها وهذا الخلل يؤدي الى عدد كبير من الاضطرابات المختلفة ,وفقا للكروموسوم الذي حدث فيه الاضطراب ,واختلف الباحثين في الكروموسومات المؤدية لحدوث التوحد ,فبعضهم ربط بين التوحد والكروموسوم الثالث واخر ربط بين التوحد والكروموسوم السابع واخر بالكروموسوم الخامس عشر, وبعضهم اشار الى وجود علاقة بين الخلل في الكروموسوم(X) وبعض حالات التوحد المقترن بالتخلف العقلي وتسهم الوراثة باعتبارها سبب من الاسباب المؤدية الى حالات التوحد ,وقد أشارت الدراسات الى ان حالات التوحد بين التوائم المتطابقة بلغت (95,7 %) بينما أشار بايلي وآخرون (Bailey etal,1997)الى ان النسبة بلغت (60 %) (العادلي ,2014 :36) .

استنتج الباحثون أن نمط وراثة التوحد متعدد الجينات أي انه يحكمه عدد من الجينات التي تتفاعل معاً ويكون أشد مظاهره التوحد مكتملاً بجميع معاييره التشخيصية وأخف مظاهره اضطرابات اجتماعية أو لغوية أو صعوبات إدراكية وهذا الاستعداد الجيني لظهور اضطرابات مختلفة ضمن أفراد اسر الأشخاص التوحديين يعرف باسم النموذج الوراثي الواسع النطاق .

ويرى الخبراء أن الغالبية من الأطفال المصابين بالتوحد تظهر عليهم علامات تدلل على اضطرابات في النمو منذ اليوم الأول لمولدهم، و في الوقت الحالي يسود الإعتقاد بأن التوحد يحدث نتيجة اضطراب في الجينات، وليس نتيجة عامل نفسي، ويعتقد الخبراء أن وجود طفل يعاني من التوحد في العائلة يهدد بإنجاب أطفال آخرين يعانون من نفس المرض، وتتراوح نسبة الاحتمال في هذا الشأن ما

بين 5.10 % وترتفع نسبة الخطر إلى 60 % في حال وجود توائم متطابقة في العائلة، تعاني من التوحد.

اما حالات التوحد بين التوائم الأخوية فقد بلغت (23%).كما وجد والش (Walsh,2003)ان أخوة الأطفال المصابين بالتوحد أكثر عرضة لظهور مشكلات اجتماعية ولغوية قد تصل بين (10 –15 %)(الظاهر ,2009, 89).

ورغم ندرة التزاوج بين المصابين بالتوحد، فإن البحوث وجدت أن النسب يلعب دوراً كبيراً في توارث المرض، ويطلق على الحالات من هذا النوع «مرضى أسبرغر»، وهو مرض يصنف كخلل عام في النمو، ويعد جزءاً من مرض التوحد.

وأثمرت جهود الباحثين والخبراء مؤخرا عن اكتشاف جين هام في تطور مرض التوحد أطلقوا عليه اسمShank 3، لاعتقادهم أن هذا الجين يلعب دوراً رئيسياً في تنظيم الروابط بين الأعصاب داخل الدماغ، ويأمل العلماء في أن يساعدهم في فهم كيفية ولادة هذا الخلل السلوكي(العادلي ,2014 :37).

الأسباب الغذائية :-

أوضحت بعض الدراسات التي تناولت تحليل بول أطفال توحديين أنهم ينتجون مقادير كبيرة جدا من الأحماض الامينية تسمى البيبتيد أحماض هاضمة أو يكون لديهم تركيزات غير طبيعية من المستقلبات كحامض اليوريك وغيره وماتم الاتفاق عليه إن حوالي 5% فقط من الأشخاص التوحديين يعانون اضطرابات ايضية هذا بالإضافة إلى إن بعض الباحثين ذكروا إن الأطفال الذين يعانون التوحد لديهم صعوبة في التمثيل الايضي للبروتين الموجود في الحليب ومنتجات الحبوب جلوتين وكاسين وقد أوضحوا إن جزيئات البروتينات تكون سلسلة طويلة من البيبتيدات قد تحدث انتفاخا في جدار أمعاء الأطفال التوحديين لتصبح الأمعاء منفذة وهكذا يمكن أن تتسرب كمية غير طبيعية من هذه الأحماض الهاضمة من الأمعاء وتسير في مجرى الدم وهو ما يعرف باسم متلازمة الأمعاء المسيلة وهذا هو السبب وراء ارتفاع نسبتها في بول بعض الأشخاص التوحديين ومن خلال مجرى الدم تصل إلى المخ وتلتصق بخلايا المخ فيكون لها اثر المخدر الافيوني عليه انعكاسات هذه العملية قد تغير التركيبة الكيميائية للمخ فتنتج سلوكيات التوحد وقد طرحت طريقة للعلاج من خلال حمية غذائية تمنع الطفل من تناول أطعمة مكونة من الجلوتين أو الكاسين وقد أوصى بعض العلماء أمثال برنارد ريملاند وبول شاتوك يوصون بإتباع مثل هذه الحمية الغذائية وهناك من رفضها لأنها لاتستند على أدلة علمية كافية ولان الحالات التي

تحسنت من بعض أعراض التوحد لم يتم اختيارها بشكل عشوائي بل اختيرت مجموعة لديها مشكلات معينة وهناك من الأسر من يقول بل ساعدت الحمية الغذائية ابني فإيهما اصح فنقول بان إتباع الحمية الغذائية قد تساعد فئة من الأطفال التوحديين ولكنها لاتشفي تماما كما أنها لا تناسب ولا تساعد الكثير منهم وأشارت نظرية أخرى إلى أن الأطفال التوحديين نسبة مرتفعة من الخمائر وهذه الخمائر قد تسبب التوحد ووفقا لما ورد عن د شو كثيرا ما يتعرض الأطفال المصابون بالتوحد لالتهابات الأذن وبسببها يتناولون الكثير من المضادات الحيوية التي تؤدي لزيادة نمو الخمائر في الأمعاء وتنخفض بالتالي المناعة لديهم وهكذا فقد وجدت علاقة تربط بين الخمائر والمضادات الحيوية والتوحد ويعد هذا الدليل من اضعف الأدلة فليس هناك أدلة قوية وكافية تثبت العلاقة المباشرة بين ارتفاع نسبة الخمائر والمضادات الحيوية وأنهما من مسببات التوحد . (الظاهر,2009 : 90).

الدراسات السابقة :-

الدراسات التي تناولت اضطراب الوحم الشاذ :-

دراسة تيرن–سويني (2006)

استهدفت الدراسة التعرف على اضطرابات الاكل لدى الاطفال ما قبل سن المراهقة ,اجريت الدراسة على عينة مكونة من (347) من الاطفال ’اظهرت النتائج ان ربع الاطفال يعانون من اضطرابات الاكل ,كما اظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة في اضطرابات الاكل لدى الاطفال على وفق متغير النوع (الذكور – اناث) ,كما تم التعرف على اثنين من الانماط المميزة لاضطرابات الاكل الاول هم اضطراب الشراهة هو نمط من السلوكيات المفرطة في تناول الطعام وشراء المواد الغذائية واشارات النتائج الى وجود ارتباط بين هذا الاضطراب واضطرابات نفسية حادة اخرى وسوء المعاملة في الرعاية ,اما النمط الثاني من اضطرابات الاكل هو اضطراب الوحم الشاذ الذي يرتبط مع ايذاء الذات والذي يرتبط ارتباطا وثيقا بالعاهات الخلقية (Tarren–Sweeney ,2006: 621–632)

دراسة أشوورث (2009)

استهدفت الدراسة التعرف على خصائص الحياة الاجتماعية لدى البالغين من الذين يعانون من اعاقة ذهنية ولديهم اضطراب الوحم الشاذ ,اجريت الدراسة على عينة من الاشخاص البالغين المقيمين في مؤسسات متخصصة للأشخاص ذوي الاعاقة الذهنية وقد بلغ عددهم (1008)شخص وكان من بينهم

(220) شخص اي بنسبة (21.8٪) من العينة الكلية يعانون من اضطراب الوحم الشاذ ,ولاستخراج النتائج استعمل تحليل الانحدار المتعدد لمعرفة العلاقة بين الوحم الشاذ ومؤشرات مختلفة من العلاقات الاجتماعية والأنشطة، واظهرت النتائج ارتباط الوحم الشاذ بشكل كبير مع زيادة احتمال عدم وجود علاقة قوية وداعمة مع الأسرة، وعدم التواصل الاجتماعي، وغياب المشاركة في الأنشطة ذات الاهتمام منذ فترة طويلة، فضلا عن عدم مشاركتهم في الانشطة الترفيهية ؛ ولم يظهر اي ارتباط بين الوحم الشاذ والصراع بين الافراد (Ashworth et al , 2009: 512-520)

دراسة وليامز واخرون (2009)

استهدفت الدراسة تعرف اثر برنامج علاجي طويل الاجل قائم على تحسين البيئة لدى المعاقين عقليا من الذين يعانون من اضطراب الوحم الشاذ ,بلغت عينة البحث (16) شخص من المعاقين عقليا استمرت الدراسة تسع سنوات وقعت قبل التدخل العلاجي تسع عمليات جراحية لحوادث متصلة باضطراب الوحم الشاذ لدى المعاقين عقليا ,خضع المشاركين في الدراسة الى اجراءات تقيميه بما في ذلك نظافة الفم والفحص البصري وضبط النفس ,اظهرت نتائج التدخل العلاجي انخفاض اعراض الوحم الشاذ لدى (85 %) من المشاركين في الدراسة من المعاقين عقليا كما اظهرت نتائج التدخل العلاجي الى انخفاض نسبة العمليات الجراحية الناتجة عن الوحم الشاذ لدى المعاقين عقليا (Williams et al ,2009:210-215) .

الدراسات التي تناولت التوحد

دراسة بانك (1983)

استهدفت الدراسة تقييم أنماط التفاعل الانفعالي بين الأطفال التوحديين وإباءهم، وقد اشتملت الدراسة على سبعة أطفال توحديين تراوحت أعمارهم ما بين 3,7 سنة و 6,4 سنة، وقد استخدم نظام ترميز تفاعل بانك Bank Interaction Coding System وقد أشارت النتائج أن الأنماط التواصلية الانفعالية للأطفال التوحد مع إباءهم كان محدودة جداً ومدته قصيرة(الزريقات والامام ,2009 :6)

دراسة كوتش وموريندا (2005)

استهدفت الدراسة معرفة اثر ادخال القصة الاجتماعية لخفض الفوضى للاطفال الذين يعانون من التوحد ,وبلغت عينة الدراسة ثلاثة اطفال اعمارهم (3–6)سنوات ,واستعمال مقياس لخفض الفوضى ,وقد اظهرت النتائج فاعلية استعمال القصة الاجتماعية في تحقيق السلوكيات المناسبة وخفض سلوك الفوضى ,واشارت النتائج الى امكانية تراجع هذه السلوكيات المناسبة في حال لم يتم اكمال برنامج القصة الاجتماعية (Kouch &Morenda ,2005 : 219–27).

دراسة الزريقات و الامام (2009)

هدفت الدراسة إلى التعرّف على مستوى الأداء النفسي والتربوي لدى عينة من أطفال التوحديين في المراكز المتخصصة في تشخيص وعلاج أطفال التوحد في مدينة عمان بالأردن. ولتحقيق هدف الدراسة فقد تم تصميم اختبار التقييم النفسي والتربوي للأطفال التوحديين والذي اشتمل على 87 فقرة موزعة على سبعة أبعاد رئيسة هي: المعرفي، الاجتماعي الانفعالي، اللغة الاستقبالية، اللغة التعبيرية، الحركات الكبيرة، الحركات الدقيقة، والأنشطة والاهتمامات. وقد تم التحقق من صدق الأداة وثباتها. وتكونت عينة الدراسة من 40 طفلاً توحدياً تم اختيارهم من أربعة مراكز متخصصة في مدينة عمان. واستخدم الباحثان اختبار (ت) وتحليل التباين الأحادي في الإجابة على أسئلة الدراسة. وأشارت النتائج إلى أن أداء أفراد الدراسة في المجمل كان ضعيفاً على أبعاد الأداة المستخدمة، وقد جاءت الأبعاد وفقاً لمتوسطاتها كالأتي: الحركات الكبيرة، والأنشطة والاهتمامات، والحركات الدقيقة، واللغة الاستقبالية، والمعرفي، واللغة التعبيرية، والاجتماعي الانفعالي. كما أشارت النتائج إلى أن متغير المؤهل الأكاديمي للمعلم كان دالاً على جميع أبعاد الاختبار النفسي والتربوي، أما متغير خبرة المعلم فقد كان دالاً فقط على بعدي اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية. وأظهرت البيانات أيضا أن متغير جنس الطفل كان دالاً في أبعاد اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية والحركات الدقيقة وذلك لصالح الإناث. وأوصت الدراسة بضرورة إكساب الأطفال التوحديين المهارات الأساسية والمشار إليها في أداة الدراسة. (الزريقات والامام ,2009 :1-21)

مناقشة الدراسات السابقة:

1- لقد تم استعراض دراسات سابقة وقد اختار الباحثان هذه الدراسات لأنها ذات علاقة بمتغير البحث الحالي واكتفى الباحثان بالدراسات ذات المنهجية الواضحة وايضاً الدراسات ذات الفائدة الأكبر من غيرها في بحثها واعتمد الباحثان على بعض الدراسات الحديثة وقد اتضح الباحثان من خلال هذه

الدراسات ان الوحم الشاذ لا يقتصر فقط على الاطفال ويمكن ان يوجد لدى الاشخاص البالغين والنساء الحوامل , اما بخصوص المنهجية والاجراءات المتبعة في هذه الدراسات. ومدى افادة البحث الحالي منها. فقد تبين أن معظم هذه الدراسات قد اعتمدت المنهج الوصفي مما دفع الباحثان الى اعتماد ذات المنهج .

2- اما في ما يتعلق بالأدوات المستخدمة والمعتمدة في قياس الوحم الشاذ في الدراسات السابقة. فكانت متعددة ومختلفة تبعاً للتباين الموجود في تلك الدراسات في المتغيرات التي تناولتها. اذ اعتمد بعضها على مقاييس تم اعدادها من قبل باحثين آخرين .

3- من حيث العينة ونوعيتها اغلبها اختارت عينات قصدية او عشوائية من مجتمع قصدي ومن الاطفال المعاقين والتوحديين .

4- وقد افادت الباحثان من هذه الدراسات في اجراءات البحث وفصوله جميعها خصوصاً في وضع اجراءات البحث ومنهجيته.

الفصل الثالث إجراءات البحث

يتضمن هذا الفصل عرضاً للإجراءات التي يتطلبها البحث والتي يمكن أن يحقق بها أهدافه.

اولا :-مجتمع البحث .

يتكون مجتمع البحث من الأطفال التوحديين المتواجدين والمسجلين في معهد النهال للتوحد وصعوبات التعلم ويبلغ عدد الأطفال فيه (30) منهم (14) ذكور و (16) إناث , والأطفال التوحديين المتواجدين والمسجلين في معهد رامي للتوحد وصعوبات التعلم وعددهم (57) طفلاً منهم (31) ذكور و (26) إناث وقد بلغ عدد أفراد المجتمع الكلي (87) طفلاً وطفلة و الجدول (1) يوضح ذلك .

جدول(1)
توزيع أفراد مجتمع البحث بحسب متغير النوع (ذكور-اناث)

اسم المعهد	عدد الذكور	عدد الإناث	المجموع
النهال	14	16	30
رامي	31	26	57
المجموع	45	42	87

ثانيا :- عينة البحث .

وتتكون عينة البحث من أطفال التوحد المتواجدين في معهد النهال ومعهد رامي وقد بلغ عدد أفراد العينة (83) طفلا وطفلة منهم (43) ذكور و(40) إناث والجدول (2) يوضح ذلك

الجدول (2)
عدد الاطفال (الذكور والاناث)موزعين حسب المعهد والنوع

اسم المعهد	الذكور	الاناث	المجموع
النهال	**13**	**16**	**30**
رامي	**30**	**24**	**57**
المجموع	**43**	**40**	**83**

ثالثا- أداة البحث:

ولأجل قياس أعراض الوحم الشاذ *pica disorder* لدى اطفال التوحد وتحقيقا للهدف الاول في البحث ، كان على الباحثان القيام ببناء مقياس يتناسب مع المرحلة العمرية لأفراد مجتمع البحث بالاعتماد على أي من المراجع التشخيصية المعتمدة عالمياً (الكراسة التشخيصية والإحصائية لجمعية الطب النفسي الأمريكية/الإصدار الخامس) (DSM– IV) أو المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض– تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية/ الصادر عن منظمة الصحة العالمية (ICD/10), ويغطي أعراض الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد ، ويناسب البيئة العراقية لذلك اتبع الباحثان الخطوات الاتية في بناء المقياس .

1. تحديد مجالات مقياس الوحم الشاذ :

إن بعض المقاييس النفسية، وإن كان بعضها لا يتطلب تحديد مجالاتها، فإن البعض الآخر منها قد يتطلب تحديد هذه المجالات وإبراز أهمية كل مجال بحيث تتضمن فقرات كل مجال ما يناسب أهمية كل مجال الذي يمثله في الوظيفة المقاسة , وبما أن الباحثان اعتمدا على (الكراسة التشخيصية والإحصائية لجمعية الطب النفسي الأمريكية/الإصدار الخامس (DSM– IV) لذا فقد تم تحديد مجالات (المعايير التشخيصية)لاضطراب الوحم الشاذ في ضوء (DSM– IV) وهذه المعايير هي :–

1. الأكل المستمر لمواد غير غذائية لفترة شهر على الأقل .
2. أكل المواد غير الغذائية غير مناسب للمرحلة النمائية .

3. السلوك الطعامي ليس جزءاً من ممارسة مقبولة ثقافياً.

4. إذا حدث السلوك الطعامي حصراً أثناء سير اضطراب عقلي آخر (مثل، التخلف العقلي، اضطراب نمائي شامل، فصام)، فإنه يكون من الشدة بما يكفي ليستحق انتباهاً سريرياً مستقلاً.

2. تصحيح المقياس :

صيغت فقرات مقياس اضطراب الوحم الشاذ (ملحق /1) بالاتجاه الذي يقيس اضطراب الوحم الشاذ ، أما بدائل الاستجابة نحو مضمون الفقرة فهي (نعم ,قليلا ,لا) ، وأعطيت الدرجات (1,2,3)لكل استجابة تنطبق على الفقرة.

3. عرض الاداة على الخبراء

ويقصد به مدى تمثيل الاختبار للمحتوى المراد قياسه ويشير ايبل (Ebell: 1972) الى ان افضل طريقة للتأكد من صدق المقياس هو عرض فقراته على مجموعة من الخبراء للحكم على مدى صلاحيتها في قياس الخاصية التي وضع لأجلها وقد تحقق هذا النوع من الصدق عندما عرض المقياس بفقراته البالغة (30) فقرة (ملحق 1) على (10) خبراءً (ملحق /2)من المتخصصين في التربية وعلم النفس والاختبارات والمقاييس وقد حصلت فقراته على نسبة اتفاق تراوحت ما بين (80-100%) والجدول (3) يوضح ذلك .

جدول (3)
اراء المحكمين في صلاحية فقرات مقياس الوحم الشاذ

ت	أرقام الفقرات	الموافقون		المعارضون	
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
1	,1,2,3,4,6,8,9,19,10,12,13 ,25,26,27,28,29	10	%100	-	-
2	,5,7,11,15,16,17,20,21,22,23,30 ,14,18,24	8	%80	1	%20

4. التحليل الإحصائي للفقرات:

يعرف التحليل الإحصائي انه الدراسة التي تعتمد على التحليل المنطقي الاحصائي والتجريبي لفقرات الاختبار وذلك للتعرف على قوة تمييز الفقرة لغرض تحسينها وأعداد الصيغة النهائية للاختبار وقد تم حساب القوة التمييزية للفقرة بتطبيق المقياس على عينة من (87) طفلا وطفلة من اطفال التوحد وقد تم حساب نسبة (27%) من الدرجات العليا و(27%) من الدرجات الدنيا وقد بلغت (48) استمارة بواقع (24) استمارة لكل مجموعة ثم استخدم الاختبار التائي (t-test) لعينتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق في كل فقرة بين هاتين المجموعتين المتطرفتين واتضح من خلال القيم التائية لدلالة الفروق ان الفقرات (12,15)غير مميزة عند درجة حرية (46) ومستوى دلالة (0.05) وقد بلغت القيمة الجدولية (2.012)، اما باقي الفقرات فكانت مميزة كما في جدول (4)

جدول (4)
القيم التائية لفقرات مقياس الوحم الشاذ باستخدام أسلوب العينتين المتطرفتين

ت	قيمة T المحسوبة	ت	قيمة T المحسوبة	ت	قيمة T المحسوبة
1	**2.19**	**11**	**2.49**	**21**	**2.86**
2	**3.20**	***12**	**0.52**	**22**	**9.94**
3	**5.80**	**13**	**10.26**	**23**	**4.42**
4	**7.91**	**14**	**3.65**	**24**	**4.74**
5	**6.55**	***15**	**0.95**	**25**	**7.82**
6	**4.36**	**16**	**6.94**	**26**	**8.13**
7	**4.69**	**17**	**3.52**	**27**	**7.51**
8	**3.24**	**18**	**7.47**	**28**	**3.67**
9	**4.26**	**19**	**9.80**	**29**	**5.89**
10	**6.09**	**20**	**4.76**	**30**	**8.86**

علاقة الفقرة بالدرجة الكلية

يعد هذا الاسلوب من أدق الوسائل المستخدمة في حساب الاتساق الداخلي للمقياس ولقد تم استخراج معامل تمييز فقرات مقياس الوحم الشاذ باستخدام معادلة الارتباط بيرسون بين درجات الافراد على كل فقرة وبين درجاتهم الكلية على مقياس الوحم الشاذ ولـ (87) استمارة وهي الاستمارات نفسها التي خضعت للتحليل بأسلوب العينتين المتطرفتين . وقد تبين ان جميع معاملاًت الارتباط كانت مميزة على وفق معيار الن Allen باستثناء فقرتين ،إذ أشار إلى ان الفقرة يمكن قبولها اذا كان معامل الارتباط بينها وبين المجموع الكلي (0.30) فأكثر ، وترفض إذا كان دون ذلك (Allen & Yen, 1979 , 124)والجدول (5) يوضح ذلك .

جدول (5)
معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس الوحم الشاذ والدرجة الكلية عليه

ت	معامل ارتباطها	ت	معامل ارتباطها	ت	معامل ارتباطها
1	0.41	11	0.42	21	0.50
2	0.48	*12	0.15	22	0.52
3	0.55	13	0.45	23	0.45
4	0.87	14	0.42	24	0.73
5	0.45	*15	0.17	25	0.49
6	0.33	16	0.47	26	0.98
7	0.43	17	0.49	27	0.74
8	0.31	18	0.40	28	0.53
9	0.43	19	0.45	29	0.51
10	0.31	20	0.51	30	0.45

6.صدق المقياس

إن مفهوم الصدق (Validity) يعني أن يكون المقياس ذا صلة وثيقة بالظاهرة التي يقيسها، وأن يكون المقياس قادراً على أن يميز بين المتغير أو الظاهرة المدروسة عن المتغيرات أو الظواهر التي يحتمل أن تخلط بها أو تتداخل معها. كما أشارت انستازي (Anastasi) في هذا الصدد إلى أن الصدق هو تجميع للأدلة التي نستدل بها على قدرة المقياس على قياس ما أعد لقياسه (Anastasi, 1976 : 134)، وقد تحقق في المقياس الحالي الصدق الظاهري , ولقد تحقق هذا النوع من الصدق وذلك من خلال عرض فقرات المقياس قبل تطبيقه على مجموعة من المحكمين الذين يتصفون بخبرة تمكنهم من الحكم على صلاحية فقرات المقياس، وقد بين أيكن (Aiken) إن الصدق الظاهري لأي مقياس يتحقق إذا تم عرضه قبل التطبيق على مجموعة من المحكمين الذين يتصفون بخبرة تمكنهم من الحكم على صلاحية فقرات المقياس للخاصية المراد قياسها، بحيث تجعل معدل المقياس مطمئناً إلى آرائهم ويأخذ بالأحكام التي يتفق عليها معظمهم (Aiken, 1979 : 7). وهكذا فقد تحقق للباحثان هذا النوع من الصدق لمقياس الوحم الشاذ وذلك عندما تم عرض فقراته وتعليماته على مجموعة من المحكمين المختصين في علم النفس والذين وافقوا على صلاحية فقرات المقياس وتعليماته وبدائله وطريقة تصحيحه.

7.ثبات المقياس

يقصد بثبات المقياس الاتساق في النتائج ، ويعد المقياس ثابتاً إذا أعطى نتائج متسقة عند إعادة تطبيقه ، وقد استخرج الثبات لمقياس الوحم الشاذ بطريقتين هما :

أ. إعادة الاختبار:-

استعمل الباحثان طريقة إعادة الاختبار لاستخراج معامل الثبات ، فقد جرى سحب عينة عشوائية مؤلفة من (40) طفل وطفلة من اطفال التوحد أعيد عليها تطبيق المقياس بعد مضي إسبوعين من بداية التطبيق الأول ، إذ تشير الأدبيات الى أن المدة بين التطبيق الاول والتطبيق الثاني تمتد بين أسبوع الى أسبوعين وبحسب طبيعة الظاهرة . وبعدها أوجدت العلاقة بين درجات التطبيقين باستعمال معامل ارتباط بيرسون ، إذ بلغ (0.91) ، وتعد هذه القيمة مقبولة لأغراض البحث العلمي .

ب. التجزئة النصفية :-

قسمت الفقرات في هذه الطريقة الى نصفين ، تألف كل نصف من (14) فقرة ، وقد جرى التقسيم على أساس الفقرات الفردية والزوجية ، وبعد حساب معامل إرتباط بيرسون بين نصفي الاختبار وجد أنه (0.81) ولما كان معامل الارتباط المستخرج هو لنصف الاختبار ، لذا فقد جرى تعديله باستعمال معادلة سبيرمان – براون وقد بلغ معامل الثبات للمقياس باستعمال هذه الطريقة (0.92) ، وتعد هذه القيمة مقبولة موازنة بالدراسات السابقة.

رابعا :- **التطبيق النهائي**:

بعد التأكد من صلاحية أداة البحث الحالي ملحق (3) تم تطبيقه على عينة البحث التي تم اختيارها والتي قوامها (87) طفلا وطفلة من اطفال التوحد وذلك من خلال تطبيق المقياس على امهات اطفال التوحد .

خامسا : **الوسائل الإحصائية**

لمعالجة بيانات هذا البحث استعمل الباحثان الوسائل الإحصائية الآتية

1. الاختبار التائي T –test لعينة واحدة

2. الاختبار التائي T– test لعينتين مستقلتين

3. معامل ارتباطاً بيرسون

4. معـادلة سبيرمان بـراون

الفصل الرابع

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصل إليها البحث الحالي على وفق أهدافه المرسومه ، ومناقشة تلك النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة في هذا البحث وكما يأتي :

1. بناء مقياس الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد .

وقد تحقق هذا الهدف من خلال أتباع الاجراءات العلمية المتعلقة ببناء هذا المقياس وقد تم استعراض هذه الاجراءات في الفصل السابق .

1. التعرف على الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد .

كان المتوسط الحسابي لعينة اطفال التوحد على مقياس الوحم الشاذ البالغة (83) طفلا وطفلة يبلغ (66.2048)وهو اعلى من المتوسط الفرضي للمقياس والبالغ (56) ، وبعد تطبيق الاختبار التائي لعينة واحدة تبين ان القيمة التائية المحسوبة (12.270) وهي ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (82)، مما يشير إلى الاطفال المتوحدين لديهم وحم شاذ ، والجدول(6)يوضح ذلك .

جدول (6)

الاختبار التائي لدلالة الفروق بين متوسط درجات الوحم الشاذ والمتوسط الفرضي للعينة

العينة	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
اطفال التوحد	83	66.2048	7.57686	56	12.270	1.96	0.05

ووفقا للمعايير التي حددها الـ (DSM–IV) ان عينة الاطفال المتوحدين لديهم اعراض اضطراب الوحم الشاذ وهي الاكل المستمر لمواد غير غذائية ولا تصلح للأكل .

ولا يعتبرُ التصنيفُ الأمريكي الوحم الشاذ اضطرابًا مستقلاً وقائمًا بذاته إلا في الأطفال، وبما ان عينة البحث هم الاطفال المصابين بالتوحد لذلك يعد اضطراب الوحم الشاذ اضطرابا مستقلا بذاته (A.P.A., 1994:788).

ويمكن تفسير هذه النتيجة وفقا للنظرية السلوكية بأن الوحم الشاذ إنما هو سلوك متعلم (Learned Behavior) ، ومع مرور الزمن تتحول العادات السلوكية الى التزامات يتمسك بها الفرد بوصفها أنماطاً مرضية منذ الطفولة . ويكون تعلم الأعراض التي تظهر في سلوك العصابي من البيئة ، ومن مراحل نموه ، ولاسيما مرحلة الطفولة وبهذا فأن المنحى السلوكي ينظر الى اضطراب الوحم الشاذ بأنها عادات غير توافقية.

ويرى السلوكيون أن الوحم الشاذ نتيجة لاضطراب في عملية التدريب في الصغر ، مما يعطي الدماغ حالة مزمنة من الاضطراب الوظيفي في عمله . ويضع السلوكيون قاعدة الخطأ في التفاعلات الشرطية التي تسبب اضطرابات الاكل ومنها الوحم الشاذ في القشرة الدماغية , كما ان الوحم الشاذ ما هو إلا عادات خاطئة تكونت تدريجياً من سلاسل معينة من الأفعال المنعكسة الشرطية وأنه لعلاج هذه العادات الشاذة يجب إطفاء هذه الأفعال الشرطية المرضية وتكوين أفعال شرطية جديدة تحل محل العادات الخاطئة (Kern,et al ,2006 :136).

2. التعرف على الفروق في الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد على وفق متغير النوع(ذكور –اناث).

كان الوسط الحسابي لعينة الذكور من الاطفال المتوحديين على مقياس الوحم الشاذ (67.0233) و الانحراف المعياري (7.45618) بينما كان الوسط الحسابي لعينة الاناث على نفس المقياس (66.2000) و الانحراف المعياري (7.57932) وبعد تطبيق الاختبار التائي لعينتين مستقلتين تبين ان القيمة التائية المحسوبة(0.499) ، وهي غير ذات دلالة معنوية عند مستوى (0.05) ودرجة حرية (81)مما يشير إلى انه لا توجد فروق بين الذكور والاناث في الوحم الشاذ وجدول(7) يوضح ذلك .

جدول (7)

الاختبار التائي لدلالة الفروق بين متوسطي درجة الوحم الشاذ على وفق متغير النوع

الجنس	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة0.05
ذكور	43	67.0233	7.45618	0.499	2.014	غير ذات دلالة
اناث	40	66.2000	7.57932			

بينت النتائج في الجدول (7) عدم وجود فرق دال في الوحم الشاذ يعزى الى متغير النوع (ذكور–اناث) .

ووفقا لدليل التصنيف الأمريكي ان الوحم الشاذ يحدثُ في كل الأعمار وفي الجنسين، لكنها أكثرُ حدوثًا في الأطفال الصغار وفي النساء الحوامل، ورغم وجود إشاراتٍ تاريخيةٍ إلى احتمال وجود دورٍ للوراثة في حدوث الوحم الشاذ حيثُ تظهر اعراضه في أجيالٍ متتاليةٍ(A.P.A., 1994:788).

وتتفق هذه النتيجة مع ما اشار اليه إدواردز(1994) ينتشر هذا الاضطراب بصورة متساوية بين الاطفال الذكور والاناث ولكن يندر وجوده بين المراهقين والذكور البالغين . ابحاث اخرى تشير الى ان 25% – 33% من الاطفال الصغار يعانون من تناول الاشياء غير المأكولة كما انه يشكل مانسبته 20% في الاطفال الذين يعانون من مشاكل فكرية(Edwards et al , 1994 : 930).

التوصيات :-

1. ضرورة تفهم مقدمي الرعاية الأساسية والوالدين الى طبيعة المرحلة التي يمر بها الطفل التوحدي والتغييرات التي تحدث فيها ، إذ يجب أن يسعوا بشكل واسع الى تقديم الدعم والإسناد والدفء الأسري لخلق حالة التوازن في سلوكهم .
2. توجيه وتوعية الاسرة على عدم الاساءة للطفل التوحدي واتباع اساليب تربوية سليمة من قبل الوالدين .
3. خلق اجواء اسرية ملائمة الطفل التوحدي والحد من تأثير الاجواء الاسرية غير الملائمة التي تعرض الطفل الى ظهور اعراض اضطراب الوحم الشاذ.
4. إشراك الطفل التوحدي الذي يعاني من اعراض اضطراب الوحم الشاذ في انشطة مختلفة , مما يساعده على التخلص من الطاقة المكبوتة لديه .

5. بناء برنامج علاجي للتخفيف من اعراض الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد .

6. استخدام هذا المقياس من قبل المتخصصين في التشخيص النفسي لأعراض اضطراب الوحم الشاذ .

المقترحات :-

يقترح الباحثان ما يأتي :

1. اجراء دراسات تستهدف التعرف على العلاقة بين اضطراب الوحم الشاذ واساليب المعاملة الوالدية .

2. اجراء دراسة للتعرف على انجح الاساليب العلاجية للتعامل مع الاطفال من ذوي اضطراب الوحم الشاذ .

3. اجراء دراسات تستهدف علاقة اضطراب الوحم الشاذ بالإهمال العاطفي .

4. اجراء دراسة عن علاقة الوحم الشاذ باضطرابا عناد التحدي وفرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه

المصادر :-

1. ابو حلاوة , محمد سعيد (1997) :**المرجع في اضطرابات التوحد (التشخيص والعلاج)** رسالة ماجستير منشورة كلية التربية دمنهور , جامعة الاسكندرية .

2. ابو هندي ,وائل (2011) **اضطرابُ العقعقة Pica من أين جاءَ الاسم؟**,منتدى اطفال الخليج .

3. البطاينة أسامة والجراح عبد الناصر (2007) : **علم نفس الطفل غير العادي ط1** ,دار المسيرة للنشر والتوزيع , عمان , الاردن.

4. الجارحى ,سيد (2010) **استخدام القصة الاجتماعية كمدخل للتغلب على القصور فى مفاهيم نظرية العقل لدى الأطفال التوحديين** ,بحث منشور على شبكة الانترنيت.

5. الجلبى ,سوسن شاكر (2005) : **التوحد الطفولى " أسبابه – خصائصه – تشخيصه – علاجه**". ط1 , دمشق , سوريا, مؤسسة علاء الدين .

6. جورارد ، سيدني ، م ، وتيد لندزمن (1988) : **الشخصية السليمة** ، ترجمة حمد دلي الكربولي وموفق الحمداني، جامعة بغداد ، مطبعة التعليم العالي.

7. دياب, فردوس(2011) **اضطرابات الأكل ..بين الطبيعي والمرضي**,بحث منشور على شبكة الانترنيت.

8. ذيب ,الشيخ,رائد موسى علي (2004)**تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الاطفال التوحديين وقياس فاعليته** ,اطروحة دكتوراه غير منشورة ,الجامعة الاردنية ,كلية الدراسات العليا.

9. ريزو وزابل (ترجمة) عبد العزيز الشخص وزيدان **السرطاوي** . (**1999**) **تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيًا**، الإمارات :دار الكتاب الجامعي.

10. الزبيدي، كامل علوان , والهزاع ، سناء مجول (1997) :**بناء مقياس للصحة النفسية لطلبة الجامعة**، بحث منشور، مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد(22)، بغداد .

11. الزراع ,نايف بن عابد (2010)**المدخل لاضطراب التوحد المفاهيم الاساسية وطرق التدخل** , عمان ,دار الفكر العربي

12. الزريقات ,ابراهيم (2004)**التوحد الخصائص والعلاج** ,عمان دار وائل للنشر .

13. الزريقات ,ابراهيم عبد الله ,الامام ,محمد صالح (2009) **التقييم النفسي والتربوي لدى عينة من أطفال التوحد بالأردن** ,المؤتمر السنوي الرابع عشر ,مركز الإرشاد النفسي , جامعة عين شمس.

14. سليمان ,عبد الرحمن سيد (1999) **سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (أساليب التعرف والتشخيص)**، الجزء الثاني، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

15. الشامي ,وفاء (2004)**خفايا التوحد ,اشكاله واسبابه وتشخيصه** ,جدة ,منشورات مركز جدة للتوحد .

16. الشربينى ,لطفى زكريا (2004) : **طفل خاص بين الاعاقات والمتلازمات – تعريف** وتشخيص. ط1 , القاهرة: دار الفكر العربى.

17. شقير زينب محمد (2002)**إحذر اضطرابات الأكل، الشره العصبي، السمنة المفرطة، فقدان الشهية العصبى**، مجلد2، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

18. صالح ، قاسم حسين (1987) : **الانسان من هو** ، بغداد ، مطبعة جامعة بغداد.

19. الصبي , عبد الله(٢٠٠٣) **التوحد وطيف التوحد** الطبعة الأولى , الرياض ,المملكة العربية السعودية. مكتبة الملك فـهد الوطنية أثناء النشر.

20. صلاح , شهلاء سعدي (2004) **أثر الموسيقى في خفض تشتت الانتباه لدى الاطفال التوحدين**,رسالة ماجستير غير منشورة ,الجامعة المستنصرية ,كلية التربية الاساسية .

21. الظاهر ,قحطان احمد (2009)**التوحد** ,عمان ,دار وائل للنشر .

22. الظاهر ,قحطان(2005) **مدخل إلى التربية الخاصة** , دار وائل للنشر ,الطبعة الأولى

23. العادلي ,راهبة عباس ,(2014) **فاعلية برنامج تدريبي باستخدام القصص الاجتماعية والموسيقى واللعب في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين** ,مجلة كلية التربية الاساسية ,العدد 75 .

24. عبد العزيز إمام, إلهامى (1999) : **سيكولوجية الفئات الخاصة دراسة فى حالة الذاتوية.** ط1 , القاهرة , دار الكتب .

25. عبد الموجود ,سيد أبو زيد (2001) **اضطرابات الأكل لدي المراهقين والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية**، علم النفس، العدد 59، السنة الخامسة عشر ,ص ص 156-163 .

26. عمارة ,ماجد السيد (2005) : **إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق** ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

27. فراج ,عثمان لبيب (2002 ") .**برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد (4)** النشرة، الدورية لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، السنة التاسعة عشر، العدد2

28. كوهين , سايمون (2000)**حقائق عن التوحد** , ترجمة د/ عبد الله إبراهيم الحمدان ،الرياض , إصدار أكاديمية التربية الخاصة.

29. منظمة الصحة العالمية (1999): **المكتب الإقليمي لشرق المتوسط المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض** ICD/10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ،النسخة العربية ، الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية .

30. هويدي ,محمد عبد الرزاق(1997)**استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر** . ندوة استراتيجيات وبرامج التدخل العلاجي للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة , برعاية مؤسسة زايد بن سلطان آل نهيان للأعمال الخيرية والإنسانية – أبو ظبي .

31. A.P.A. (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
32. Aiken ,R.L(1979) : Psychological Testing and Assessment. Allyn & Bacon Inc.
33. Allen ,M.& Yen(1979) : Introduction To Measurement Theory. California: Brook Cole.
34. Anastasi, A. (1988) Psychological Testing (6th Ed.). New York: Macmillan
35. Ashworth, Melody; Martin, Lynn; Hirdes, John P.(2008) Prevalence and Correlates of Pica among Adults with Intellectual Disability in Institutions, Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, v1 n3 p176-190 .
36. Baron-Cohen, S. (1994). How to build a baby that can read minds: Cognitive mechanisms in mindreading. Cahiers de Psychologie Cognitive/ Current Psychology of Cognition, 13, 513–552.
37. Carter, Stacy L.(2009) Treatment of Pica Using a Pica Exchange Procedure with Increasing Response Effort, Education and Training in Developmental Disabilities, v44 n1 p143-147 .
38. Castiglia PT. Pica. J Pediatr Health Care 1993;7: 174-5.

39. Clark, Alex; Browne, Sarah; Boardman, Liz; Hewitt, Lealah; Light, Sophie(2016) Implementing UK Autism Policy & National Institute for Health and Care Excellence Guidance--Assessing the Impact of Autism Training for Frontline Staff in Community Learning Disabilities Teams, British Journal of Learning Disabilities, v44 n2 p103-110 .
40. Cormack, Fredanna A. D.; Drolet, Judy C.(2012) Assessment of Anemia Knowledge, Attitudes and Behaviors among Pregnant Women in Sierra Leone, Health Educator, v44 n2 p9-16, 36
41. Danford, D. E., & Huber, A. M. (1982). Pica among mentally retarded adults. American Journal of Mental Deficiency, 87, 141–146.
42. Donnelly, D. R., & Olczak, P. V. (1990). The effect of differential reinforcement of incompatible behaviors (DRI) on pica for cigarettes in persons with intellectual disability. Behavior Modification, 14, 81–96.
43. Edwards CH,Johnson AA, Knight EM, et al. Pica in an urban environment. J Nutr 1994;124(6 Suppl): 9545-62S.
44. Foxx, R. M., & Martin, E. D. (1975). Treatment of scavenging behavior (coprophagy and pica) by overcorrection. Behavioral Research and Therapy, 13, 153–162.
45. Henningfield, J. E., Schuh, L. M., & Jarvik, M. E. (1995). Pathophysiology of tobacco dependence. In F. Bloom & D. Kupfer (Eds.), Psychopharmacology: The fourth generation of progress (pp. 1715–1729). New York: Raven Press
46. Heward, W.L. (2006), " Labeling and Eligibility for Special Education", Pearson Allyn Bacon Prentice Hall.
47. Hiroyuki Tokue: Yoichiro Takahashi, Satoshi Hirasawa, Sachiko Awata, Susumu Kobayashi, Takehiro Shimada, Azusa Tokue, Rie Sano, Yoshihiko Kominato , Yoshito Tsushima (2015) Intestinal obstruction in a mentally retarded patient due to pica, Annals of General Psychiatry
48. http://akhbar.alaan
49. Kenny, Lorcan; Hattersley, Caroline; Molins, Bonnie; Buckley, Carole; Povey, Carol; Pellicano, Elizabeth(2016) Which Terms Should Be Used to Describe Autism? Perspectives from the UK Autism Community, Autism: The International Journal of Research and Practice, v20 n4 p442-462 .
50. Kern, Lee; Starosta, Kristin; Adelman, Barry Eshkol (2006) Reducing Pica by Teaching Children to Exchange Inedible Items for Edibles, Behavior Modification, v30 n2 p135-158.
51. McMahon, B., Cataldo, M. F., Collier, M. E., Haggerty, R. J., Holford, T. R., Hulka, B. S., Leff, J., Leverett, D. H., Magee, P. N., Mirvish, S. S., Moore, C., Tanzer, J. M., & Thompson, T. I. (1986). Health applications

of smokeless tobacco use. Journal of the American Medical Association, 255, 1045–1048.
52. Olney,M,F(2002)Working with Autism and other Social ,communication disorders .Journal Renabilitation .66(4).51-57
53. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R(1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. 318(7186):765–8.
54. Piven, J., Harper, J., Palmer, P., and Arndt, S. (1996) 'Course of behavioural change in autism: aretrospective study of high-IQ adolescents and adults.' Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry 35, 4, 523–29.
55. Rashid, Farhan; Davies, Laura; Iftikhar, S. Y.(2010) Magnetised Intragastric Foreign Body Collection and Autism: An Advice for Carers and Literature Review, Autism: The International Journal of Research and Practice, v14 n2 p139-145 .
56. Rennan Y; Yiu, Cynthia K. Y.; King, Nigel M.; Wong, Virginia C. N.; McGrath, Colman P. J.(2015) Oral Health among Preschool Children with Autism Spectrum Disorders: A Case-Control Study, Autism: The International Journal of Research and Practice, v19 n6 p746-751 .
57. Rose, E.A., Porcerelli, J.H., Neale, A. V., (2000) : Pica: Common but Commonly Missed. J Am Board Fam Pract 13(5):353-358. . Parry-Jones , B and Parry-Jones ,W.LI (1994) : Implications of Historical Evidence for the Classification of Eating Disorders, A Dimension Overlooked in DSM-III-R and ICD-10. : British Journal of Psychiatry , 165 , Page 287-292.
58. Smith,D,(2001)Introduction to Special;Education:Teaching in Age of challenge .Boston ,Allyn and Bacon.
59. Szatmari, P., Bryson, S., Streiner, D., Wilson, L. and Ryerse, C. (2000) 'Two-year outcome of preschool children with autism and Asperger's syndrome.' Americal Journal of Psychiatry 157, 1980–1987.
60. Tarren-Sweeney, Michael(2006) Patterns of Aberrant Eating among Pre-Adolescent Children in Foster Care, Journal of Abnormal Child Psychology, v34 n5 p621-632
61. Williams, Don E.; Kirkpatrick-Sanchez, Sharon; Enzinna, Christie; Dunn, Jacqueline; Borden-Karasack, Deborah(2009) The Clinical Management and Prevention of Pica: A Retrospective Follow-Up of 41 Individuals with Intellectual Disabilities and Pica, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, v22 n2 p210-215
62. Wing, L. (1996) The Autistic Spectrum. London, Constable.

الكتاب السنوي لمركز ابحاث الطفولة والامومة/ جامعة ديالى ، المجلد الحادي عشر ، عدد خاص ص ص 59-80 ، 3 نيسان 2017 ISSN 1998- 6424

التوحد . مفهومه، أسبابه أعراضه، وعلاجه

أ.م. د مهدي كاظم داخل
الجامعة المستنصرية – كلية الآداب – قسم علم النفس

في عام 1943 م كتب الطبيب النفسي ليوكانر Leo Kanner مقالة تصف أحدى عشر مريضا تابع حالتهم على مدى سنوات في عيادته، هؤلاء الأطفال كانوا يتصفون بمجموعة من الأعراض المرضية تختلف عن الأعراض النفسية التي تعود على متابعتها أو قرأ عنها في المنشورات والكتب الطبية، وقد أستعمل مصطلح التوحد Autism لأول مرة للتعبير عنها، وتتابعت البحوث والدراسات في محاولة لإجلاء الغموض عنه.

من المصادفات العجيبة أكتشف العالم النمساوي Hans Asperger في فينا بالنمسا عام 1943 م حالات تختلف في سماتها وإعراضها عن حالات كانر المسماة بالتوحد، وقام بنشر بحثه باللغة الألمانية، وتداولته بعض الدوائر العلمية المحيطة في

أوروبا، ولم يتم التعرف عليه في أمريكا بسبب الحرب العالمية الثانية، وفي عام 1981 ألتقي أسبرجر بأحدي أطباء الأطفال الإنجليزية Lorna Wing والتي تعاني أبنتها من اعراض التوحد في أحدى اللقاءات العلمية في فيينا، وقامت بتلخيص بحثة ضمن سلسلة من دراسة الحالات كانت تقوم بإصدار تقارير دورية عنها باللغة الإنجليزية، وفي عام 1991 أصدر العالم البريطاني Frith كتابة عن التوحد والاسبرجر الذي نشر فيه نتائج بحوث أسبرجر باللغة الإنجليزية، والتي كانت سابقا تسمى التوحد ذو الأداء الوظيفي العالي high functioning autism أو أعاقة التوحد الخفيف mild autism، ومن ثم عرفت تلك الحالة وسميت باسم مكتشفها " متلازمة أسبر جر Asperger`s Syndrome، بعد دراسة آلاف الحالات في اوروبا وأمريكا، مما برر اعتباره أعاقة مستقلة بالإضافة إلى التوحد تحت مظلة اضطرابات النمو الشائعة

حالات أخرى سميت " متلازمة ريت Rett`s syndrome" باسم مكتشفها الطبيب النمساوي Dr. Andreas Rett، الذي أكتشف وجود حالات تختلف في أعراضها وسماتها عن التوحد، وقام بمتابعة تلك الحالات لعدة سنوات، وكتب عن نتائج بحوثة مقالا في أحد الدوريات العلمية عام 1965 باللغة الألمانية، فلم تثير مقالته أي اهتمام في الدوائر الطبية، وفي عام 1985 قام الطبيب السويدي Bengt Hagberg بترجمة هذا المقال ونشرة باللغة الإنجليزية، ثم قام هذان الطبيبان " بينجت

وريت" بزيارة أمريكا ودراسة عدد من حالات الفتيات الأمريكيات، وأثناء زيارتهما لمعهد في مدينة بالتيمور بولاية ميريلاند أعلنا عن إصابة بعض الفتيات بنفس الأعراض والسمات، والتي عرفت بعد ذلك بمتلازمة ريت، وبعدها

تكونت الجمعية الدولية لمتلازمة ريت التي استهدفت الكشف عن حالاتها وتوعية الآباء والأمهات وأجراء البحوث العلمية للكشف عن العوامل المسببة والبحث عن أساليب العلاج أو إيقاف التدهور الذي يميزها.

- **مفهوم التوحد** :

– التوحد Autism مشتق من كلمة Autos وتعني النفس او ذاتي او ذاتي الحركة Ism وتعني الحالة غير السوية وهذا المصطلح Autism مأخوذ من اللغة الإغريقية وتنقسم الى شقين Autos وتعني النفس وكذلك Ism وتعني الحالة غير السوية وغير مستقرة فهي حالة اضطراب ولا تعني كما يعتقد البعض ان التوحد هو الانطواء ويفهم التوحد هو الشخص المصاب بهذه الحالة فهو متوحد بخياله يعاني من ضعف الترابط الاجتماعي مع الغير فضلا عن التوحد ناتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ

– **تعريف جمعية التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية** أذ عرفوا التوحد بأنه عبارة عن إعاقة في التطور متعلقا بالنمو عادة تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وهي تنتج عن اضطراب التوحد ليسوا على وتيرة واحدة ونمط سلوكي واحد بل مختلفون فمنهم شديد التوحد ومنهم في حالة اضطراب توحد اقل شدة

– **تعريف أخر التوحد** هو اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ غير معروف الأسباب يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع

الآخرين وضعف واضح في التفاعل وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب وظهور أنماط شاذة من السلوك وضعف في اللعب التخيلي.

– **او هو أحد الاضطرابات النمائية** التي تصيب الأطفال. وتتميز هذه الاضطرابات بصفتين مهمتين متلازمتين هما: التأخر في النمو والانحراف في مسار النمو..

- **تعريف جلبر** : على انه أزمة سلوكية تنتج عن أسباب عدة تتسم بقصور اكتساب مهارات التواصل والعلاقات الاجتماعية وسلوك نمطي وضعف في مهارات اللعب

– **تعريف منظمة الصحة العالمية** : انه اضطراب نمائي تظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ويؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي واللعب والتواصل الاجتماعي

– هو اضطراب نفسي اجتماعي يشمل مجموعة من جوانب الشخصية على شكل متلازمة

هناك اضطرابات أخرى كثيرة تشبه التوحد منها: ضعف السمع ، التخلف العقلي ، وصعوبات التعلم واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

- نسبة الانتشار:

نتيجة للاهتمام المتزايد بهذا الاضطراب ونتيجة ظهور أكثر من أداة للتشخيص لحالات التوحد فان هناك اتفاق على ان نسبة ظهور هذا الاضطراب أخذه في التزايد فقد أشارت بعض الدراسات إلى ان النسبة تصل إلى (15–20حالة 10000) لكل حالة ولادة حية،

كما أشارت دراسة أخرى إلى ان النسبة تكاد تصل (1–500)حالة ولادة حية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية والتي أشارت إلى إن حالات التوحد بأنماطها المختلفة وأشكالها تصل الى (5000000)يمكن وصفهم بان لديهم حالة توحد او احد إشكال طيف التوحد.

وأشارت الدراسات إلى إصابة الذكور أكثر من الإناث أي تصبح النسبة (1–2) أي كل أنثى مقابل ذكران ويظهر التوحد في مختلف الطبقات الاجتماعية والمستويات الثقافية والعرقية وان انتشار مرض التوحد بين الأطفال بازدياد.

- **أسباب التوحد**:

مازالت الأبحاث والدراسات تجري حتى ألان لمعرفة الأسباب المؤدية لحالات التوحد لذا لم يتوصل العلماء إلى مسببات التوحد الأساسية فضلا عن عدم قدرتهم على الكشف عن تأثيرات هذه الحالة في البيئة الدماغية ووظائف او الخصائص الكيميائية للدماغ ويمكن نوضحها بعدة عوامل منها:

– عوامل متعددة وقد يتفاعل عاملان او أكثر تشمل ما يأتي

- عوامل جينية
- عوامل بيولوجية
- عوامل نيرولوجية
- عوامل نفسية
- إصابات في المخ
- الشلل الدماغي
- الإعاقة العقلية
- الأسباب البينية
- الالتهاب الدماغي
- تأثير المطاعيم
- التسمم بالمعادن الثقيلة منها الرصاص
- نفاذية الأمعاء للكازئين والجلوتين

ليس هنالك عامل واحد ووحيد معروفا باعتباره المسبب المؤكد، بشكل قاطع، لمرض التوحد. ومع الاخذ بالاعتبار تعقيد المرض، مدى الاضطرابات الذاتوية وحقيقة انعدام التطابق بين حالتين ذاتويتين، اي بين طفلين ذاتويين، فمن المرجح وجود عوامل عديدة لاسباب مرض التوحد.

اعتلالات وراثية:

اكتشف الباحثون وجود عدة جينات (مورثات – Gens) يرجح ان لها دورا في التسبب بالذاتوية. بعض هذه الجينات يجعل الطفل اكثر عرضة للاصابة بهذا الاضطراب، بينما يؤثر بعضها الاخر على نمو الدماغ وتطوره وعلى طريقة اتصال خلايا الدماغ فيما بينها. ومن الممكن ان جينات اضافية، اخرى، تحدد درجة خطورة الامراض وحدتها. وقد يكون اي خلل وراثي، في حد ذاته وبمفرده، مسؤولا عن عدد من حالات الذاتوية، لكن يبدو، في نظرة شمولية، ان للجينات، بصفة عامة، تاثيرا مركزيا جدا، بل حاسما، على اضطراب الذاتوية. وقد تنتقل بعض الاعتلالات الوراثية وراثيا (موروثة) بينما قد تظهر اخرى غيرها بشكل تلقائي (Spontaneous).

عوامل بيئية: جزء كبير من المشاكل الصحية هي نتيجة لعوامل وراثية وعوامل بيئية، مجتمعة معا. وقد يكون هذا صحيحا في حالة الذاتوية، ايضا. ويفحص الباحثون، في الآونة الاخيرة، احتمال ان تكون عدوى فيروسية، او تلويثا بيئيا (تلوث الهواء، تحديدا)، على سبيل المثال، عاملا محفزا لنشوء وظهور مرض التوحد.

عوامل اخرى: ثمة عوامل اخرى، ايضا، تخضع للبحث والدراسة في الآونة الاخيرة، تشمل: مشاكل اثناء مخاض الولادة، او خلال الولادة نفسها، ودور الجهاز المناعي في كل ما يخص الذاتوية. ويعتقد بعض الباحثين بان ضررا (اصابة) في اللوزة (Amygdala) – وهي جزء من الدماغ يعمل ككاشف لحالات الخطر – هو احد العوامل لتحفيز ظهور مرض التوحد.

تمحور احدى نقاط الخلاف المركزية في كل ما يتعلق بالتوحد في السؤال عما اذا كانت هنالك اية علاقة بين التوحد وبين جزء من اللقاحات (Vaccines) المعطاة للاطفال، مع التشديد، بشكل خاص، على التطعيم (اللقاح) الثلاثي (MMR Triple vaccine –) الذي يعطى ضد النكاف (Mumps)، الحصبة (Rubeola / Measles) والحميراء (الحصبة الالمانية – Rubella / German Measles) ولقاحات اخرى تحتوي على الثيميروسال (Thimerosal)، وهو مادة حافظة تحتوي على كمية ضئيلة من الزئبق.

بالرغم من ان غالبية اللقاحات المعطاة للأطفال اليوم، لا تحتوي على الثيميروسال، وذلك ابتداء من العام 2001، الا ان الخلاف والجدل ما زالا قائمين. وقد اثبتت دراسات وابحاث شاملة اجريت مؤخرا انه ليست هنالك اية علاقة بين اللقاحات وبين الذاتوية.

وقد تظهر الذاتوية لدى اي طفل من اي اصل او قومية، لكن هنالك عوامل خطر معروفة تزيد من احتمال الاصابة بالذاتوية. وتشمل هذه العوامل :

جنس الطفل: اظهرت الابحاث ان احتمال اصابة الاطفال الذكور بالذاتوية هو اكبر بثلاثة . اربعة اضعاف من احتمال اصابة الاناث

التاريخ العائلي: العائلات التي لديها طفل من مرضى التوحد، لديها احتمال اكبر لولادة طفل اخر مصاب بالمرض. ومن الامور المعروفة والشائعة هو ان الوالدين او الاقارب الذين لديهم طفل من مرضى التوحد يعانون، هم انفسهم، من اضطرابات معينة في بعض المهارات النمائية او التطورية، او حتى من سلوكيات ذاتوية معينة.

اضطرابات اخرى: الاطفال الذين يعانون من مشاكل طبية معينة هم اكثر عرضة للإصابة بالذاتوية. هذه المشاكل الطبية تشمل: متلازمة الكروموسوم X الهش (Fragile x syndrome)، وهي متلازمة موروثة تؤدي الى خلل ذهني، التصلب الحدبي (Tuberous sclerosis)، الذي يؤدي الى تكون وتطور اورام في الدماغ، الاضطراب العصبي المعروف باسم "متلازمة توريت" (Tourette syndrome) والصرع (Epilepsy) الذي يسبب نوبات صرعية.

سن الوالد: يميل الباحثون الى الاعتقاد بان الابوة في سن متأخرة قد تزيد من احتمال الاصابة بالتوحد.

قد اظهر بحث شامل جدا ان الاطفال المولودين لرجال فوق سن الاربعين عاما هم اكثر عرضة للإصابة بالذاتوية بـ 6 اضعاف من الاطفال المولودين لأباء تحت سن الثلاثين عاما. ويظهر من البحث ان لسن الام تأثيرا هامشيا على احتمال الاصابة بالذاتوية.

أعراض التوحد:

ضعف في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ويتصفون بالعزلة المفرطة والانسحاب والتجنب للمواقف الاجتماعية عاجزين عن التواصل مع المحيطين وكأنهم في قوقعة

- عدم القدرة على التواصل البصري وارتباط شديد بالجمادات لا بالأشخاص

- خلل في الحواس

- ضعف في اللعب والتخيل
- ظهور أنماط شاذة من السلوك
- الاستخدام المتقطع للغة
- الانعكاس الضميري بمعنى يثبت ضمير أنت عوضا عن ضمير أنا أيضا يكون عاجز عن استخدام حرف الجر مثلا الطعام على الطاولة فهو لا يفهم هذا بل يقول طعام طاولة
- النمطية بمعنى تكرار التصرفات غير المعقولة بصورة تلقائية
- التمسك بالرتابة بمعنى يفضل الطفل التوحدي العمل الروتيني
- عدم ربط الأحداث وعدم إدراك معنى الأشياء فضلا عن عدم ربط الأحداث مع بعضها
- المظهر البدني والجسمي العادي.

نظرا لأهمية الموضوع

نأخذ مقتطفات من كتاب دليلك للتعامل مع التوحد مأخوذة من موقع إرشادي في السعودية خاص د. رابية إبراهيم حكيم تخصص الطب النفسي للأطفال من جامعة لندن اكينكز كولج والطب النفسي العام من الكلية الملكية بايرلندا وشهادة ترخيص بتطبيق الاختبارات الخاصة بالتوحد من جامعة كامبرج مع شكري الكبير لها

– من هو مسؤول عن تشخيص التوحد؟

يشترك في تقيم التوحد عدد من الاختصاصات

أولا :الناحية الطبية

عن طريق طبيب نفسي او طبيب نفسي أطفال او طبيب أطفال متخصص في النمو والتطور او طبيب أعصاب أطفال

ثانيا : تقيم القدرات العقلية

عن طريق الأخصائي النفسي (علم النفس الاكلينيكي)

ثالثا: تقيم الناحية اللغوية

عن طريق أخصائي التخاطب

المسؤول الأول والمباشر عن التشخيص عادة في وطننا العربي هو الطبيب المؤهل ...الذى له خبرة في تشخيص حالات التوحد او تلقي تدريبا عليه ...سواء كان طبيب نفسي. آو نفسي اطفال او طبيب اطفال متخصص في النمو والتطور او طبيب أعصاب أطفال كما ذكرنا أعلاه

والحقيقة هناك عدد كبير من الأخصائيين النفسيين (علم النفس الاكلينيكي) في الخارج تلقوا تدريب خاص عن تشخيص التوحد ..وبالتالي هم مؤهلين للقيام بهذه المهمة ...اما في بلادنا العربية فما زال عدد الاخصائيين النفسيين المؤهلين لذلك قليل...لذا يقوم بهذه المهمة الطبيب فهو الذى يقوم بدراسة أعراض التوحد لدى الطفل بشكل مكثف سواء كان بتطبيق مقايس مخصصة او مراقبة اكلينيكية ..

كذلك يقوم الطبيب بطلب الفحوصات المخبرية من تحاليل دم وأشعة وغيره...لاستبعاد اى أمراض أخرى مثل التي سوف نتحدث عليها لاحقا .

بعد ذلك يحتاج الطبيب الى تقيم لقدرات الطفل العقلية ومستوى ذكاءه ...وهذه الاختبارات يقوم بها الأخصائي النفسي...ثم تقيم الناحية اللغوية للطفل من قبل أخصائي التخاطب.

ثم بعد ذلك يوضع البرنامج التعليمي الخاص للطفل والخطة الفردية له

ما العمر الذى يمكن ان نشخص فيه التوحد؟-

يشخص التوحد من عمر ثلاثين الى ستة وثلاثين شهرا أي من سنتين ونصف الى ثلاث سنوات.. (تصحيح الان أصبح من الممكن التشخيص المبكر من عمر 18 شهر)ومن المهم التشخيص المبكر ...حتى يمكن تطبيق برامج التدخل المبكر

ولكن في بعض الحالات قد لا تكون الإعراض التوحدية واضحة ...وقد يطلب إعادة التقييم للطفل بعد ستة اشهر من قبل الطبيب ...ايضا حتى في هذه الحالات مهم تطبيق البرامج التعليمية الخاصة بالتدخل المبكر سواء كان تقوية الناحية اللغوية او تقوية النواحي الإدراكية او العضلية

– ما هي المقاييس العالمية المستعملة في تشخيص التوحد ؟

هناك عدد من المصادر لتشخيص التوحد ونذكر منه

DSMIV – الدليل التشخيصي للإمراض النفسية من الجمعية الأمريكية للطب النفسي الطبعة الرابعة ، إحراز عدد 6 نقاط او أكثر بشكل إجمالي

1. ضعف في العلاقات الاجتماعية (اثنان على الاقل)

– ضعف شديد في استعمال التواصل غير اللغوي مثل النظر بالعين وتعابير الوجه

وحركات الجسم المستعملة في العلاقات الاجتماعية

– عدم القدرة على اكتساب صداقات مع إقرانه

– ليس لديه الرغبة في مشاركة الآخرين ما يفعلونهم او ما يفعله

– ضعف في التبادل العاطفي والاجتماعي مع الاخرين

2-. ضعف في التواصل (واحد على الاقل)

– عدم النطق او تأخر في اكتساب القدرة على الكلام

– ليس لديهم رغبة في ابتداء او استمرار الحديث

– ترديد بعض الكلمات بصفة متكررة \ او استعمال كلمات غريبة

– عدم القدرة على اللعب التخيلي او التقليد الاجتماعي

3. نشاطات وأفعال متكررة (واحد على الاقل)

– انشغاله بنشاط او نشاطين متكررة ومحددة سواء كان بشكل مكثف او ان تكون غريبة

– متمسك بروتين او طقوس معينة

– حركات متكررة عضلية سواء في رفرفة بالأصابع او اليدين \ او دوران حول نفسه. الخ

متعلق ببعض الأشياء

ب– ان يكون هناك تأخر فى العلاقات الاجتماعية او اللغة او اللعب التخيلي قبل ان يبلغ الطفل السنة الثالثة

ج– وان هذا الاضطراب ليس متعلق باضطراب ريت او التفكيكي

أيضا هناك النسخة الخامسة منه,

ICD10 الدليل التشخيصي الدولي للأمراض النفسية من منظمة الصحة العالمية

ايضا المقابلة التشخيصية للتوحد

ADI-R Autism Diagnostic Interveiw Revised

(Of Lord and her colleagues (1994

يوجه للوالدين يستغرق مدة تتراوح بين 90الى 120 دقيقة ....

تتكون من عدد كبير من الاسئلة حوالى 97 سؤال وتركز هذه الاسئلة على ثلاث اقسام مهمة : التجاوب الاجتماعي \ التواصل \ والسلوكيات والاهتمامات المتكررة

وهذه الأسئلة تقوم بتقييم الطفل في الوقت الحالي كما تهتم بعض الأسئلة بمراحل التطور لديه في الماضي. وكلها تدور حول الأقسام الثلاث المذكورة أعلاه

R– ADIالمقابلة التشخيصية للتوحد

من المقابلات التي تستعمل في المراكز المتخصصة في تقيم اضطراب التوحد بشكل كبير وهى من المقابلات المشهورة التي تطبق في التشخيص ..وأيضا في الأبحاث ...ويحتاج من يطبقها الى تدريب

خاص على كيفية استعمالها وحساب او تحليل الإجابات, وهناك العديد من الاستبيانات السريعة والسهلة التي تستخدم في إعطاء فكرة عامة وليس تشخيص دقيق مثل

(Autism Behaviour Checklist (krug et al., 1980

CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) (baron-Cohen et

(al., 1996

(CARS Childhood Autism Rating Scale (Schopler et al., 1988

مقياس كارز ..هذا المقياس معروف في جامعة نورث كارولينا وقام به شوبلر مكتشف برنامج تيتش المشهور وهو مكون من خمسة عشر فقرة من الممكن تطبيقها من خلال توجيه الأسئلة الى الوالدين او أثناء المراقبة الاكلينيكية للطفل خلال اختبار بيب (وهو اختبار خاص بتقييم قدرة الطفل التعليمية ...ايضا تابع لمركز تيتش بنورث كارولينا) ولمن يحب ان يأخذ فكرة عامة عن الفقرات التي يتضمنها اختبار كارز هي(التعامل مع الناس \ التقليد \ التفاعل العاطفي \ حركات الجسم \ التعامل مع الاشياء \ التأقلم مع التغير \ التفاعل النظري\ التفاعل السمعي\ تفاعل واستعمال حاسة الشم واللمس والتذوق\ الخوف او العصبية\ التواصل اللغوي\ التواصل الغير لغوي \ مستوى النشاط \مستوى تفاعل القدرات الذهنية\ الانطباع العام.)

هذا المقياس يحتاج تطبيقه الى تدريب عملي فكل فقرة أعلاه لها درجات تتراوح من واحد الى أربعة ...والنتيجة النهائية هي حصول الطفل على درجات إجمالية وهي : تقسم الأطفال إلى توحد شديد \ توحد خفيف الى متوسط \ لا يوجد توحد.

المراقبة لسلوكيات الطفل مهمة جدا في تشخيص التوحد ومن المقابلات المشهورة المتخصصة في الملاحظة والتي تستعمل في المراكز المتخصصة.. هو اختبار ادوس

ADOS-G) Autism Diagnostic Observation Schedule

هو اتحاد

ADOS Lord et al.,1989

مع

Pre- linguistic Autism Diagnostic Obsevation Schedule (PL-ADOS DiLavore, (Lord & Rutter, 1995

اختبار ادوس : هو عبارة عن مراقبة الطفل وسلوكياته في غرفة مخصصة عن طريق تقديم بعض العاب محددة له (الخاصة بالاختبار) وتسجيل تفاعل الطفل مع كل لعبة وقدرته على التواصل مع المختبر وتفاعله الاجتماعي وطريقة لعبه

فمثلا ملاحظة الطفل في الأمور التالية: التواصل البصري\ مشاركة الاهتمام \ حركات الوجه \ المبادرة التلقائية \ محاولة جذب الانتباه \ التفاعل مع نشاط مشترك .. محاولة استعمال الإشارة .....وغيرها من الفقرات الهامة

بعد ذلك تحسب النقاط التي حصل عليها الطفل وتوزع بشكل معين في الاستمارة الخاصة, ويحدد الطفل التوحدي من غير التوحدي وكذلك الطفل الذي لديه الاضطراب الإنمائي الغير محدد

PDD-NOS

اختبار ادوس يقدم حسب قدرات الطفل على الكلام ...فالطفل الذي لا يستطيع ان يتواصل باللغة اختباره مختلف عن الطفل الذي بإمكانه التحدث بجمل قصيرة ...كذلك هناك اختبار يقدم للأطفال الذين يتكلمون بطلاقة ...وللمراهقين و البالغين مدة هذا الاختبار حوالي 30 دقيقة

الشخص الذي يطبق هذا الاختبار يحتاج ايضا إلى تدريب خاص في كيفية تطبيقه ... وبعض المراكز تقوم بتسجيل الطفل على شريط فيديو إثناء تطبيق هذا الاختبار ...حتى يتسنى لهم مراجعة النقاط التي سجلها الطفل بشكل أدق.

جميع هذه الاختبارات ليست مقننة للبيئة العربية ... لذا من المفضل تطبيق مقايس واختبارات متعددة على الطفل فضلا عن الملاحظة والكشف الاكلينيكي...حتى يتم التأكد من الأعراض

ومن هنا نرى ان عند حضور الطفل مع والديه إلى العيادة لتقيم حالته ....تحتاج المقابلة إلى وقت طويل قد يصل الى الساعتين ...وذلك بسبب كثافة الأسئلة الموجه الى الوالدين عن طريق المقاييس

الخاصة التي قد يستغرق بعضها ساعة كاملة ...كذلك وقت إضافي لملاحظة الطفل وسلوكياته في الغرفة الخاصة...كما ان بعض الحالات تحتاج إلى زيارة مرة أخرى للتأكد من بعض السلوكيات

وفى بعض المراكز في الخارج يستغرق تقيم الطفل الواحد نهار كامل ...وذلك لان الطفل يقيم من عدد من التخصصات الاخرى كما ذكرنا فضلا عن الطبيب هناك الأخصائي النفسي وأخصائي التخاطب وأخصائي البرامج التعليمية.

سنتكلم الان عن الفحوصات الهامة التي عادة ما يطلبها الطبيب النفسي او طبيب الأطفال المتخصص في النمو ...ثم بعد ذلك نتكلم عن الاختبارات التي يقوم بها الأخصائي النفسي وأخصائي التخاطب ...وكذلك المختص في البرامج التعليمية

ما هي الفحوصات المختبرية التي يطلبها الطبيب ؟

من المهم ان نعرف انه لا يوجد اي تحليل او أشعة يثبت لنا او يجزم ان الطفل مصاب بالتوحد ومعظم الاختبارات والتحاليل المطلوبة من اهل الطفل هي لاستبعاد أمراض أخري مصاحبة. .او مشابه للتوحد

فمثلا اختبار تقيم السمع من الضروريات الأساسية في كل طفل لديه ضعف في التواصل اللغوي ...فمن المهم استبعاد ضعف السمع لديه ...حتى لو كان الأهل مقتنعون ان قدرة السمع لدى طفلهم سليمة ....وكثيرا ما تؤكد لي الأمهات عند طلبي لهذا الفحص ...ان طفلها يسمع ...فهو يسمع نداءها في بعض الأحيان ..ولكن أحيانا لا يرد

ولكن مع ذلك نحتاج الى تقيم قدرة الطفل السمعية لاستبعاد أي ضعف حتى لو كان بسيط ...فلو وجد هذا الضعف يصحح بالسماعات الطبية ...ويحسن قدرة الطفل على الكلام

وهناك عدد من الفحوصات الأولية للسمع والتي قد يستخدمها أخصائي السمعيات ولكن هي عبارة عن مسح أولى. ولكن اختبار السمع عن طريق الكمبيوتر من الاختبارات الفعالة والذي يكشف إي ضعف لدى الطفل فهو يقيم السمع للأطفال في السنوات الأولى .. ولا يحتاج الى تواصل لغوي او تعاون من الطفل إثناء تأدية الاختبار

ايضا من الفحوصات الهامة التخطيط الكهربائي للمخ ...EEG

وهو أيضا لاستبعاد أمراض أخرى مصاحبة.. مثل بعض أمراض الصرع التي تأتى أعراضها بضعف في النطق **MRI** وهو ما يسمي للرنين المغناطيس للمخ ...واهمية هذا الاختبار هو استبعاد وجود أي اورام في المخ.. لا قدر الله اما بالنسبة **لتحاليل الدم** فهناك الروتيني منها مثل الصورة الكاملة للدم ...وتحاليل وظائف الكبد والكلية والأملاح

كذلك تحليل **الغدة الدرقية ... والأحماض الامينية فى الدم** ... وهذه الاختبارات بعضها يطبق بشكل روتيني عند الولادة في بعض البلاد المتقدمة

الأحماض الامينية أهميتها لاستبعاد الأمراض الاستقلابية والتي تؤثر على النمو لدى الأطفال... مثل مرض الفينايل كيتون يوريا ..وغيره

كذلك بالنسبة لاختبار **الغدة الدرقية** ...فلو كان هناك نقص فى الهرمون الخاص (الثايروكسن) فانه يعطي للطفل على شكل ادوية...وينقذ الطفل من اعاقة التخلف العقلي

ايضا من التحاليل في بعض الحالات تحليل **الكروموسومات او الصبغات الوراثية وكذلك متلازمة فراجايل**

هذه التحاليل الأساسية التي يحتاجها الطبيب لاستبعاد أمراض مصاحبة او أخرى مشابهة للتوحد

هناك بعض التحاليل الأخرى والتي تعتمد على النظريات التي ذكرناها سابقا ..وبما ان هذه النظريات مازالت تحت الأبحاث ...فالتحايل المصاحبة لها لا تعتبر من الأساسيات ...ولكن الكثير من الاهالي يحبون تطبيق الحمية الغذائية ...لذا نقوم بطلب تحليل **البيايد في البول** ولكن هذا التحليل مكلف ماديا لأنه لا يتم في المختبرات المحلية ..ونحتاج أرسله الى المختبرات في الخارج كذلك هناك من الأهالي من يحب الكشف عن نسبة **المعادن الثقيلة** في الدم بالنسبة لطفله ... **او تحاليل المناعة ...او تحاليل الفطريات...وهكذا**

بعد ان حصلنا على كشف طبي كامل ...وتقيم الطفل هو توحد ام لا من الناحية الطبية , نحتاج من يقوم **بالكشف على قدرات الطفل العقلية** ..وذلك يكون عن طريق الأخصائي النفسي

فالأخصائي النفسي ...يقوم بتقييم قدرات الطفل العقلية ومستوى ذكاءه ... فالتخلف العقلي هو اعاقة منفصلة تماما عن التوحد كما ذكرنا سابقا ....بمعنى ان ليس كل توحدي لديه انخفاض في نسبة الذكاء

ما هو دور الاخصائي النفسي واخصائي التخاطب في تشخيص التوحد ؟-

اذا كيف نتعرف على مستوى القدرات العقلية للطفل؟

ذلك عن طريق اختبارات خاصة يقوم بها الاخصائي النفسي مثل (اختبار وكسلر للأطفال)

او (اختبار وبسي لاطفال ما قبل المدرسة)

(Wechsler Intelligence Scale for children (WISC

(Wechsler Pre- School and Primary Scale of Intelligence (WPPSI

وميزة وكسلر انه يقيم الطفل من الناحية اللغوية والعملية بشكل منفصل .. وهو مقنن على البيئة العربية ولكن قد لا يكون هذا الاختبار مناسب للأطفال الذين لديهم إعاقة ذهنية شديدة لذا قد يتم اختيار اختبارات أخرى من قبل الأخصائي النفسي حسب ما يراه مناسبا وسوف نذكر عدد من الاختبارات الأخرى.. مثل مقياس ملر ومقياس فايلاند للنضج الاجتماعي

Merrill - Palmer Scale

(Vineland Adaptive Behaviour Scale (Sparrow et al., 1984

كيف نعرف قدرة الطفل اللغوية ونقيمها؟-

وذلك يتم عن طريق أخصائي التخاطب.. الذي يقوم بتقييم قدرة الطفل اللغوية.. سواء كانت اللغة الاستقبالية وهي قدرة الطفل على الفهم ... مثل ان ينفذ إرشادات موجهه اليه على خطوة واحدة مثل (احضر اللعبة) او على خطوتين (احضر اللعبة ...وضعها فوق الطاولة) او يجاوب على أسئلة لقصة صغيرة...او يجاوب على when \ where \ what) Wh - questions)

وهى أسئلة تبدا أين \ ماذا \ متى مثلا ..أين مكان الأرنب؟

طبعا رد الطفل او تنفيذه للتعليمات ...يعكس درجة فهمه للغة ....وهناك اختبارات خاصة يستطيع الأخصائي بعد التحليل ان يعرف هل المستوى الاستقبالي للطفل متماشي مع عمره ام اقل من عمره

كذلك الحال بالنسبة للقدرة التعبيرية وهي قدرة الطفل على الكلام...مثل ان يستطيع يتكلم بجملة من كلمتين او ثلاث او اربع ...وهل يستعمل قواعد اللغة بشكل صحيح مثل الحديث في الماضي او المضارع.. او الضمائر ..وهل يستطيع ان يصف بطاقات مصورة تحمل قصة صغيرة هذا فضلا عن التقييم نواحي أخري متعددة مثل وضوح الكلمات ومخارج الحروف

– ما هي الاختبارات التعليمية التي تساعد على وضع الخطة الفردية

اختبار النواحي التعليمية:

وألان بعد ان حصل الطفل على تقيم من عدة جهات ....يحتاج الى من يقوم بتصميم او وضع برنامج تعليمي خاص به حسب قدراته وهو ما يسمي بالتدخل المبكر

هناك اختبار متخصص في معرفة المستوى التعليمي للطفل يسمى الاختبار التعليمي النفسي هذا الاختبار قام به شوبلر رئيس برنامج تيتش

اختبار بيبPsychoeducational Profile) PEP–R TEST)

وهذا الاختبار يطبق في مرحلة الطفولة.. ويختبر نواحي متعددة من قدرات الطفل..

وعلى أساسه يتم تصمم البرنامج الخاص به..

ومن هذه النواحي:

النواحي التطورية للطفل Developmental Area

وتشمل (القدرات العقلية واللغوية– قدرات العضلات الصغيرة والكبيرة– الاستقبال او الادراك الحسي– التآذر(التوازن) اليدوي والبصري– المهارة التقليدية)

النواحي السلوكية للطفل Behavioral Area

وصمم للتعرف على النواحي السلوكية غير الطبيعية لدى الطفل في اربع جوانب رئيسية **المشاعر, والعواطف اللعب, وطريقة استكشافه للأشياء, والتفاعل الحسي اللغة**

مقسم هذا الاختبار الى 174 فقرة او نشاط يغطى جميع الجوانب التي ذكرناها أعلاه ينفذها الطفل على شكل العاب محددة في الغرفة الخاصة وتقيم كل فقرة حسب أداء الطفل (نجاح \ محاولة \ فشل) بعد ذلك تظهر النتيجة على شكل رسم بياني يوضح لنا مستوى الطفل في السبع نقاط الرئيسية الخاصة بالتطور (التقليد \ الادراك \ العضلات الصغيرة \ العضلات الكبيرة \ تأزر العين مع اليد \ الادراك الادائي \ والادراك العملي)..

وعادة ما نري عدم تساوي في مستوى الطفل من هذه النواحي ...فهو مثلا ضعيف في الناحية اللغوية ومهارة التآزر العين مع اليد والتقليد ولكن مستواه جيد في النواحي المتبقية

وعن طريق الرسم البياني التحليلي ...نستطيع مقارنة العمر الفعلي للطفل وهل هو متناسب مع قدراته ومهاراته الحالية او لا ومن هنا يبدا تصميم البرنامج التعليمي الخاص بالطفل حسب قدرته ..عن طريق معرفة النشاطات التي لم يستطيع انجازها الطفل وحصل فيها على درجة(محاولة \ او فشل) فبالتالي تصمم نشاطات متعددة يدرب عليها الطفل حتى يجيد المهارات التي هو ضعيف فيها

أين تطبق هذه الاختبارات التي تدرس قدرات الطفل وتبدا بوضع خطة تعليمية له؟

المفروض انها تطبق في المراكز المتخصصة للتوحد او العيادات المتخصصة ...ولكن للأسف نسبة المراكز التي تطبق مثل هذه الاختبارات مازال قليل في وطننا العربي

ففي الخارج في المراكز المتخصصة يتم تطبيق مثل هذه الاختبارات في غرفة خاصة مع الطفل لها نافذة عاكسة من جهة واحدة ...بحيث يراقب الوالدين طفلهم اثناء الاختبار من غير ان يراهم ....وبعد ان يتم تصميم البرنامج التعليمي المنزلي الخاص ...يقوم المسؤول عن البرنامج التعليمي بتدريب الوالدين بشكل مكثف على كيفية تطبيق هذه التمارين في البيت.. وذلك يتم اثناء مراقبتهم له عبر النافذة ..او من خلال إشرافه المباشر عليهم ...ومن هنا نرى ان دور الأهل في تطبيق البرنامج الخاص مع المركز من الأمور الهامة

هناك ايضا اختبار اخر يقيم الطفل التوحدي عند مرحلة المراهقة وهو

(AAPEP (Adolescent and Adult Psychoeducational Profile

أيضا قام به شوبلر رئيس برنامج تيتش

والهدف منه تقيم المراهق في نواحي متعددة ..و تحضيره للمستقبل.. والحياة العملية

الأداء العملي: ويدخل من ضمنها قدرته على أداء الإعمال البسيطة مثل الفرز حسب الشكل او اللون\ مطابقة أشكال \ قدرة على العد/ القدرة على الاعتماد على النفس: مثلا في الاستحمام\ لبس ملابسه/ القدرة على ملء وقت الفراغ: بنشاطات مختلفة

السلوك العملي:

ويختلف عن الأداء العملي .. أذ ان السلوك العملي يعتمد على تقييم في السلوك اثناء العمل مثل قادر عل العمل بمفرده .. قادر على إتباع الإرشادات .. قادر على تحمل التداخل الخارجي في جو العمل.. وكذلك قدرته على التواصل عند الانتهاء من هذا الاختبار وتقيم الشاب ألتوحدي يتم عقد الاجتماعات مع الأهل لمناقشة النتائج .. ومعرفة النواحي التي يحتاج فيها إلى مساعدة أكثر وأيضا مناقشة ماهي الوظيفة المناسبة له في المستقبل .. حسب ميله ومهاراته وقدراته العقلية وهنا أحب ان أوضح نقطة ان إيجاد عمل للشاب ليس لكسب الرزق .. ولكن لملاء الفراغ .. وإعطائه إحساس انه منتج في الحياة

وهناك اعمال كثيرة ..متعددة مثل اعمال مكتبية/ طباعة على الكومبيوتر \ او فرز اوراق وتدبيسها \في المكتبات العامة: جمع كتب وفرزها \ ورصها في اعمال النجارة: كمساعد \ قص خشب بطريقة معينة\ تجميع اخشاب\مسامير في المخازن : فرز بضائع بطريق معينة \ رص منتجات على الأرفف في السوبر ماركت : فرز أنواع الخضار والفواكه .. فرز المعلبات

هناك الكثير والكثير من الاعمال البسيطة التي تعتمد على الروتين .. مثل رص .. فرز.. تجميع.. لصق أسعار....الخ

كل هذه الأعمال اذا حصل الشاب على تدريب جيد لها في مركزه.. يكون أكثر الناس على إجادتها .. والصبر عليها من الشخص العادي الذي قد يمل من العمل الروتيني.

كل فرد حسب قدرته ومستواه .. فالضعيف لغويا مناسب له عمل يدوى لا يحتاج الى اللغة لإكمال العمل ويكون الاتفاق مسبقا مع أصحاب الشركات .. وأصحاب المال على توفير وظيفة او وظيفتين ..

من هذا النوع .. ويقوم المشرف على الطالب بمعرف طبيعة العمل وما يتطلبه من مهارات . وبالتالي يحصل الطالب على تدريب مكثف لطبيعة العمل .. في المركز ..ومن ثم في موقع العمل.. تحت نظر المشرف عليه, وهنا تكمن المتابعة للطالب في مكان عمله.. والتغلب على اي صعوبات يواجها بالتعاون مع رئيسه في العمل.

– هناك عدد من التساؤلات من قبل الأهل حول هل طفلي يعاني من التوحد ام لا ؟

نعم هناك عدد من المؤشرات يمكن ملاحظتها على الطفل ألتوحدي

- لا يصدر أصواتا أو يؤشر بيده أو يستخدم لغة الإشارة بشكل مفهوم بنهاية السنة الأولى.
- لا يستطيع أن يقول كلمة واحدة في سن 16 شهراً.
- لا يستطيع أن يجمع كلمتين في شبه جملة عند سن سنتين.
- لا يستجيب عند مناداته باسمه.
- يفقد لغته أو مهاراته الاجتماعية.
- ضعف التواصل بالنظر.
- لا يعرف كيف يستخدم الألعاب بالشكل الصحيح.

– يضع الأشياء في صف طويل أو يحب شيئاً واحداً فقط.

–لا يبتسم.

– لا يبدو انه يسمع أحياناً.

علاج مرض التوحد

لا يتوفر، حتى يومنا هذا، علاج واحد ملائم لكل المصابين بنفس المقدار. وفي الحقيقة، فان تشكيلة العلاجات المتاحة لمرضى التوحد والتي يمكن اعتمادها في البيت او في المدرسة هي متنوعة ومتعددة جدا، على نحو مثير للذهول.

بإمكان الطبيب المعالج المساعدة في ايجاد الموارد المتوفرة في منطقة السكن والتي يمكنها ان تشكل ادوات مساعدة في العمل مع الطفل مريض التوحد.

وتشمل امكانيات علاج التوحد:

العلاج السلوكي (Behavioral Therapy) وعلاجات امراض النطق واللغة (Speech – language pathology) **العلاج التربوي – التعليمي و العلاج الدوائي و العلاجات البديلة**

ونظرا لكون مرض التوحد حالة صعبة جدا ومستعصية ليس لها علاج شاف، يلجا العديد من الاهالي الى الحلول التي يقدمها الطب البديل (Alternative medicine). ورغم ان بعض العائلات افادت بانها حققت نتائج ايجابية بعد علاج التوحد بواسطة نظام غذائي خاص وعلاجات بديلة اخرى، الا ان الباحثين لا يستطيعون تأكيد، او نفي، نجاعة هذه العلاجات المتنوعة على مرضى التوحد.

بعض العلاجات البديلة الشائعة جدا تشمل:

علاجات ابداعية ومستحدثة

انظمة غذائية خاصة بهم

– هل يشفى الطفل التوحدي؟

الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد كأي طفل أخر للأسف لا يمكن الحديث عن الشفاء في هذه الحالات ، بل ينبغي التركيز على كيفية التعامل مع الطفل التوحدي ومساعدته. عندما يكبر الأطفال الذين يعانون من التوحد ، فإن قدرتهم على الكلام تبدأ في التحسن، اذ يستطيع نصفهم أن يتحدث بشكل تلقائي في سن المدرسة. كذلك قد يستطيع الأطفال في مرحلة سن المدرسة تحمل اللعب مع الآخرين وبناء علاقات اجتماعية بسيطة ، وتتلاشى كثير من السلوكيات المضطربة .

إصابة الطفل بالتوحد تعد من أكثر الصدمات إيلاماً للوالدين ، لذلك فإنه من المتوقع أن يمر الوالدان بمرحلة من الإنكار والذهول والاكتئاب قبل قبول الواقع. ومع أن هذه المراحل تعتبر طبيعية تماماً ، إلا أن الإيمان بالله وقضائه ، مهم في هذه الحالات ، ولعل النتائج في نهاية المطاف تكون أفضل مما قد تبدو عليه في بداية الأمر. من الوسائل العملية ما يلي:

1- اجعل لك نظاماً ثابتاً في البيت وعند الخروج منه ليستطيع طفلك التوحدي مواكبته.

2- اجعل لطفلك مكاناً محدداً يشعر فيه بالراحة والأمان.

3- عزز السلوك الإيجابي عند طفلك ، وارفع من معنوياته ، بالثناء والمكافأة كالسماح له باللعب مزيداً من الوقت بلعبته المفضلة.

4- أوصل المعلومة للطفل لفظاً ، وصورةً ، وإشارةً ، واجمع له بين استخدام حاستي السمع والبصر.

5- قد لا يستطيع طفلك التوحدي إظهار مشاعره ، لكنه يحتاج منك لإظهار مشاعرك تجاهه بشتى الأساليب ، فلا تبخل عليه بذلك.

5- شاور الطبيب المعالج وتواصل مع المعلمين بشكل مستمر.

هناك أنواع عديدة من اضطراب التوحد بعض من هذه الأنواع تنتج عن أسباب طبية عضوية يمكن تشخيصها بسهولة كما معلوم ان تشخيص نوع التوحد هو نقطة الارتكاز الأساسية لبدء العلاجات المختلفة المتوفرة للأطفال المصابين بمرض التوحد هنالك مجموعة من الأساسيات

- أساسيات يمكن إتباعها في كل الخطط العلاجية للتوحد:

1- الكشف الطبي الشامل للطفل التوحدي وعلاجه، مع مراعاة الفروق الفردية بينهم.

2- الكشف النفسي الشامل له، مع دراسة البيئات التي يعيش فيها (الأسرة، الروضة، المدرسة ... الخ)

3- محاولة اختراق العزلة التي يعيش فيها، بالتربيت الخفيف على كتفه، وبالتواصل البصري غير المطول معه، وبالتحدث إليه بعبارات قصيرة، وبلفت رأسه ناحية المتكلم معه دون عنف، ثم تركه عند الشعور بأنه على وشك التصرف بطريقة ضارة به أو بالآخرين.

4- عدم إحداث تغييرات تؤدى إلى إحداث توتر عصبي لديه.

5- دراسة سلوكياته لتحديد أي منها ينبغي تعديله.

6- استخدام التعزيز والتشريط في تعديل ذلك السلوك.

7- تشجيعه على الملاحظة ثم التقليد، بمبتدئين بالحركات الرياضية، وبالتلوين وبعمل المجسمات.

8- تشجيعه على التواصل مع الغير حركياً ولفظياً ورمزياً.

9- الاستعانة بأخصائي تخاطب لتعميق التدريبات على الكلام.

10- تنمية مهاراته وبالتالي قدراته الاجتماعية كالتلويح باليد للترحيب بالقادم ولتوديع المغادر .. الخ، وهى أصعب خطوة في البرنامج العلاجي السلوكي.

11- ضرورة تعاون الأسرة مع الروضة ومع المعالجين في تنفيذ أي برنامج يتم وضعه حتى يكتمل تنفيذه.

12-الدخول ببطء في برنامج لتنمية البناء المعرفي الموجود لديه.

13- تنشيط استجابته للمثيرات ليمكنه تكوين خبرات متكاملة مما يأتيه من البيئة عن طريق حواسه المختلفة، فنقدم له قصة تتضمن مرئيات وسمعيات ومسيرات لمسية وشمية وتذوقيه ما أمكن ذلك.

14- بمساعدة الموسيقى الهادئة يمكن تحقيق الاسترخاء له خلال تدريبه على التواصل مع الغير لتقليل احتمال ظهور النوبات العدوانية بسبب ما يحدث عليه من ضغوط خلال تلك التدريبات.

المصادر

- سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (مقدمة في التربية الخاصة)

د. مصطفى نوري القمش ود. خليل عبد الرحمن المعايطة دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة عمان الأردن ط3 2010

- أسس التربية الخاصة الفئات التشخيص البرامج التربوية ، د. محمد احمد الفوزان ود. خالد ناهس الرقاص دار العبيكان للنشر والتوزيع والطباعة ط1 2009 الرياض

- اضطراب التوحد لدى الأطفال ، د. نبيل علي محمود جامعة منصورة

- كتاب دليلك للتعامل مع التوحد مأخوذة من موقع إرشادي في السعودية خاص بالدكتورة رابية إبراهيم حكيم تخصص الطب النفسي للأطفال من جامعة لندن اكينكز كولج

والطب النفسي العام من الكلية الملكية بايرلندا وشهادة ترخيص بتطبيق الاختبارات الخاصة بالتوحد من جامعة كامبرج

http://www.childguidanceclinic.com/Autism%20book%204.htm

- موقع الإدارة العامة للتربية الخاصة العلاج باللعب وأطفال التوحد

و التوحد ذلك اللغز الغامض ، أ . حسين عثمان الحسين

\\http://www.autismlebanon.org/images/docs/hkini-prof.pdf

- اسم الكتاب: محاوله لفهم الذاتويه: أعاقه التوحد عند الأطفال اسم المؤلف: عبد الرحمن سيد سليمان التصنيف: الأطفال، علم النفس. من موقع مكتبة المصطفى الالكترونية

http://www.al-mostafa.info/data/arabic/depot3/gap.php?file=011626.pdf

الكتاب السنوي لمركز ابحاث الطفولة والامومة/ جامعة ديالى ، المجلد الحادي عشر ، عدد خاص ص ص 81-96 ، 3 نيسان 2017 ISSN 1998- 6424

التوحد المنظور الغذائي و إمكانية الاصابة بالتوحد

م.د. ريم خميس مهدي
كلية التربية للبنات /الجامعة العراقية

مستخلص البحث

التوحد Autism ، كلمة انجليزية ذات أصل اغريقي و مشتقة من الكلمة Autes و تعني : النفس أو الذات . و أول من استعمل هذا المصطلح هو الطبيب الفرنسي ليو كانر Kanner عام 1943 . يعد التوحد اضطرابا نمائيا على مدى الحياة ، و يصاب به طفل واحد من اصل 500 ، و حتى الوقت الراهن لاتزال اسباب حدوثه غامضة و غير محددة تنطلق أهمية تناول هذا الاضطراب اذا اخذنا بنظر الاعتبار نسبة الانتشار السريعة له في العالم ، فضلاً عن المشكلات الاسرية و الاجتماعية التي يعاني منها طفل التوحد .

يعتبر أشهر تعريف للتوحد هو ما قدمته الجمعية الوطنية للاطفال التوحديين National Society of Autistic Children عام 1978 و يشير الى ان التوحد هو " اضطراب أو متلازمة تُعرف سلوكياً ، و تظهر مظاهره الأساسية قبل ان يصل الطفل سن 30 شهراً و يتضمن الاضطراب في المجالات التالية : سرعة و تتابع النمو ، الاستجابة الحسية للمثيرات ، الكلام أو اللغة أو السعة المعرفية ، التعلق أو الانتماء للناس و الأحداث و الموضوعات " . تزايدت الدراسات في علم الامراض حول أثر الجهاز الهضمي لطفل التوحد في الاونة الاخيرة ، لاسيما منطقة المريء وصولاً للامعاء ، بجانب دراسات أخرى تشير حول تأثير النظام الغذائي على شدة الاعراض التي يعاني منها المتوحد . و من أشهر النظريات التي تناولت الجانب الغذائي للمتوحد نظرية الكبرتة ، و نظرية تسرب الامعاء ، و نظرية الافيونية الزائدة و التي أشارت الى ان المستويات العالية غير الممثلة ايضيا من الببتيدات (الاحماض الامينية) المتوافرة في بعض البروتينات و في الغلوتين و الكازايين تنفذ الى الدم و عبره الى الدماغ عن طريق جدار الامعاء ، متحولة فيما بعد الى ببتيدات أفيونية .

وتم الاعتماد عالمياً على مجموعة حميات غذائية لتخفيف اعراض و سلوكيات التوحد مثل الحمية الخالية من الغلوتين و الكازايين ، و الحمية الخالية من الفطريات ، و كذلك الحمية الخالية من الاملاح .

لتحسين حالة الطفل المتوحد غذائيا يتطلب تحسين النظام الغذائي من خلال تزويد الطفل بالبروتينات و الالياف و مكملات الفيتامينات و المعادن و الابتعاد عن المواد الحافظة و الملونة و السكر و الحلويات ، على أمل ايجاد وسائل غذائية لتقليل معاناة هذه الفئة من الأفراد مستقبلاً .

The Dietary Perspective and the possibility to suffering from Autism

Abstract

Autism is an English word from origin in Greece , derived from word " Autes " , which means : self . the first one who use this word is doctor leo Kanner in 1943 . Autism is lifelong developmental disorder , 1 child out of 500 suffer from it , and still mysterious till now .

The importance to study autism emerges from rapid prevalence in the world , as well as family and social problems that the family of autistic child suffer from it . The most popular definition for autism is the definition of National Society of Autistic Children in 1978 that refers to " disorder or syndrome that knows behaviorally , basic manifestations appear before age 30 months , and contains the aspects : growth rapid and sequences , sensual responses to stimulus , speech and language , attachment and contact with people , events , and subjects " .

Recently , the studies in pathology increased about the affect of digestion system for autistic child , especially esophagus area down to gut , also other studies that indicate the affect of dietary program on severity of symptoms . the most popular theories that interested in diet for autistic child is free sulphate theory , leaky gut theory , and Opioid excess theory (high levels of peptides in many foods and in gluten and casein infiltrate to the brain through the blood by gut , and turn into Opioid peptides .

Globally , it has been relay on many dietary programs to reduce symptoms of autistic child like free gluten free casein diet (FGFC) , body ecology diet , Feingold diet . to improve the health of autistic child , it depend on improvement of dietary system by provide the child with protein , fibers , minerals and vitamins supplements , and avoid color , preservatives , sugar , sweets , and cookies , for hope find diet that reduce the pain to be autistic in the future …

مُشكلة البحث :

يعد التوحد اضطرابا نمائيا على مدى الحياة ، و يصاب به طفل واحد من أصل 500 ، و حتى الوقت الراهن لاتزال اسباب حدوثه غامضة و غير محددة . و التوحد هو الأكثر انتشارا من بين مجموعة اضطرابات النمو المنتشرة (PDD) ، و يعد اضطرابا نمائيا خطيرا ، و يتميز بعجز واضح في اللغة ، و التواصل ، و مقاومة التعلم ، و يحتمل ان ترافق هذا الاضطراب حالات من التخلف العقلي ، (White , 2003 , p.639) .

و تمتد آثار هذا الاضطراب لتؤثر على مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى الطفل المتوحد حيث تظهر لديه حالات من عدم القدرة على التوافق والتكيف مع المواقف والمتغيرات التي يواجهها مهما كانت بسيطة الامر الذي يؤثر على مستوى التوافق لديه سواء كان ذلك سلبا على المستوى الاجتماعي او النفسي ، (الخفاجي ، 2012 ، ص 152) .

و تضاف معاناة طفل التوحد الجسدية الى معاناته السلوكية و الاجتماعية ، إذ غالباً ما يعاني من التهابات معوية و اضطرابات في المعدة و القولون ، كما لوحظ وجود تضخم لفائفي قولوني غير طبيعي ، (Krigsman , 2003 , p.1) .

ان هذه الاضطرابات دفعت كثير من الباحثين الى مراجعة النظام الغذائي للمتوحدين بغية التوصل الى وسائل تخفف المشكلات المزعجة و المؤلمة للطفل المتوحد .

أهمية البحث :

تنطلق أهمية تناول هذا الاضطراب اذا اخذنا بنظر الاعتبار نسبة الانتشار السريعة له في العالم ، فضلاً عن المشكلات الاسرية و الاجتماعية التي يعاني منها طفل التوحد .

و يسهم التدخل المبكر في تخفيف الكثير من الاعراض التي يعاني منها الطفل المتوحد ، و تقليل من نسبة انتشاره السريعة عالمياً ، (Dugger , 2012 , p.4) .

و يعد التدخل الغذائي احد انواع التدخلات العلاجية المساهمة في تقليل اعراض التوحد . و زاد الاهتمام بها في العقدين الاخيرين الى جانب التدخل السلوكي و الطبي و لاسيما في علاج حالتي الحركة الزائدة و تشتت الانتباه ، (Marti , 2010 , p.31) .

كما يهتم هذا البحث بكشف اهم العلاجات الغذائية باعتبارها احدى العلاجات البديلة المطروحة حاليا للتخفيف من اعراض هذا الاضطراب الخطير و تقليل معاناة طفل التوحد .

حدود البحث :

يتحدد البحث الحالي بتناول طبيعة الغذاء و صلته بالاصابة بالتوحد و أهم الآراء النظرية الغذائية في تفسير حدوثه .

تحديد المصطلحات :

يعتبر أشهر تعريف للتوحد هو ما قدمته الجمعية الوطنية للاطفال التوحديين National Society of Autistic Children عام 1978 و يشير الى ان التوحد هو " اضطراب أو متلازمة تُعرف سلوكياً ، و تظهر مظاهره الأساسية قبل ان يصل الطفل سن 30 شهراً و يتضمن الاضطراب في المجالات التالية : سرعة و تتابع النمو ، الاستجابة الحسية للمثيرات ، الكلام أو اللغة أو السعة المعرفية ، التعلق أو الانتماء للناس و الأحداث و الموضوعات " .

و في عام 1994 تم اعتبار التوحد في الدليل التشخيصي و الاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية على أنه أحد أشكال الاضطرابات النمائية الشاملة و التي تضم إضافة للتوحد كلاً من (متلازمة ريت ، اضطراب فصام الطفولة ، و متلازمة اسبرجر " ، (القمش و المعايطة ، 2006 ، ص 169) .

الفصل الثاني

- **مفهوم التوحد** :

التوحد Autism ، كلمة انجليزية ذات أصل اغريقي و مشتقة من الكلمة Autes و تعني : النفس أو الذات . و أول من استعمل هذا المصطلح هو الطبيب الفرنسي ليو كانر Kanner عام 1943 . و استعملت مصطلحات أخرى لتدل على أعراض التوحد كالفصام (الشيزوفرينيا) الذاتي ، ذهان الطفولة ، وسُمي أيضا بـ (الطفل الآلي) ، (الظاهر ، 2009 ، ص20) .

و تعود بدايات اشتقاق كلمة Autism الى عالم النفس بلويلر Bleuler عام 1911 الذي استعمل كلمة Autismus (كلمة ألمانية) كمصطلح للاشارة الى حالات عقلية عند الانسان بالاعتماد

على النفس . و استعمل هذه المصطلح في بحثه عما يعرف حاليا بالشيزوفرينيا (الفصام) و أشار المصطلح حينها الى وصف " حالة عقلية تتسم بفقدان صلة الانسان مع العالم الخارجي و توجيهه نحو عالم خاص به داخلي " . و تجدر الاشارة هنا الى ضرورة التفريق بين كلمة التوحد التي استعملها كانر و بين المصطلح الذي استعمله بلويلر ، لأن الاخير حدّده لوصف حالة عقلية تحدث في مرحلتي المراهقة و الرشد ، (Kita & Hosokawa , 2011 , p.148) .

- **تشخيص التوحد** :

وضعت الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA عام 2000 معايير محددة لتشخيص اضطراب التوحد ، و اشترطت وجود ستة أعراض على الاقل من المجاميع الثلاث الواردة أدناه :

أ. اضطراب العلاقات الاجتماعية : و يشمل :

1) عدم الاحساس أو الادراك بوجود الآخرين .

2) عدم القدرة على بناء صلات قوية مع الاقران .

3) انعدام أو نقص القدرة على المحاكاة .

4) عدم طلب المساعدة من الآخرين في وقت الشدة ، أو طلبها بصورة غير طبيعية .

ب. اضطراب التواصل و التخيل : و يشمل :

1) ضعف التواصل مع الآخرين .

2) اضطراب شديد في القدرة اللغوية .

3) عدم القدرة على بدء أو انهاء حوار مع الآخرين .

4) انعدم القدرات الابداعية .

5) اضطراب في نوع و محتوى الكلام مثل ترديد ما تم قوله (ظاهرة الصدى) ، أو تعليقات غير ذات صلة بالموضوع .

ج. محدودية النشاط و المشاركة مع الآخرين : و يشمل :

1) نمطية حركة الجسم

2) مقاومة تغيير البيئة المحيطة به

3) الحرص على الرتابة بدون سبب

4) الانهماك الكامل مع اللعبة .

(شبيب ، 2008 ، ص 21)

- **أسباب الاصابة** :

تعددت التفسيرات التي طالت اضطراب التوحد منذ بداية تشخيصه في العالم ، و من أشهر هذه التفسيرات :

التفسير النفسي : و يعزو الاصابة الى برود الصلة بين الام و طفلها و خصوصا الام الباردة (refrigerator mother) .

التفسير البايوكيميائي : و عزا السبب الى تغيرات في نسبة النواقل العصبية في الدماغ مثل السيروتونين و الدوبامين .

التفسير العصبي : و فسر الاصابة الى وجود فروق في المخيخ و في طول جذع الدماغ عن المتوحدين

التفسير الوراثي : إذ تزداد نسبة الاصابة بالتوحد عن التوائم المتطابقة بالمقارنة مع التوائم غير المتطابقة

التفسير الغذائي : و عزا الاصابة الى الحساسية من بعض المواد مثل الجلوتين (في الشعير) و الكازايين (في الحليب) ، (الظاهر ، 2009 ، صص 83 – 90)

التفسير البيئي : و أشهر تفسيراته التسمم ببعض لقاحات التطعيم vaccine ، و ملوثات الصناعة و المدنية مثل عوادم السيارات و المبيدات المختلفة ، (القمش و المعايطة ، 2011 ، صص 172-173).

و ستتناول في البحث الحالي صلة الغذاء بالتوحد و أهم الآراء النظرية المفسرة لتلك الصلة .

- **الغذاء و التوحد** :

تزاديت الدراسات في علم الامراض حول اثر الجهاز الهضمي لطفل التوحد في الاونة الاخيرة ، لاسيما مناطق المريء وصولا للامعاء ، بجانب دراسات أخرى تشير حول تأثير النظام الغذائي على شدة الاعراض التي يعاني منها المتوحد ، (White , 2003 , p. 639) .

و قد كانت كالاهان Mary Callahan[1] أول من أشارت الى وجود صلة بين الحساسية و الغذاء و قد لاحظت – و هي أم لطفل متوحد – انخفاضا ملحوظا في حساسية طفلها عند قطع الحليب البقري عنه ، (أبو حلاوة ، بلا ، ص 25) .

و يعاني طفل التوحد من مشكلات معدية و معوي مثل انتفاخ البطن Abdominal Distention و الاسهال المزمن Chronic Diarrhea ، و متلازمة الامعاء المتسربة Leaky gut Syndrome ، (Brian , 2010 , p.1) .

و قد وجد ان هناك صلة بين مرضى التوحد والحمية الخاصة و التي أثبتت العديد من الحالات بأن لها دور كبير في موضوع علاج مرض التوحد واحرزت تقدم كبير ونتائج ايجابية لدى العديد منها، الا ان الباحثين والمختصين ينقسمون إلى الان الى صفين حول هذا الموضوع فمنهم من لا يستطيعون التاكيد او نفي دور الغذاء و نجاعة هذه العلاجات المتنوعة على مرضى التوحد ومنهم من ينفي دورها بما ان الابحاث والتجارب العلمية لم تجد أي تفسير علمي لها . وأهم العلامات الايجابية لتطبيق هذه الحمية والتي ظهرت على مجموعة من مرضى التوحد : ازدياد معدل التركيز والانتباه ، وتقليل النشاط الزائد والسلوك العدواني وتحسن في عادات تناول الطعام والنوم ، و اصبحت الحميات من العلاجات البديلة لمريض التوحد ولو لفترة قصيرة طالما انه ليس هناك أي اثار جانبية قد تحدثها هذه الحميات اذا ما تم مراعاة موضوع البدائل في تغذية مرضى التوحد وسد أي نقص في الاحتياجات من العناصر الغذائية المختلفة، لملاحظة اذا ما كان هناك تغير ايجابي من اتباعها ، (ويب طب ، 2016 ، ص1) .

[1] ماري كالاهان في كتابها " Fighting for Tony " عام 1987 .

أنواع الأغذية المسموحة لطفل التوحد :

1. الفواكه الطازجة وإن كان بعضها يسبب حساسية لكن جميعها تناسب الأخرين

2. الخضار الطازجة.

3 .الفواكه المجففة.

4 .جوز الهند.

5 .شرائح البطاطس.

6 .البوشار (حبات الذرة المشوية)

7 .الذرة، الرز.

8 .البطاطس الحلوة.

9. الجوز ، و البندق .

10. الفاصوليا .

11. من اللحوم مثل لحم الضأن، الدجاج، السمك ، (ويب طب ، 2016 ، ص1) .

- النظريات الغذائية عن التوحد :

تعددت النظريات التي فسرت اضطراب التوحد و حاولت الربط بين التغذية و التوحد ، و إمكانية عزو الاصابة به الى خلل في الايض (التمثيل) الغذائي Metabolic Dysfunction ، خاصة في القدرة على كسر المركبات الفينية Phenolic Amine . كما تقترح عدة نظريات وجود اصابات بكتيرية تؤدي الى حدوث خلل سلوكي و عصبي . كما ربطت نظرية الافيونية الفائضة Opioid Excess بين الاصابة بالتوحد و تناول بروتينات الغلوتين (بروتين في بذور القمح) و الكازايين (في الحليب و مشتقاته) ، و سيتم طرح للنظريات التي تناولت الصلة بين الاغذية و الاصابة بالتوحد و كما يلي :

1. **نظرية المركبات الفينية " نظرية عملية الكبرتة** " Free Sulphate :

تعتبر المواد الفينية مواد مساهمة في عمل النواقل العصبية في الدماغ ، و تتواجد في الاطعمة مثل (الموز ، الشوكولا ، السكر ، القمح ، و منتجات الالبان) .

تم طرح هذه النظرية بعد دراسات اجريت على تقارير يومية لآباء و أمهات الاطفال المتوحدين الذين أشاروا الى وجود حالات متزايدة من السلوك التوحدي عقب تناول هذه الاطعمة .

و استندت هذه النظرية على دراسات جمعية الطب البيولوجي في اشارتها ان اجسام المتوحدين تعاني من عدم القدرة على استعمال بعض مركبات الكبريتات ، مما يؤدي الى سوء التنظيم الغذائي لبعض المركبات الفينية ، ليقود بعدها الى تأثيرا سمية على الجهاز العصبي ، (Bird , 2001 , p.1) .

2. **نظرية تسرب الامعاء** Intestinal Permeability :

و تسمى ايضا بمتلازمة الامعاء المترشحة Leaky Gut Syndrome ، هي حالة خلل في جدار الامعاء بحيث تسمح بتسرب البكتريا و الجراثيم و السموم و البروتينات الى الدم ، و يعود السبب الى تأخر نمو القناة الهضمية عند الجنين أو حدوث التهاب شديد في الامعاء عند الطفل الرضيع بسبب مضادات الالتهاب أو المضادات الحيوية ، و التلوث الغذائي ، و كذلك الاغذية الحاوية على الكربوهيدرات ، و الاغذية المعدلة وراثياً ، (Sajdel –Sulkowska EM , 2016 , p.1) .

3. **نظرية الافيون الزائد** Opioid Excess :

أشارت هذه النظرية الى ان المستويات العالية غير الممثلة ايضيا من الببتيدات (الاحماض الامينية) المتوافرة في بعض البروتينات و في الغلوتين و الكازايين (سيتم توضيحها لاحقاً) تنفذ الى الدم و عبره الى الدماغ عن طريق جدار الامعاء ، متحولة فيما بعد الى ببتيدات أفيونية . و اول من اشار لهذا بانكسيب عندما ربط بين مرضى التوحد و أعراض التأثر الطويل بالمورفين ، و من هذه الاعراض :

- رفض التواصلات الاجتماعية .
- الاصرارية على التماثل و عدم التغير
- انخفاض الاحساس بالألم
- تأخر مظاهر النمو

و يحتمل امتلاك الاطفال المتوحدين لنوع من الافيون الذاتي (متولد من الجسم) يسمى Endorphin B ، (Shattock & Whiteley , 2002 , pp.2-3) .

و أثبتت الحمية الغذائية المعتمدة على التخلص من الغلوتين و الكازايين فاعليتها في مساعدة أطفال التوحد .

و الكازايين (الجبنين) Casein هو البروتين الأساسي في الحليب ويوجد أيضاً في مشتقات الحليب ، أما الغلوتين (الغروين) هو مادة لزجة تتكون أثناء عجن الحنطة وتوجد في الشوفان والشعير والجاودار (Bran & Barley, Oat, Wheat) أو بمعنى آخر، هو البروتين الموجود في الحنطة ومشتقاتها. و يعاني أطفال ذوي التوحد من صعوبة هضم هذه البروتينات في عملية الاستقلابات، ولذلك تكون هذه البروتينات مضرة لهم .

وتنص هذه النظرية أن لدى الأشخاص ذوي التوحد زيادة في مادة الأفيون المخدر Excess Opioid ، ولإيضاح ذلك هناك ثلاث مستقبلات تتعامل مع المخدر في المخ وهي (دلتا وميو وكابا) فإذا زاد المخدر عند الطفل تنتج عنه تصرفات تشبه تلك التي تصدر عن الطفل التوحدي .

و قد أجريت دراسات خاصة بتحليل عينات بول 5000 حالة توحد ، ووجد أن هناك مركبات مورفينية أو شبه أفيونية مخدرة لدى أكثر من 80% من الأشخاص ذوي التوحد ، و هذه المواد هي:

- كازومورفين Casomorphin

- جليوتومورفين Gluetumorphin

ومصدر هذه المواد شبه الأفيونية هو : الحليب، حيث يكون بيبتايد يسمى الكازومورفين Casomorphin ، و الحنطة والشعير والشوفان والجاودار Barley, Bren, Oat, Wheat حيث يكون بيبتايد يسمى الجليوتومورفين . هذه المواد عبارة عن بروتينات نتجت عن عدم هضم الكازيين والجلوتين بطريقة فعالة لدى الأشخاص المتوحدين ، وبالتالي أصبحت ذات مفعول أفيوني مخدر، وقد وجدت في تحاليل بول الأشخاص المتوحدين ، كما وجدت هذه المركبات في الدم، ويفسر ذلك نظرية منفذية أو تسريب الأمعاء Intestinal Permeability أو إصابة الأشخاص ذوي التوحد بمتلازمة الأمعاء المسربة Leaky Gut Syndrome وهو ما أجمع عليه الباحثون والعلماء ، (الفهد ، 2016 ، صص 1-2) .

و في دراسة أجراها أحمد و الحديد على عينة من 59 شخصاً (49 ذكر ، 10 إناث) بعمر (4-24) عاماً بهدف دراسة الممارسات الغذائية للمتوحدين ، توصلت الدراسة الى وجود صلة بين الجهاز الهضمي و زيادة شدة اعراض التوحد ، وضرورة ابتاع نظام تغذية مناسب لاحتياجات الفرد المتوحد ، (أحمد و الحديد ، بلا ، ص40-41) .

مناقشة :

تتفق جميع النظريات الغذائية على وجود خلل في الجهاز الهضمي عند طفل التوحد مما يجعله يعاني من مشكلات عديدة تتعلق بالامعاء و المعدة و القولون ، كما تتفق هذه النظريات جميعاً على سبب حدوث هذ المشكلات و اختلفت في طرق علاجها .

في نظرية عملية الكبرتة كانت هناك اشارة الى وجود خلل في عملية الهضم و اداء الامعاء ، و نفس السبب يتكرر في نظرية تسرب الامعاء التي تشير الى وجود خلل في جدار الامعاء بسبب كثرة الالتهابات نتيجة نظام غذائي خاطيء ، مما يؤدي الى تسريبها لأغذية محددة أكثر من غيرها و يؤدي هذا الى زيادة حساسية الدم و تهيج الجهاز العصبي .

أما نظرية الافيون الزائد ، فتعد الأكثر شهرة من سابقتيها ، و تتفق معهما على وجود خلل في أداء الامعاء و فقدان الانزيمات تسمح بهضم اغذية محددة ، و بالتالي تم ابتكار الحمية المناسبة لتقليل ضرر تناول هذه الاغذية .

ان النظريات أعلاه توجهت نحو ايجاد حلول غذائية لتقليل مشكلات الامعاء و التهابات الجهاز الهضمي كما سيتم توضيحه في الفصل الثالث من هذا البحث .

الفصل الثالث

العلاجات الغذائية العالمية

أنواع العلاجات الغذائية :

" العقل السليم في الجسم السليم " ، هذا ما تشير اليه علاجات التوحد بالاستناد على فكرة الغذاء و تأثيره في دماغ و باقي أجهزة جسم المتوحد . إذ ان من المعروف علميا احتواء دم المتوحد على نسب عالية

من المعادن الضارة و السموم و التي لن يتم التخلص منها الا بامعاء سليمة ، التي تؤدي – في حالة التهابها – الى ترشحها و بالتالي زيادة اعداد البكتريا الضارة التي تؤدي بدورها الى زيادة السموم و لامراض ، (Mathews , 2008 , p.2) .

و فيما يلي أهم الحميات المتبعة عالمياً :

1. الحمية الخالية من الغلوتين و الكازايين :

من أهم الحميات لاطفال التوحد على الاطلاق و أكثرها شيوعاً ، و تهتم بتزويد الطفل بالطاقة و البيئة الداخلية المناسبة و تقليل الحساسية و التهاب الامعاء بعزل كل الاغذية التي تحتوي على الغلوتين و الكازايين . و طبقا لاستطلاع معهد بحوث التوحد Autism Research Institute ، فقد اشار الاباء و الامهات الى تحسن 65% من نسبة الاطفال المتوحدين الذين اتبعوا هذه الحمية لمدة 6 أشهر ، (Matthews , 2008 , pp.5-7) .

و في دراسة اجرتها هايمان و زملاؤها .Hyman et.al لاختبار تأثير هذه الحمية على اطفال متوحدين ، تم تغيير النظام الغذائي للاطفال لمدة 6 اسابيع ثم تزويدهم بوجبات خفيفة تحتوي على الغلوتين و الكازايين لمدة 3 أشهر . توصلت الدراسة الى تأثير طفيف طرأ على سلوكيات الاطفال بعد تزويدهم بالمواد الحاوية على الغروتين و الكازايين و يعود سبب هذا الى قلة حجم الوجبة بحيث لم تشكل ضرراً على الطفل ، (Hyman et.al. , 2015 , pp.1-2) .

2. الحمية الخالية من الفطريات (حمية الجسم الخالي من الكائنات الحية المجهرية) Body Ecology Diet :

أبتكرتها كايتس Donna Gates ، و الهدف منها تعزيز النظام الداخلي لجسم الطفل المتوحد من خلال إعادة توازن الطاقة البدنية و تحشيد هذه الطاقة نحو شفاء الجسم و التخلص بالتالي من الطفيليات و البكتريا الضارة . تتضمن هذه الحمية ما تتضمنه الحمية الاولى لكن مع اضافة ما يلي :

- الكثير من النباتات البحرية و البرية
- دهون ذات نوعية عالية (دهون أساسية للاحماض الامينية)
- صفار البيض لتغذية الدماغ و للمساهمة في محاربة الالتهابات الفيروسية .

- زبدة خام
- طحالب خضراء لتنقية الدم ،

. (Gates , 2017 , p.3)

3. حمية فاينجولد Feingold Diet :

تتركز هذه الحمية على احتواء غذاء خال من الاملاح و المسماة Salicylate ، و هذه الاملاح متوفرة بكثرة في الافكهة ذات النواه الحجرية ، و التوت ، و الحمضيات (عدا الليمون) ، و بعض الخضار ، و في العسل و اللوز . و وجدن وارنج Rosemary Waring ان نسبة كبيرة من المصابين بالتوحد تتواجد باجسادهم كمية كثيرة من هذه الاملاح و هو ما يعكس ضعف استقلابي (أيضي) لهذه المادة ، كما يعانون من قصور في انزيم " محول كبريتيد الفينول " و يؤدي هذا القصور الى صعوبة استقلاب الاملاح و التخلص من بقاياه .

4. حمية الكروهيدرات المحددة Specific Carbohydrate Diet :

أبتكرت من قبل الدكتور هاس Sidney V. Haas ، و تتضمن هذه الحمية إزالة أي نوع من أنواع السكريات المعقدة ، عدا العسل و الفاكهة ، و تشمل هذه السكريات المعقدة شراب القيقب ، و شراب الذرة و شراب الرز البني ، و جميع النشويات و الحبوب ، بضمنها البطاطس و البطاطس الحلوة . و تسمح هذه الحمية بما يأتي : اللحوم و السمك و البيض و المكسرات و البذور ، و بقوليات محددة ، و كل الخضار غير النشوية ، و الفاكهة . و تتسم هذه الحمية بكونها محددة و ليست منخفضة الكربوهيدرات .

و تعد هذه الحمية ثاني أكثر انواع الحميات انتشاراً في اتباعها من قبل مرضى التوحد ، و أشارت تقارير والدية (متعلقة باستطلاعات رأي مع آباء و أمهات أطفال متوحدين) ان 66% من الاباء اشادوا بنجاح هذه الحمية مع ابنائهم ، لاسيما مع الاطفال الذين يعانون من انتفاخ البطن و الاسهال المزمن .

و تضمن هذه الحمية التخلص من التهاب الامعاء Gut Inflammation عن طريق تجويع كائنات ضارة في الامعاء و تجنب افراز انزيمات خاصة لغرض هضم الكربوهيدرات المعقدة ، اذ يعاني طفل التوحد من عدم امكانية امعائه من القيام بهضم سليم لهذه الكربوهيدرات مما يجعلها بيئة خصبة لتكاثر الطفيليات مسببة مشكلات معوية ، و بتجنب هذه الأطعمة يتم القضاء عليها بالتتابع . و يتم اتباع هذه

الحمية في حالة عدم كفاية الحمية الأولى (الحمية الخالية من الغلوتين و الكازايين) في علاج مشكلات الطفل ، أو في حالة الرغبة باضافة منافع أخرى للنظام الغذائي .

و تتنوع هذه الحمية لتشمل حمية (متلازمة الامعاء و علم النفس) Gut & Psychology Syndrome و التي وضعتها المختصة كامبل – مك برايد Natasha Campbell–McBride ، و تشمل بالاضافة لما تم ذكره آنفاً ، تزويد النظام الغذائي بأطعمة تحتوي على خمائر و مرق (حساء) منزلي الصنع ، (Matthews , 2008 , pp.7–8) .

و نستنتج مما سبق ، إن حالة الطفل المتوحد تتحسن غذائيا بما يلي :

1. دعم النظام الغذائي من خلال تزويد الطفل بالبروتينات و الالياف و الفواكه
2. التخلص من المكونات الغذائية المسببة للحساسية .
3. تقديم حمية خالية من الغلوتين و الكازايين .
4. تزويد الحمية بمكملات الفيتامينات و المعادن .
5. جرعة عالية من الاحماض الدهنية الاساسية .
6. الاهتمام بمعالجة الاضطرابات المعوية .
7. الابتعاد عن المواد الحافظة و الملونة و السكر و الحلويات ، (الشريك ، 2012 ، صص11–12) .

التوصيات :

1. ضرورة نشر ثقافة الوعي الغذائي فيما يتعلق بحالات التوحد لتقليل ضرر اغذية محددة على طفل التوحد .
2. ضرورة اجراء تدخل مبكر للكشف عن مشكلات الجهاز الهضمي و تحديد الاصابة .
3. اجراء محاضرات توعوية و نشرات ثقافية لاسيما في رياض الاطفال (فترة تشخيص اضطراب التوحد) لتوعية الاباء و الامهات حول مخاطر هذا الاضطراب و طرق علاجه .

المصادر :

أ. العربية :

1. أبو حلاوة ، محمدالسعيد (بلا) : **دليلك السريع للتعرف على الطفل الاوتيزم (التوحدي)** ، المكتبة الالكترونية ، أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة www.gulfkids.com

2. أحمد ، موسى نعمان و الحديد ، أماني (بلا) : **الممارسات التغذوية و النظام التغذوي و علاقتها بشدة الاعراض لدى مجموعة من المصابين باضطراب التوحد في الاردن** ، الجامعة الاردنية ، عمان ، الأردن .

3. الخفاجي ، سها علي حسين (2012) : **أثر برنامج حركي مقترح لاطفاء بعض السلوكيات الروتينية للاطفال المصابين بالتوحد** ، مجلة القادسية لعلوم التربية الرياضية ، المجلد 12 ، العدد 1 .

4. شبيب ، عادل جاسب (2008) : **الخصائص النفسية و الاجتماعية و العقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء** ، رسالة ماجستير منشورة ، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح.

5. الشريك ، يوسف (2012) : **العناية الغذائية بالتوحديين** ، الجمعية الليبية للشؤون الانسانية ، طرابلس ، ليبيا .

6. الظاهر ، قحطان أحمد (2009) : **التوحد** ، دار وائل للنشر ، ط1 ، عمان ، الأردن .

7. الفهد ، ياسر بن محمود (2016) : **التوحد و الحمية الغذائية الخالية من الكازيين و الغلوتين** ، مجلة المنال الالكترونية .

8. القمش ، مصطفى نوري و المعايطة ، خليل عبد الرحمن (2011) : **الاضطرابات السلوكية و الانفعالية** ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ، ط3 ، عمان ، الأردن .

9. ويب طب (2016) : **أهمية الحمية الغذائية للمصابين بالتوحد** ، www.web-teb.com

ب. الغربية :

10. Bird , Susan (2001) : **Diet Theories relating to Autism** , University of Guelph , Child Development Center of America, Weston, U.S.A.

11. Bugger , Caitlin E. (2012) : **The Effects of Early Intervention on Children with Autism Spectrum Disorders** , Southern Illinois University , U.S.A.

12. Gates , Donna (2017) : **The Myths and Truths of the Mercury / Autism Connection** , bodyecology.com

13. Hyman , Susan et.al. (2015) : **The gluten-free/casein-free diet: a double-blind challenge trial in children with autism** , Journal of Autism and Developmental Disorders

14. Matthews , Julie (2008) : **Autism Diets: The First Step to Biomedical Intervention and Autism Recovery** , Generation Rescue , U.S.A.

15. Krigsman , Arthur (2003) **: The Case For Autistic Enterocolitis** , New York University, Consultant Gastroenterologist at Lenox Hill Hospital , New York , U.S.A.

16. Marti , LF (2010) : **Effectiveness of nutritional interventions on the functioning of children with ADHD and/or ASD: An updated review of research evidence** , Boletin de la Asociacion Medica de Puerto Rico , Vol. 102 , N.4 .

17. Sajdel-Sulkowska EM et.al. (2016) : **Autism: "Leaky Gut", Prematurity and Lactoferrin** , Austin J Autism & Relat Disabil , Volume 2 , Issue 3 .

18. Shattock , Paul & Whiteley , Paul (2002) : **Biochemical aspects in autism spectrum disorders: updating the opioid-excess theory and presenting new opportunities for biomedical intervention** , Ashley Publications Ltd .

19. White , John (2003) : **Intestinal Pathophysiology in Autism** , the Society for Experimental Biology and Medicine

الكتاب السنوي لمركز ابحاث الطفولة والامومة/ جامعة ديالى ، المجلد الحادي عشر ، عدد خاص ص ص97-152 ،3 نيسان 2017
ISSN 1998- 6424 http://www.childcenter.uodiyala.edu.i

دراسة في طيف التوحُّد

" الجانب التثقيفي والأرشادي "

د. شاكر حسين الخشالي
تخصص علم النفس الاجتماعي / تنشئة اجتماعية

منهجية الدراسة

الدراسة تتناول جوانب نظرية ذات طابع توعوي وتثقيفي وأرشادي في تطبيق مبادئ وأسس التربية والتنشئة الاجتماعية السليمة للطفل والتي قد تساهم في الوقاية دون أن يكون ضحية الآثار لأحد انواع عارض طيف التوحُّد , كما تدعِّم عملية التدريب والتأهيل لمعالجة اضطراب الجوانب السلوكية والتواصل الاجتماعي واللغة في الأطفال المتوحدين , والدراسة لا تخرج عن نطاق اختصاص علم النفس الاجتماعي , في القاء الضوء على عمليات النمو التطوري لمهارات الطفل , والعوائق التي قد تعترضها , فتضطرب بعض أو كل مهاراته الاجتماعية والسلوكية بسببها , وما السبيل للتصحيح ؟ .

مشكلة الدراسة :

أظهرت الأحصاءآت في العقدين الأخيرة أصابة طفل من كل مئة طفل في العالم بأعراض أحد أشكال عارض التوحُّد , ورغم عدم توفر احصاءآت دقيقة في مجتمعنا العراقي , إلّا أن الشواهد في انتشار مراكز علاج وتأهيل أطفال التوحُّد , يعطي دلالة أن هذا العارض توجد حالات ليست بالقليلة لأشكاله المتنوعة في أطفالنا , مما يوجب الدراسة والتحري في طبيعة التربية والتنشئة التي يخضع لها الطفل في الأسرة والحضانة والروضة , وماهي العوامل والمؤثرات التي تكون سبباً مباشراً أو غير مباشر لإيقاع الطفل تحت أثر هذا العارض المقلق .

أهداف الدراسة :

تتضمن أهداف الدراسة جانبين تربَويين تنشيئيين هما :

1 . جانب توعوي تثقيفي ارشادي موجه للأسرة وكل من يقوم بشأن الطفل بالدرجة الأولى , ثم بالدرجة الثانية هو موجه لكل المجتمع لتعزيز الثقافة الأسرية بوجه عام .

2 . جانب علاجي بالتأهيل بواسطة تحليل السلوك التطبيقي أو العلاج الوظيفي , أذ تضع الدراسة بين يدَيّ الأسرة والقائمين بشأن الطفل ما يؤهلها ويمكِّنها من مساعدة الجهات المختصة بالعلاج , أو حتى الأعتماد على نفسها في اعادة مهارات الطفل المضطربة لتؤدي دورها الوظيفي السليم .

أهمية الدراسة :

من المؤكد أن كل دراسة تعتبر قاعدة علمية كجزء من الخزين المعرفي العلمي الوطني , قد تفيد الأجيال القادمة , كما أنها تعتبر أساساً قد ترتكز عليه دراسات لاحقة في مجالها , وفي الجانب التطبيقي ستكون نتائجها وتوصياتها عوناً إيجابياً يساهم أو يكمل دور الجهات المختصة الطبية البيولوجية في عمليات العلاج التي يمكن أن تساهم بها مراكز أطفال التوحُّد أو الأسرة أو القائمين على الطفل .

الجانب النظري من الدراسة

ما هو طيف التوحُّد ؟ :

إنَّ التوحّد هو طيف لحالات واسعة من الاضطرابات تبدو على المهارات الشخصية والاجتماعية وعلى الممارسات السلوكية في الحياة اليومية عند الطفل , والتي يفترض أنه اكتسبها سليمةً بالتنشئة الاجتماعية بعد ولادته , ليشترك فيها متفاعلاً مع أفراد مجتمعه , وتُميَّز ظواهر اضطرابات التوحُّد ـ والتي يمكن أن نصفها بظواهر الأعراض ـ على مهارات الطفل خلال ألـ 36 شهراً الأولى من عمره بدءً من نهاية السنة الأولى , أي إن الطفل يصاب فيه خلال هذه الفترة الزمنية من عمره ويلازمه إلى نهاية

حياته , إذا لم يتلقَ العلاج الشافي , وقد عرَّفه البعض إجرائياً , " هو اضطراب عصبي تطوري واسع يصيب منظومات وظيفية مختلفة تؤثر على أداء الطفل في كل أو جزء من مهاراته ", ولهذا تعددت تسمياته , فالبعض يسميه التوحُّد , والبعض يسميه الأضطراب التطوري الواسع , والبعض يسميه اضطراب الطيف الذاتوي , وذلك لأن هذا الأضطراب يشمل مجموعة واسعة من الحالات التي تُعرَف على الطيف التوحدي لوجود اضطرابات في عدة نواحي هي , اللغوية , والاجتماعية , والاتصال , والسلوكية , والحسية أي أضطرابات الجهاز الحسي , وبشكل عام وضع لهذه الأضطرابات مصطلح مختصره (PDD) ويعني أضطرابات نمائية شاملة , ويقابلها أضطرابات نمائية نوعية كاضطرابات اللغة مثلاً , والأضطرابات النمائية الشاملة هي مجموعة مكونة من خمسة أضطرابات تتسم بتأخير نمو الوظائف الأساسية المتعددة لفكر الطفل أو لأعضاءه , بما في ذلك الإندماج في المجتمع والتواصل مع الآخرين , والأضطرابات الخمسة التي يمكن أن نعتبرها أنواع لطيف التوحُّد هي :

1 . أضطرابات نمائية شاملة غير محددة (PDD – NOS) وتتضمن التوحُّد اللا نمطي (Atypical Autism) وهو الأكثر انتشاراً , فعندما لا يفي الطفل بجميع المعايير التشخيصية لمتلازمة أسبيرجر ولمعايير التوحُّد الأعتيادي في مهارات التعلم والسلوكية , فإنه يصنف تحت (PDD – NOS) .

2 . التوحُّد الأعتيادي (Autism Classical) وهو مجموعة من اضطرابات طيف التوحُّد , أو هو مختلف اضطرابات النمو المتفشية , وهو الأكثر شهرة .

3 . متلازمة "أسبيرجر" , هي أحدى اضطرابات طيف التوحُّد التي يعاني فيها المصابون صعوبات كبيرة في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين , مع رغبات وأنماط سلوكية مقيدة ومكررة.

4 . متلازمة " رت " , هو اضطراب عصبي خاص بالإناث , يعتبر من أشد إعاقات هذه المجموعة من حيث تأثيرها على مخ المصابة , إذ يفقدها ماكتسبته من خبرات وما تعلمته من مهارات في التربية والتنشئة الاجتماعية , وتبدأ أعراضه بالظهور بين 6ـ 12 شهر من عمر الطفلة .

5 . أضطرابات الطفولة التحللية أو متلازمة "هيلر" أو الأنتكاس الذهني (CDD) , وهذا الأضطراب يكون بنمو مهارات الطفل بشكل طبيعي خلال مرحلة عمر الولادة والرضاعة ومرحلة الطفولة المبكرة ثم في المبكرة أو بعدها ينتكس بشكل مفاجئ , ويفقد أحدى مهاراته أو بعضها أو جميعها .

ألأضطرابات الثلاثة الأولى يطلق عليها أضطرابات الطيف التوحُّدي (ASD) , أما الأضطرابان الأخيران فنسبة الإصابة فيهما نادرة للغاية , وأحياناً يمكن أعتبارهما ضمن طيف التوحُّد وأحياناً لا (في الملحق ج المرفق ستجد تفصيلاً لذلك) .

ولهذه الأسباب لا تتوفر في التوحُّد شروط التعريف , فلم يوضع له تعريف جامع مانع محدد , إنما قد يوضع له تعريفاً إجرائياً من قبل الباحثين وبحسب اتجاهاتهم , كما أنه لم يتم القرار على مفهوم واضح متفق عليه كما لاحظنا أعلاه , فقد وُصِفَ هذا العارض بوصفٍ معينٍ من قبل كل جهة تدرس وتبحث فيه .

فوَصَف علماء النفس التربويون (2) طيف التوحُّد بأنه نقصاً مكتسباً في الاستجابة الاجتماعية , وقانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين وصَفَه إنه إعاقة نمائية توثر تأثيراً بالغاً على التواصل اللفظي وغير اللفظي(راجع الملحق ج المرفق للتعرف على الإعاقات النمائية) .

أما علماء النفس الاجتماعي فوصفوه بأنه عدم تكيُّف أو بطء تكيُّف الطفل مع مجتمعه كما الأسوياء في واحدة أو أكثر من المهارات الاجتماعية , وعرَّفوا التكيُّف بحسب علم النفس الاجتماعي " التكيُّف هو مرونة الفرد في تغيير أنماط سلوكه حتى يوائم بين ما يحدث في نفسه من تغييرات مختلفة وبين ظروف البيئة المحيطة فيه ..... فؤاد البهي السيد " (3) , وعرفوا التكيُّف بحسب علم التربية والتنشئة " فالتكيُّف أو التوافق والتلاؤم , يعني التفاعل الذي يهدف إلى التوفيق بين الأفراد بحيث يتفهم كل طرف أفكار ومشاعر واتجاهات الطرف الآخر..... عبدالله الرشدان " (4) , وهذا يعني إن الطفل المتوحِّد لا تتغيَّر أو تتبدل سلوكياته الفطرية الغريزية لتتوافق مع خصائص ثقافة المجتمع الذي يعيش فيه تماشياً وتوافقاً مع نموه , أو بالعكس بعد تبدُّلها وتغيُّرها بفترة قصيرة يصيبها النكوص , فهي تأخذ منحاً

مرتبكاً , فلا تخضع فسلجياً لعملية التعلم الاجتماعي كما يحدث للأطفال الأسوياء , فسلوكه لا تبنيه عملية التنشئة الاجتماعية بمنطلقاتها التحويلية والربطية والضبطية كما يحدث للأطفال الأسوياء في مجتمعه .

أما علماء الطب البشري فقد قالوا فيه بأنه اضطراب تطوري واسع يصيب منظومات وظيفية مختلفة تؤثر على أداء الطفل , ولهذا تعددت تسمياته عندهم , فالبعض يسميه التوحُّد والبعض يسميه الاضطراب التطوري , ومؤخراً أسموه اضطرابات الطيف الذاتوي , وذلك لأن هذا الاضطراب يشمل مجموعة واسعة من الحالات التي تُعرَف على الطيف التوحدي , لوجود اضطرابات في عدة نواحي اجتماعية ولغوية وسلوكية وحسية .

إن تغيُّر التسميات تأتى من الاكتشافات التي تظهرها الدراسات والبحوث الحديثة بهذه الحالة المقلقة , إضافة إلى الأعراض الجديدة التي يعثر عليها الأطباء النفسيون في مراجعيهم ويتم تأكيدها على طيف التوحُّد , ولهذه الأسباب لم يُحَددْ تعريف لهذا العارض بعد , لطالما إن الدراسات بصدد اكتشاف وتشخيص الجديد فيه لا تزال مفتوحة .

وهذا جعل المؤسسات المعنية بمتابعة هذا العارض مشوشة في وضع حدود فاصلة واضحة بين إعاقات طيف التوحُّد وبين التخلف العقلي / الذهان أو الفصام , مما ينعكس على قلة الاهتمام الذي يحظى به وبطء العلاج وتأخر اندماج هؤلاء الأطفال بمجتمعاتهم , إن الوصول لاحتياجات أطفال التوحُّد يتطلب التعرف العلمي الدقيق والإلمام التام بكل ما يخص نتائج الدراسات والبحوث لهذا العارض من قبل المعنيين بالتشخيص والعلاج جهد الإمكان .

إنَّ مرحلة الطفولة المبكرة 3 و4 و5 سنة هي المرحلة العمرية التي يبدأ فيها اكتمال نضوج خلايا الدماغ , ويُحَدَدْ ويُرْسَم سلوك الطفل فيها بالعمليات العقلية , ولهذا السبب فيصادف أن لا تُميَّز أعراض التوحُّد في الغالب إلا في هذه المرحلة فيلاحظ على الطفل كظواهر عامة على سلوكه ومهاراته الاجتماعية تُفرِقُه وتُميِّزه عن أقرانه الأسوياء , بما لا يتوافق ومظاهر نظريات التطوُّر في نمو الطفل

الطبيعي لهذه المرحلة العمرية , وكان هذا سبباً لأن معظم الإصابات لا يتم الانتباه لها من قبل الأبوين إلا في مرحلة الطفولة المبكرة .

نبذة تاريخية عن طيف التوحُّد :

لقد وصِفَتْ الحالة للمرة الأولى من قبل الطبيب النفسي البريطاني " هنري مودزلي " عام 1867م , فتوجهت الأنظار للدراسة والبحث فيه ضمن اهتمامات الطب النفسي , فتوالى النشر عنه الكثيرون , ومنها دراسة الطبيب النفسي السويسري " إيجون بلولر " عام 1911م حيث استخدم التوحُّد ليصف فيه إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي , فوصفهم بالمنعزلين عن العالم الخارجي , والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية , وفسَّرَ الانشغال بالذات من وجهة نظره هو الحركة العلمية المعرفية باتجاه إشباع الحاجات , وبهذا اعتُبرت إعاقة التوحُّد من الاضطرابات الذهانية التي تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة , وأطلق عليه تسميته " الذهان الذاتوي " أو " الذاتوية الطِفلية المبكرة ", ثم أُطلق عليه تسمية " اضطراب التوحُّد " لأن المصاب فيه يميل إلى العزلة والوحدة , أي يتوحَّد مع نفسه .

في عام 1943م اكتشف الطبيب النفسي الأمريكي المتخصص بالأطفال " ليو كانر ", إن هناك أحد عشر حالة من مراجعيه الذين يتابعهم دورياً , ميَّز فيهم إعاقة مختلفة عن التخلف العقلي أو الفصام , فهم يمارسون أنواع من السلوك لا تتشابه مع أيٍ من الاضطرابات التي عُرفت آنذاك , فوضع لها وصفاً تشخيصياً جديداً ومنفصلاً أسماه " التوحُّد الطفولي " وأورد مجموعة من الأعراض تنضوي تحت هذه الفئة التشخيصية , وبيَّن إنَّ من أهمها هي الوحدة المفرطة التي تَصْحب المُصاب , ورغبته الوسواسية في الحفاظ على تماثل الأشياء , و"كانر" أعزى سبب الحالة التي اكتشفها إلى التربية الباردة المفتقرة إلى الحب , لكن لم تعترف الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (APA) باكتشافه في حينها , إلّا أنه بعد ذلك وفي ستينات القرن نفسه وبضغط من المحللين النفسيين عادوا فاعترفوا بها كفئة تشخيصية مستقلة , حيث كانت قبل ذلك توصف على إنها نوع من الفصام الطفولي , إذن نستطيع القول إن

اكتشاف عارض التوحُّد بأعراضه التي شخصها "كانر" في 1943 م هي البداية لتاريخ ظهور طيف التوحُّد وتم تداول مصطلحه بالانكليزية (Autism) وهي كلمة إغريقية من مقطعين (Aut) وتعني الذات و (ism) وتعني انغلاق فيكون معناها " الانغلاق على الذات".

في عام 1944م أكتشف الطبيب النمساوي "هانس أسبيرجر" حالات تختلف عما اكتشفه "كانر" , أجرى عليها دراسات وبحوث عديد ومعمقة بالإشتراك مع طبيبة أطفال بريطانية تدعى " لورنا وينك " , أطلِق عليها لاحقاً " متلازمة أسبيرجر "وأدخلت تحت مظلة طيف التوحُّد .

في عام 1966م أكتشف الطبيب النمساوي "أندرياس رت " حالات تختلف عما تم اكتشافه من قَبلُ , فقد وجد فيها أدلة تؤكد أن التوحُّد حالة بيولوجية فسميت " متلازمة رت " , وكان في تأكيده هذا قد عزز ما اكتشفه الطبيب " برنارد ريملاند " في عام 1964م والذي أكد فيه بوجود دلائل لديه إن التوحُّد هو حالة بيولو جية وأدخلت متلازمة رت تحت مظلة طيف التوحُّد أيضاً .

في عام 1981م أصدرت "وينك" بالتنسيق مع أسبيرجر تقريراً مفصلاً عن دراساتهما لهذا العارض وكان تقريرها يدعِّم ما جاء به " أسبيرجر" , إنَّ وينك أتى اهتمامها بالموضوع مضاعفاً لأن لها ابنةً كانت مصابة بالتوحُّد .

في عام 1991م أصدر العالم البريطاني "فرث" كتاباً عن التوحُّد , ضمَّنه نتائج بحوث "وينك" وبحوث "أسبيرجر" , وصنَّف ماتناولاه إلى (التوحُّد ذو الأداء الوظيفي العالي و أعاقة التوحُّد الخفيف) ثم لاحقاً عُرِّفت تلك الحالة وسميت بأسم مكتشفها (متلازمة أسبيرجر) واعتبرت إعاقة مستقلة صُنفت ضمن أضطرابات النمو الشاملة (PDD) .

في عام 1991م نشر كل من الطبيب " ميكل روتر" , والطبيبة "كاترين لورد " والطبيب " آن كوتشري " أول نموذج أستبيان لتشخيص التوحُّد .

ولتوحيد نتائج الدراسات والبحوث ضمن أطار هذا العارض في عام 1952م أصدرت الرابطة الأمريكية للأطباء النفسانيين (APA) أول دليل تشخيص وإحصاء للأمراض العقلية بمصطلح مختصره

(DSM) , وهذا الدليل يتم تحديث محتوى نماذجه بضوء الأعراض التي يتم اكتشافها من قبل الباحثين والأطباء النفسيين بدراساتهم أو معاينتهم لمرضاهم تباعاً .

في عام 1993م أصدرت منظمة الصحة العالمية دليلاً مشابهاً لدليل رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية تحت مصطلح مختصر (ICD _ 10) , و صدر كذلك دليل تشخيص آخر تحت أسم " مثلث الإعاقة أو الإعاقات الثلاثة " وهو يعنى بالإعاقة الاجتماعية , وإعاقة الاتصال واللغة , وإعاقة التفكير والسلوك , واعتبرت هذه الدليلات معايير تصنيفية ومرجعية تشخيصية لمهنيي الصحة , أو كأداة للبحث والإحصاء تعتمد عليها مؤسسات الصحة العمومية .

في عام 1994م تأسس الاتحاد الدولي لأبحاث التوحُّد (NAAR) ليصبح أول منظمة في الولايات المتحدة الأمريكية تختص بتمويل الأبحاث الطبية الخاصة باضطراب الطيف التوحدي (ASD) .

في عام 2000م نُشِرَالإصدار الرابع للرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين أعلاه بمصطلح مختصره (DSM– 1V– TR) , ثم في مايس عام 2013م نُشِرَ الإصدار الخامس والأخير للرابطة المذكورة لهذا الدليل التشخيصي (DSM 5) وظهر في هذا الإصدار معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحُّد (ASD) واضطرابات التواصل الاجتماعي ذات الصلة بالتوحُّد . التواصل اللفظي وغير اللفظي (SCD) .

أسباب طيف التوحُّد

لما كان التوحُّد هو طيف واسع من اضطرابات النمو في مهارات الطفل المختلفة , فقد تباينت رؤى العلماء في كشف المداخل المحتملة لهذه الحالة المقلقة من الأضطرابات بحسب اتجاهاتهم , لكن إطاره العام أنه نتاج لتغييرات في نمو الدماغ والجهاز العصبي للطفل , والتي ربما ناتجة عن عوامل إما بيئية جراء أخطاء في التربية والتنشئة , و/أو جينية في الوراثة , و/أو سمّيّة تسببها الترسبات المعدنية التي تصل للدماغ عن طريق الغذاء وخاصة ترسبات الزئبق والرصاص , لكن في حقيقة الأمر السبب الرئيسي له ما زال مجهولاً .

فعلماء الطب البشري يرون أسبابه : (1)

1 . إن للوراثة دوراً في حدوثه ويسندوا ميلهم بنتائج البحوث التي أجريت على التوائم المتماثلة , ودراسة الخريطة الوراثية للأسر التي فيها حالات توحُّد مؤكدة , وملاحظة ارتفاع نسب الإصابات بالتوحُّد عند المصابين بالأمراض العصبية الوراثية , ومع كل هذا فدور الوراثة غير محسوم لأن حالات التوحُّد يمكن تفسيرها بنموذج معقد من الخلل الوراثي الذي قد يؤدي أو لا يؤدي إلى تغيير في الحامض النووي الوراثي .

2 . كما يرون إن سبب عارض التوحُّد قد يكون بوجود خلايا دماغية مضطربة أو نائمة , ويَعزون الأضطراب إلى سبب تكويني خَلقي أو جراء حادث أو مؤثر , وهو عبارة عن اشتباكات عصبية كثيرة تتلاقى فيها الخلايا العصبية , أما سبب نومها فيعزونه إلى ترسبات معدنية , وبالأخص الزئبق والرصاص في جدار هذه الخلايا مصدره الغذاء , إذ تنتقل مع الدم إلى الكبد والدماغ , وتشكل طبقة عازلة للأوكسجين حول خلية الدماغ , فيبدأ الطفل بالتراجع في النمو اللغوي وفي التواصل الاجتماعي , أو إن هناك اضطراب بالموجات الدماغية سواء بارتفاعها أو نوعها أو قوتها مقارنة بالخريطة الدماغية النوعية , ويدعِّم رؤية علماء الطب هذه تحسُّن حالة بعض المصابين بالتوحُّد عند استخدام الأوكسجين المضغوط , أو المعالجة بجلسات التغذية الراجعة العصبية .

3 . عوامل بيئية مختلفة كوجود نوع من الفيروسات التي تحفّز الأصابة بالتوحُّد , أوالروائح الصادرة من الكلور والفينولات والمذيبات والمبيدات الحشرية , وكذلك التعرض للالتهابات واستعمال المضادات الحيوية بشكل مكثف , وكذلك نقص مضادات الأكسدة , ونقص الأحماض الدهنية , وضعف قدرة الجسم على التخلص من السموم والمعادن , وضعف الجهاز المناعي .

4. التغذية الغير جيدة للأم , أو أدمانها على التدخين , أو تناولها الكحول خلال فترة الحمل , أو تعرض الأم لأي عدوى مرضية إثناء الحمل , أو أي مشاكل أخرى في الحمل خاصة الثلاثة أشهر الأولى منه , أو حدوث الولادة المبكرة , أو حدوث مشاكل أثناء الولادة وهي كثيرة .

5 . وهناك أسباب عصبية وتشريحية , أي وجود خلل وظيفي في المخ , فقد لوحظ عند المقارنة بين أدمغة الأطفال المتوحدين والأطفال الأسوياء أن هناك بعض أجزاء المخ متزايدة الحجم لدى الأطفال المتوحدين , فمنطقة اللوزة (Amygdala) وقرن آمون (Hippocampus) مثلاً , حيث تتحكم منطقة اللوزة في الأنفعال والعدوانية , ومسؤولة عن الأستثارة للعديد من الحواس , مثل الأصوات والبصر والشم والأستثارة العصبية أو التنبيه بالخوف , فعند تلف منطقة اللوزة يحدث خلل في وظائف هذه المنطقة , كما إن منطقة قرن آمون مسؤولة عن التعلم والذاكرة , وتلفها يؤدي إلى عدم القدرة على تخزين المعلومات في الذاكرة , بالإضافة إلى ملاحظة سلوكيات متكررة , وسلوك الإثارة الذاتية , والنشاط المفرط عند الطفل , وكل هذه السلوكيات التي ذكرناها توجد في طفل التوحُّد , وغالباً يحدث هذا التلف في مرحلة نمو الجنين قبل الولادة , أو البعض يقول إن حدوث التوحُّد سببه تلف في الدماغ , أي يصاب الطفل بنقص أكتمال نمو الخلايا العصبية الدماغية للطفل .

أما علماء علم النفس وعلم النفس الاجتماعي فقد ربطوا الأسباب بالأعراض (2):

1 . فالتخلف في النمو اللغوي قد تجلى سببه وهو عجز أو حرمان الطفل من الدخول في تلك الأشكال من التفاعل السابقة للغة ـ تفاعل طفل المهد مع بيئته المحيطة (6) ـ التي ينمو من خلالها الانتقال المبكر من الاتصال السابق للغة إلى الاتصال اللغوي .

2. ويرجح بعضهم إن طيف التوحُّد جذوره تعود إلى التفاعل الخاطئ بين الأم وطفلها منذ الولادة , وما تزال هذه النظرة متبناة بقوة من قبل بعض المحللين النفسيين المتشددين , فقد لاحظ العلماء إن الأطفال المتوحّدون خلافاً للأطفال الأسوياء يتجنبون لقاء العين للعين مع الذين يرعَونهم , فلا يلاحقوا خط الإشارة أو النظر للآخرين , فربطوا جذور هذا العارض بنقص أو غياب "نظرية معرفة العقول الأخرى " , وهذه النظرية هي الأخرى أشارت دراسات حولها إنها ترتبط بتناغم الأم ـ الوليد , أو متابعة الأطفال الصغار لخط نظر الراشدين بحثاً عن شيء يثبتون خط نظرهم عليه , وبحثهم هذا بذاته متوقف على لقاء

العين للعين بين الراشد والوليد وهو ما أطلقوا عليه ظاهرة " الانتباه المشترك " التي تركز على المسألة المتمثلة في كيفية معرفة الطفل ما لذي يراقبه الشخص الآخر .

3 . كما أظهرت دراسات أخرى إن الأطفال المتوحّدون يشكون من غياب اللعب التمثيلي , وبعد التدقيق مع أسرهم ظهر إنهم لم يجتازوا أو حُرِموا من مرحلة اللعب الحر مع أقرانهم منذ ولادتهم وحتى ظهور الأعراض عليهم .

4. كما يبدون ضعافاً بشكل لافت للنظر في رواية السرد والقصص أو في فهمها , ففي سبيل فهم السرد على الطفل أن يلتقط مقاصد الأبطال وتوقعاتهم , فمن دون التقاط السرد يصبح الطفل المتوحِّد منقطعاً عن أحد المصادر الرئيسية للمعرفة عن عالم البشر الذي يحيط فيه , وبالأخص ما يتعلق منه بالرغبات والمقاصد والمعتقدات والصراعات البشرية .

5. ظهور اضطراب التكامل الحسي , أي لا تتم معالجة التكامل متعدد الحواس بشكل كافي من أجل توفير استجابة مناسبة تتوافق مع متطلبات البيئة , فالتكامل الحسي هو عملية عصبية تقوم بتنظيم الإحساس القادم من أجسامنا ومن البيئة , الأمر الذي من شأنه أن يجعل من الممكن استخدام أجسامنا بشكل فعال ضمن البيئة .

6 . إلّا أن النقطة الجوهرية هو أن العلماء لاحظوا حتى الأطفال المتوحّدين الموهوبين يبدون متيبسين وغير طبيعيين في حياتهم الاجتماعية والانفعالية , كما لو أنهم تعلموا الحياة كما يتعلم المرء الرياضيات .

7. وهناك أسباب نفسية اجتماعية , كحرمان الطفل من الحصول على الأهتمام والتعزيز من قبل الوالدين على سلوكه الاجتماعي السليم , أوالعلاقة غير الدافئة بين الزوجين والتي تنعكس على علاقة الأم بطفلها , أو بسبب مرض الأم بالفصام أو معاناتها من مرض عاطفي واضح , أو انسحاب الطفل عند ميلاد طفل جديد يستحوذ بشكل مبالغ به باهتمامات الوالدين خاصة الأم .

8. وأسباب أدراكية أي بسبب أصابة الطفل باضطراب أدراكي نمائي , تجعله يعاني من انخفاض قدراته على الأدراك , بالأضافة إلى اضطراب في اللغة , فتنخفض قدراته العقلية المختلفة , فينعكس

الخلل الحاصل في الأدراك وعدم تنظيم الأستقبال الحسي على قدرة الطفل على تكوين أفكار مترابطة وذات معنى عن بيئته , فيحدُّ ذلك من قدرته على التعلم وعلى التكيُّف مع البيئة , فينعزل وينغلق على ذاته.

تعليق : أنا من وجهة نظري أن الوراثة ليست سبباً من أسباب الأصابة بالتوحُّد لطالما إن التوحُّد هو اضطراب في السلوك , فلا يمكن للوراثة أن ترسم خريطةً للسلوك طالما أنَّ السلوك مرتبط بالمؤثر البيئي(8) , وكثيراً ما وقع العلماء بهذا الخطأ , لأن الطفل منذ لحظة ولادته يتشرب ويتطبع ويستدمج سلوك والدية على درجة عالية من التشابه بحيث إن الإبن يتطابق سلوكياً مع أبويه حتى بنبرة صوته , أما إذا كان مقصد علماء الطب البشري وجود تأثير للجينات الوراثية على آلية عمل وظيفة وسائط نقل تأثير المؤثر (الجهاز العصبي) مما يؤدي إلى اضطراب السلوك فالأمر يختلف وهو في غاية التعقيد وسبحان الله الخالق .

المهارات الاجتماعية للطفل السليم :(5)

إن المهارات الاجتماعية التي قد تتعرض للاضطراب عند الطفل ما هي إلا أسلوب وطريقة لفهم الحياة وكسب رهاناتها , فهي تساهم في تحسين جميع جوانب الحياة معتمدة على المخزون الفكري للفرد ومكتسباته الحضارية , وقد عرَّفها العلماء " هي سلوك مكتسب مقبول اجتماعياً يمكِّن الفرد من التفاعل مع الآخرين تفاعلاً ايجابياً ..... موركان " , فالمطلوب من الفرد أن يسعى جاهداً في تعديل وتحسين وتطوير هذا ألإرث الثقافي التقليدي المؤثر في سلوكه , من خلال اكتساب وممارسة وتطوير هذه المهارات الاجتماعية , وهي كثيرة ويمكن تصنيفها إلى :

1. مهارات شخصية : هي نشاطات ذاتية يرثُ الطفل بعضاً منها جينياً من صفات الشخصية البنائية للأبوين المنجبين , ونشاطات موضوعية يكتسبها الطفل بالتربية والتنشئة من صفات الشخصية النواة التي يشترك فيها معظم أفراد مجتمعه الذي يعيش فيه , من قيم ومعتقدات وأعراف وتقاليد ترسم ثقافتهم وتحدد سلوكهم , وهي مهارات يستخدمها ويوظفها الطفل للتواصل والتفاعل مع الآخرين لبناء شخصيته ورسم

صورتها بمرآتهم , أي المعرفة الاجتماعية وبالأخص الإدراك الشخصي(الوعي والتفكير) , وكذلك فهم الأشخاص الآخرين , ومن هذه المهارات , كمهارات اتزان الشخصية , ومهارات الثقة بالنفس , ومهارة كسب الأصدقاء , ومهارة القدرة على حل المشكلات , ومهارة التفكير الفعّال , ومهارة الذكاء العاطفي , ومهارات الاستماع , ومهارات التعاطف , ومهارات التعرف على مشاعر الفرد الذاتية , ومهارة الصبر , ومهارات المغفرة أو التسامح , ومهارات المودة والإحساس وغيرها , جميع هذه المهارات يجب أن نفهمها بادراك الطفل وليس بادراك الكبار .

2. مهارات حياتية , وهي قدرات الطفل على السلوك التكيُّفي الإيجابي للحياة , فهي أساسية وضرورية لتجعل الطفل يتعامل بفاعلية مهنية مع متطلبات الحياة اليومية وتحديداتها , حتى يتمكّن من فهم تجاربها والاندماج في المجتمع , فهي مهارات ترتبط في المشكلات الإنسانية التي تصادف الطفل في حياته اليومية , فاكتسابها يساعده على العيش حياة صحيحة ومثمرة , وابرزها المهارات الحركية الاعتيادية , كالعناية بالذات , والأكل , والإخراج , والنظافة , ولبس وخلع الملابس , وتصفيف الشعر وغيرها , والمهارات الحركية الدقيقة , كمسك القلم عند الكتابة , أو مسك الملعقة أثناء الطعام , أو تقليم الأظافر وغيرها , كذلك المهارات الأدراكية , كالأدراك أن السكينة أداة تجرح , والنار تحرق , والكهرباء تصعق وغيرها .

3. مهارات التواصل الاجتماعي , وهي المهارات التي يمارس الطفل فيها دوره الاجتماعي كطفل , وتمكِّنه من التواصل والتفاعل مع الآخرين , أي التطبّع بثقافة مجتمعه , ومن خلالها يظهر تصوره للأعراف والتقاليد والأطر والعلاقات الاجتماعية , ويمكن وصفها بأنها مفاهيم الأطفال للعادات والتقاليد الاجتماعية , (5) , كمهارات اللغة , ومهارات الاتصال غير اللفظي" الإيماءات" , ومهارات التفاعل مع المجموعات , ومهارات التعاون , ومهارات اللعب , ومهارات المشاركة الاجتماعية , ومهارات التآلف وقبول الآخر وغيرها .

وكل واحدة من هذه المهارات تلاحظ مظهرها بعدة أنشطة يمارسها الطفل السليم , في حين يعجز الطفل المتوحِّد من ممارستها , أو يمارسها بشكل خاطئ لا يحقق غايته وهدفه , كما يجب أن يدرك الكبار إن هذه المهارات , يمارسها الطفل وفق نظامه المعرفي الخاص به كطفل , وليس كما يمارسها الكبار , كما إن مظهرها الذي يلحظه الكبار على الطفل ليس كمظهرها كما لو مارسها الكبار أنفسهم , فالعالم الاجتماعي للطفل عالم خاص , يمكن الرجوع إلى الكراسات والنشرات التي تصدرها منظمة الصحة العالمية للتعرف على تفاصيل المهارات وأنشطتها والتعليمات لتأهيل الفاقدين لها من مصابي التوحُّد , (راجع الملحق ب المرفق) يتضمن ظواهر وأنشطة المهارات التي تسبب التوحُّد الواردة ضمن دليل التشخيص (DSM5) .

النمو التطوري للمهارات الاجتماعية للطفل السليم : (6)

عند تقييم حالة التطور المعرفي لنمو مهارات الطفل الاجتماعية واللغوية والسلوكية بحسب نظريات علم نفس النمو , فذلك يتم من خلال المراقبة والملاحظة والتدقيق والمقارنة مع المسار التطوري لمهارات الطفل السليم , وندرج أدناه جدولاً يبين مسار النمو التطوري لأبرز المهارات الاجتماعية واللغوية والسلوكية عند الطفل السليم :

ظواهر مراحل نمو التطور الاجتماعي

عمر ثلاث شهور : يستلطف بالملاطفة والمداعبة والعناق , يقيم تواصل بصري قصير أثناء الرضاعة .# عمر ستة شهور : يميّز الغرباء والأماكن الجديدة , يعبر عن السعادة أو الضيق والأستياء عندما يتعرض لمؤثر , يحب اللعب البدني/ تحريك اليدين والرجلين .

عمرتسعة شهور : يستمتع باللعب مع الآخرين , يبتسم ويضحك لمن يتفاعل معه , ويفتهم نغمة الصوت العنيفة , يستأنس ويتجاوب مع أفراد أسرته في حين يكون حذراً تجاه الغرباء , يلعب لعبة الأختفاء (تَيّ) عندما تضع أمه برقعاً أمام وجهها ثم تزيله وتقول تَيّ هو يكرر اللعبة أمامها أو مع الآخرين .

عمر سنة : يستجيب من خلال النظر عندما ينادى على أسمه , يهتم بالألعاب ما قبل الاجتماعية أي مع قرائنه الأطفال لكن كلٌ بلعبته , يفهم العالم حوله , ويدرك أن الأشياء التي تختفي من أمام حواسه لها وجود في مكان آخر , أي يبدأ عمل الذاكرة .

عمر 18 شهر : يميل للعب التخيلي بالدمى , تقليد الكلمات التي يقولها الأكبر منه ويقلد طريقتهم باللعب .

عمر 24 شهر : يهتم باللعب مع الأطفال الآخرين الألعاب الاجتماعية بصيغة الفريق , يقوم بالعديد من الأفعال المتسلسلة اثناء اللعب كالتحمس للعب وإطعام الدمية وغير ذلك.

عمر 36 شهر : يستمتع باللعب التخيلي مع الآخرين , ويعتبر العصا حصان ويمتطيها ويجري بها .

عمرأكثر من 3 سنوات : يعرف دوره أثناء المحادثة مع الآخرين , يحدد منزلته بين رفاق اللعب ودوره داخل الجماعة .

ظواهر مراحل نمو التطور اللغوي

عمر ثلاث شهور : يهدهد أو يدندن أو يصدر أصوات , يبتسم عند سماع صوت الأم .

عمر ستة شهور : يلتفت نحو مصدر الأصوات , يبدأ في المناغاة والثرثرة , يقلد الأصوات , ينوِّع البكاء / بكاء الألم / بكاء الجوع / بكاء الإنزعاج / بكاء الخوف .

عمر تسع شهور : يصدر أصوات كثيرة , التعبير عن الأشياء التي يريدها , يربط الحدث بالصوت فتعوده سماع صوت الباب عند قوم والده يجعله ينادي بكلمة (بابا) كلما سمع صوت الباب , يستجيب لكلمة (لا) بغض النظر لنبرة الصوت .

عمر سنة : يستخدم الإيماءآت مثل الإشارة , يستخدم الأصوات المتناغمة وبعض الكلمات البسيطة مثل بابا ماما دادا , يستطيع ترديد أصوات الآخرين وتقليدهم , يتوقف عما يفعله عندما يقال له (لا) .

عمر 18 شهر : يبدأ بدمج ما يدركه من كلمات مع نظمته اللغوية الداخلية ويكوّن ربما عشر كلمات في قاموسه بمعانيها الخاصة به عند التحدث , يصدر العديد من الأصوات المتناغمة المختلفة , يتعرف

على الأشخاص المألوفين وأجزاء الجسم المألوفة , يتبع الأوامر البسيطة , يهز رأسه تعبيراً على الرفض دلالة على قول (لا).

عمر 24 شهر : يتعلم البناءآت اللغوية الجديدة ويقوم بإنشاء جمل بسيطة , مثل أريد اللعب , ماذا في الإناء , التعرف على الأشياء عند تسميتها , يشير على ذاته بالأسم .

عمر 36 شهر : يَرُد على الأسئلة التي توجه له , يشترك في الأناشيد والغناء الإيقاعي , يستخدم جمل متكونة من ثلاث كلمات , يتبع أو يطيع أمرين بنفس الوقت .

عمره أكثر من 3 سنوات : يستخدم جملاً طويلة تامة من الناحية الوظيفية , يتَّبع التعليمات المكونة من خطوتين أو ثلاثة , نطقه للكلمات مفهوم معظم الوقت ولو انه لايستطيع التفريق بين الأسماء والأفعال والحروف .

ظواهر مراحل نمو التطور السلوكي

عمر ثلاث شهور : يحرك يديه ورجليه , يمسك أو يقبض على الأشياء , يراقب حركة يديه , يفتح فمه لزجاجة الرضاعة أو لحلمة ثدي أمه ويرضع .

عمر ستة شهور : يرفع رأسه وصدره عندما يضطجع على وجهه , يطرق على الأشياء أثناء اللعب , يفتح فمه لتناول طعامه بالملعقة بمساعدة الغير , يمسك زجاجة الرضاعة ويرفعها إلى فمه .

عمر تسعة شهور : يزحف , ويقف مستنداً على الأثاث أو الحائط أو غيرها , يصفق باليدين , ينقل الأشياء من يد إلى أخرى , يشرب من الكوب لكن بمساعدة , يمضغ الطعام .

عمر سنة : يمشي مستنداً على الأثاث , يفكر بالأشياء التي تختفي من أمامه , يثار انتباهه أين ذهبت ؟ يعمل علامات أذا مسك القلم , يتناول طعامه بيده ويشرب من الكوب دون مساعدة .

عمر 18 شهر : يصعد السلم بمفرده , يعدّل الأشياء المقلوبة , والموضوعة بغير وضعها الصحيح , يجعل وضعه ملائماً لارتداء ملابسة عندما تلبسه إياها أمه , يخبر أمه عندما تبتل حفّاضته .

عمر 24 شهر : يقفز في المكان (يكمُز) , يدفع أو يجذب الأشياء , يقلب صفحات الكتاب صفحة صفحة , يستخدم أصابعه وأبهامه بالمسك , يفتح الباب بمفرده , يخلع ملابسه بدون مساعدة , يفتح أو يفض تغليف الأشياء المغلفة التي تشترى له .

عمر 36 شهر : يتظاهر ويمارس اللعب الأبداعي , يتجنب المواقف الخطرة , يبادر باللعب الاجتماعي ويحاول الإلتزام بدوره , يتناول طعامه بالملعقة , يستخدم المرحاض دون مساعدة.

ظواهر مراحل نمو وتطور الوعي والتفكير

عمر ثلاثة شهور : يستجيب للأصوات الجديدة , ويتابع حركة اليدين بعينيه , وينظر إلى الأشياء والناس .

عمرستة شهور : يدرك أمه , ويصل بيديه إلى الأشياء القريبة منه .

عمر تسعة شهور : يقلد الإيماءات البسيطة , ويستجيب عند سماع أسمه .

عمر 12 شهر : يلعب الألعاب أو المباريات البسيطة , ويتحرك ليصل إلى الأشياء المرغوبة , ويركز على الصوَّر وتشدّ انتباهه عند تصفح الكتاب .

عمر 18 شهر : يقلد الأصوات والإيماءات غير المألوفة , ويشر إلى الأشياء التي يرغبها أو يريدها .

عمر 24 شهر : يعرف أسماء أجزاء جسمه ويحددها , ينتبه إلى الترانيم الإيقاعية , يشير إلى الصوَّر في الكتب ويعرفها .

عمر 36 شهر : يطابق بين الأشكال والموضوعات , يستمتع بالصوَّر بالكتب , يتعرف على ذاته في المرآة , يعد لغاية عشرة .

هذا الجدول يساعد الأبوين على تتبع سلم تطور نمو المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي والمهارات السلوكية عند أطفالهم باعتباره دليل للمقارنة , مع التذكير بأن السلوك لا يمكن أن توضع له ثوابت ومحددات رقمية إنما هو يختلف من إنسان لآخر لعوامل كثيرة , والشيء الآخر

يبقى الحكم عند الشك لأنظمة القياس والأختبار والتشخيص العالمية والتي تعمل بضوابط وضعت على أساس بحوث عديدة وبخبرات عالية ومتعددة فلها القرار في التشخيص النهائي .

إهتمامات تنبه للكشف المبكر للاصابة بالتوحُّد :

إنَّ نظريات التطور الرئيسية المعنية بنمو الأطفال كنظرية بياجيه , وورنر , وكولبرج تبين إن أهم التغيرات المرتبطة بعمرالطفل خلال نموه تميل إلى عمل تحسينات في مهارات الطفل , وهذا يعني إن هناك أشكال بدائية وأشكال متقدمة للمهارات في سلوك الطفل على مسار نموه , وإن الأشكال البدائية من المهارات تميل إلى أن تُستَبدل بالأشكال المتقدمة منها تماشياً مع نموه وكبره , وهذه الأشكال المتقدمة تسعى إلى أن تمارِس سلوكاً بشكل أفضل مما كانت تفعله الأشكال البدائية , أي تمكين الطفل من التكيُّف مع بيئته الاجتماعية التي استجدت عليه بشكل سليم وأفضل (5) , وهذه المتغيرات يفترض أن تكون ظواهرها واضحة للأبوين , فكل الذي يظهر على الطفل من سلوك لا يتوافق مع المهارات السليمة التي يفترض أن يمتلكها طفلهم , يعتبرذلك موضع شك واشتباه يحتاج إلى عرضه على المختصين في تشخيص التوحُّد .

إنَّ تقييم حالة النمو التطوري لمهارات الطفل الاجتماعية بحسب علم نفس النمو لا يتوقف عند حد وصف الفروق الفردية كظاهرة نفسية ولكنه يذهب إلى أبعد من ذلك , إذ يتم عن طريق المراقبة والملاحظة والتحليل الدقيق للمظاهر النشاطية الحركية واللفظية , ثم المقارنة بين فئات الأعمار المختلفة ليصل في عمق معرفة الطفل الاجتماعية , أي تقييم مهاراته مقارنة بالنسبة إلى مؤشر المعرفة الاجتماعية للأطفال الآخرين الأسوياء الذين هم أكبر أو أصغر منه سناً كما يظهر للمراقب والملاحظ , وإذا ظهرت النتائج متباينة يمكننا التوصل إلى معرفة المشاكل التي تشكل الصعوبات الاجتماعية الخاصة لدى بعض الأطفال الذين يعيشون ظروفاً مضطربة , ومن خلال معرفتنا للمسار التطوري لتغيير مهارات الطفل السليم الاجتماعية بشكل طبيعي خلال تطور نموه , يمكننا كشف وتشخيص دور العوامل غير العادية التي تعرقل أو تغيِّر تطور مهاراته الاجتماعية (5) , ولكي يكون انتباه وملاحظة الأسرة وخاصة

الوالدين موجهاً لما تتوخاه من احتمالات لأعراض مبكرة لطيف التوحُّد ينبغي أن يتوجه الاهتمام إلى ما يأتي : (1)

1 . أن مناغاة الطفل وابتسامته كأستجابة لابتسامة أمه تبدأ بعمر من 4 ـ 6 أشهر , كما إن تواصله البصري من المفروض أن يكون واضحاً ويمارسه بعمر من 6 ـ 9 شهور , فينظر في عيني أمه ويتابع نظرها إلى المكان الذي تنظر إليه ويستجيب لابتسامتها وحركاتها وتعبيراتها ويردد الأصوات التي تصدرها , هذه الأنشطة التي يمارسها الطفل هي من مظاهر مهارات التفاعل الاجتماعي السليم فسلامتها تعني سلامة الطفل .

2 . عندما يبدأ الطفل بإظهار أصوات يجب أن تحاول الأم تقليده , وتنتبه وتلاحظ هل يتفاعل معها باستجابة متوافقة مع فعلها أم لا , فهذا النشاط هو الآخر من مظاهر التفاعل الاجتماعي , فسلامته تعني سلامة الطفل , فأطفال التوحُّد غالباً لا يشاركون في أي تواصل بالصوت .

3. عند الشهر العاشر من عمر الطفل ينبغي أن تلاحظ الأم فيما إذا كان طفلها يستجيب لها عندما تنادي عليه باسمه , وهذا من مظاهر مهارة التواصل الاجتماعي , التي من المفروض أن تحصل بشكل طبيعي , ولكن أطفال التوحُّد يتجاهلون الناس حولهم مهما حاولوا أن يُلفتوا انتباههم , لأنهم مُركزي الانتباه لحاجة تخصهم , ولكن عند هذه الحالة تحديداً يجب استشارة طبيب السمع فربما يعاني الطفل من مشكلة بالسمع وليس توحُّد .

4. ينبغي ملاحظة سلوك الطفل من قبل الأم عندما يكمل سنة من عمره , فالأطفال بهذا العمر يمسكوا الأشياء بشكل جيد , ويجب ملاحظة حساسية الطفل للصوت واللمس , فالأطفال المتوحدون لديهم حساسية مفرطة من الصوت العالي , ويتضايقون عندما يلامسهم شخص , في حين استجابتهم الحسية للألم تكون أقل من الطبيعي أحياناً , إن هذه الأنشطة هي من مظاهر المهارات الحسية والتي تظهر مضطربة عند طفل التوحُّد .

5. تلاحظ الأم فيما إذا كان طفلها يركز ويعطي اهتمام زائد لحاجة أو جزء من حاجة لشيء مفضل لديه سواء من لُعَبِهِ أو حاجاته أو لوازمه , وتنتبه وتلاحظ عن أي حركات يكررها باستمرار , مثلاً تحريك رأسه للخلف وللأمام , ثني اليدين ومدَّها , يدور حول نفسه , هذه الأنشطة هي من مهارات التكرار والنمطية والتي يتميَّز فيها طفل التوحُّد .

6. ملاحظة علاقته بالألعاب والأشياء والأماكن بشكل عام , والانتباه هل يبدي مقاومة شديدة لأي تغيير بالروتين في حياته , وهل يلعب بطريقة مختلفة عن الأسوياء , لأن هذه المظاهر من الأنشطة النمطية التي يمارسها طفل التوحُّد .

7. ملاحظة حصيلة الكلمات التي ينطقها , فطفل السنة يفترض ينطق كلمة واضحة المعنى نطقاً سليماً , وطفل السنتين ينطق جملة مفيدة من كلمتين مترابطة المعنى وواضحة المضمون , وهذه من أنشطة مهارة التواصل اللفظي التي يفترض أن نجدها عند الطفل السليم .

8 . نسترعي انتباه الأبوين إلى أن هناك أطفال كثيرون يكون نموهم طبيعي لحد سنة أو سنة ونصف أو حتى سنتين , وبعدها يتوقف النمو الطبيعي , أو يحصل تدهور أو نكوص في بعض أو كل مهاراتهم الاجتماعية .

في هذه الحالات التي ذكرناها بالنقاط آنفاً نُطَمئِن الوالدين أن لا يقلقا لأن هناك أنظمة تشخيصية دقيقة وأساليب حديثة للتعرف على أعراض التوحُّد , ولكن نقول عليهم أن لا يتأخرا بعرض الطفل على الجهات الصحية المختصة عندما يكون نشاط طفلهم سلبياً يدعوا إلى الشك عند مقارنته مع المسار التطوري للمهارات الاجتماعية واللغوية عند الطفل السليم .

ولهذا وبصرف النظر عن وجود الإصابة من عدمها , يُنصَح الأبوان بمراقبة وملاحظة وتدقيق تطور نمو الطفل منذ الولادة , وتسجيل أي اختلاف لأي مهارة من مهارات طفلهم مهما كانت خفيفة بتاريخها ووصفها الدقيقين , لأن ذلك في غاية الأهمية للكشف والتشخيص المبكر , وبالتالي سهولة التعامل مع هذا العارض واحتمال تحقيق النجاح في علاجه وارداً , أضف إلى ذلك تبقى الحاجة إلى هذه

المعلومات عند التشخيص النهائي إذا حدث الشك متأخراً إذ سيحتاجونها في اختبار المقابلة التشخيصية والكشف السريري وعند استخدام دليل التشخيص (DSM 5) أو غيره من أنظمة الكشف .

الوقاية والعلاج من طيف التوحُّد

حال إقرار لجنة التشخيص النهائي المؤلفة من الفريق المشترك المختص , يخضع الطفل للبرنامج العلاجي الذي أقره الفريق والذي يناسب حالته , وكذلك تجرى تقييمات خبير علم النفس أوعلم النفس الاجتماعي في مركز تأهيل الأطفال المتوحدين , للقرار على طبيعة النشاط التأهيلي أو التدريبي الذي يلائم المهارات الاجتماعية واللغوية والسلوكية التي يعاني الطفل من فقدانها أو الاضطرابٍ فيها , وبالنسبة للعلاج التأهيلي راجع الملحق (و) المرفق بمحاضرة درس في طيف التوحُّد , مقياس "شوبلر" للإختبارات التعليمية التي تساعد على وضع الخطة الفردية .

إنَّ طيف التوحُّد هو عارض تظهر أعراضه على سلوك الطفل , وكل جوانب السلوك سواء برسم حدودها أو في سلامتها وانحرافها فإن دراستها وبحثها وتقويمها وتغييرها وتبديلها هو من اختصاص علم التربية والتنشئة الاجتماعية , ولكن إذا كان المسبب لإضطراب السلوك هو علَّة جذورها عضوية/ بيولوجية أو مرض نفسي من المؤكد سيكون الدور للطب البشري في علاج الجذر المسبب لذلك الاضطراب , وعليه يكون التعامل مع طيف التوحّد بجانبين , جانب يمكن أن نصفه إنه وقائي , وجانب آخر يمكن وصفه أنه علاجي أو تأهيلي أو تدريبي , وهذا الأخير مسؤليته من مصدرين , احدهما مصدر طبي بيولوجي عضوي والآخر تدريب وتأهيل سلوكي يفترض أن يكون علم النفس وعلم النفس الاجتماعي مسؤول عنه .

الجانب الوقائي :

هذا الجانب مطلوب من كل الأسر وتحديداً الأمهات تنفيذ تعليماته جهد الإمكان , وذلك لأن بعض الدراسات أشارت إلى احتمال وجود علاقة بين الحرمان منه وبين ظهور حالات لطيف التوحّد عند بعض الأطفال المتوحدين , والتعليمات بسيطة ولا تشكل عبئاً على الأم أو على الأسرة وهي الآتي :

1 . تفضل الولادة الطبيعية إلا إذا كان هناك مانع يحدده المختصون بالطب , وفي كلتا حالتي الولادة الطبيعية أو القيصرية يفضل أن يسحب الطفل من فتحة خروجه الطبيعية أو الاصطناعية ملامساً لجسم أمه ويوضع وجهه مقابل وجهها لعدة ثواني ليستنشق أنفاسها , إلا إذا كان هناك حائل مرضي يمنع ذلك , وهذا يحدده الطبيب المختص القائم بالتوليد .

2 . تفضل الرضاعة الطبيعية من حليب الأم , خاصة في الستة أشهر الأولى بعد الولادة , ريثما يبدأ الجهاز المناعي للطفل بالتكامل والنضوج , فالمشاكل التي تصيب الجهاز الهضمي للطفل في السنة الأولى من عمره معظمها بسبب الرضاعة الاصطناعية , إذ تجعل منه ضعيفاً في معالجة السموم والمعادن , فتنفذ منه إلى الدم وتصل إلى الكبد والدماغ , لأنها تميل للترسب في مناطق الدهون , والدماغ هو أكثر الأنسجة دهنيةً , وتشكل طبقة حول الخلية الدماغية , فتصبح الخلية نائمة لعدم وصول الأوكسجين إليها , أو يصبح عمرها قصيراً فتموت , وبذلك يظهر انعكاسها على مهارات الطفل التي تنتجها العمليات العقلية .

3. التفاعل الاجتماعي التام مع الطفل من قبل الأسرة بدءاً بالأم منذ ولادته , إذ ينبغي على الأبوين والآخرين تحقيق رغباته وإبعاد مزعجاته والتحادث معه بالنظر بوجه الطفل بابتسامة وترديد الكلمات العاطفية وبنغمة موسيقية هادئة , ومع تتابع نموه الزمني يتم أنماء هذه العملية التفاعلية , بالمناغاة والدندنة وترديد بعض المقاطع من أغنية خفيفة أو أنشودة , ويفضل أن يكون الطفل بالأحضان كما في وضع الرضاعة , بحيث عند اكتمال عمره التسعة أشهر يكون تفاعله الاجتماعي مع بيئته واضحاً بيِّناً وسليماً , فقد أثبت العلماء إن التفاعل السليم بين الطفل وبيئته الاجتماعية إذا لم يتحقق بالتسعة أشهر الأولى منْ عمره مِنَ الصعوبة تحقيقه فيما بعد(7) .

4. التفاعل اللغوي مع الطفل , في أغلب الأحيان يبدأ الطفل بالنطق مع نهاية السنة الأولى من عمره إذا كان تام الخِلقة وسالماً من عاهة أو مرض , ففي هذه المرحلة يتطلب أن يدرب الطفل من قبل والديه وإخوانه الكبار على نطق الكلمات البسيطة بابا وماما ودادا , والتدرج معه للكلمات الصعبة مع تدرج نموه

وعدم التعجل بذلك , وهذا يتطلب إطلاق الطفل في مراحل نطقه الأولى في بيئة لغوية خصبة وواضحة وغير متعددة اللغات جهد الإمكان , وإعطاءه الحرية التامة باللعب مع أقرانه الأطفال(6) .

5. مناغاة العيون , وهو أن تكون عيني الأم بعيني طفلها عند الرضاعة وعليها أن تغيِّر اتجاه نظرها قليلاً إلى أيٍّ من الجهات , وتراقب طفلها فيما إذا يتابع اتجاه نظرها بنظره هو أم لا , أي ينقل نظرَه إلى المكان الذي تنظر إليه , وتحثه وتشجعه بالتدريب والتمرين , وليس بأسلوب الإكراه أو العنف بل باللطف والمداعبة الهادئة , وعلى الأبوين والآخرين عند محادثة الطفل التواصل معه وجهاً لوجه مع التقاء العيون(2) .

6. حث الطفل على اللعب التمثيلي وتهيئة مستلزماته , واللعب التمثيلي هو مرحلة من مراحل اللعب الاجتماعي الذي يبدأ قبل مرحلة الطفولة المبكرة 3 و4 و5 من عمر الطفل وخلالها وما بعدها , ويقوم الطفل بتمثيل الأشياء الحقيقية بما متيسر لديه من أدوات لَعِب , مثلاً يمثل العصا حصاناً ويمتطيها ويجري أو لعبة الشرطي واللص أو يتخيل دعوة طعام ويقوم بإطعام دميته وغيرها(6) .

7 . قص السرديات على الطفل , ومتابعة تنبؤه لأحداثها القريبة قبل أن تحكيها له , مثل قصة ليلى والذئب , أو قصة طرزان والأسد , أو أي قصة بسيطة تتلاءم ومدارك الطفل , المهم أن تتابع وبدون إلحاح معرفة تنبؤه للأحداث القريبة (2) .

8 . يجب أن تتأكد باليقين القاطع إن الحالة التي يعاني منها طفلك هي ليست حالة مرضية , عضوية أو نفسية أو عاهة أو عيب خَلقي , لأن عارض التوحُّد هو طيف/هالة من الاضطراب المتعددة في كل أو جزء من سلوكيات الطفل ومهاراته الاجتماعية , وعلى الأرجح يمكن أن نميِّز بعض ظواهر هذا العارض بعد نهاية السنة الأولى , لكنه يظهر بكل وضوح في السنين الثلاثة الأولى من عمر الطفل والإصابة تحدث خلالها , لأن مرحلة الطفولة المبكرة 3 و4 و5 سنوات تعتبر من أكثر مراحل نمو الطفل حساسية وأهمية , ففيها يفترض أن يكتمل نموه الذهني واللغوي , وباكتمال هذين النموين يفترض

أن يمارس الطفل جميع مهاراته الاجتماعية وسلوكه بشكل سليم وطبيعي وواضح , إذ يبدأ سلوكه تقره العمليات العقلية وتحكم محدداته الذات الاجتماعية .

9 . الالتزام بإرشادات الطبيب البشري , إذا تم تشخيص الإصابة وكان سببها المباشر أو غير المباشر خللاً عضوياً أو فسلجياً أو نفسياً , أدى إلى أضطراباً سلوكياً , أو نقصاً بمهارة ما أو عدم ممارستها كما يمارسها الأطفال الأسوياء .

العلاج التأهيلي :

بسبب طبيعة التوحُّد التي تختلف أعراضه فتخُفُّ وتَحْتدُّ من طفلٍ لآخر , ونظراً للاختلاف الطبيعي بين طفلٍ وآخر , فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلُح للتخفيف عن أعراض التوحُّد لكل الحالات , وقد أظهرت الدراسات والبحوث إن معظم الأطفال المصابين بالتوحُّد يستجيبون بشكل جيد للبرامج القائمة على البُنى الثابتة والمتوقعة , كالأعمال اليومية المتكررة والتي تعوَّد عليها الطفل , والتعليم المصمم بناءً على الأحتياجات الفردية لكل طفل , وبرامج العلاج السلوكي والوظيفي , والبرامج التي تشمل علاج اللغة , وتنمية المهارات الاجتماعية , والتغلب على أية مشكلات حسية , على أنْ تُدار هذه البرامج من قبل أخصائيين مدربين بشكل جيد وبطريقة متناسقة وشاملة , كما يجب أن تكون الخدمة مرنة تتغير بتغيُّر حالة الطفل , وأن تَعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه , كما يجب تقييمها بشكل منتظم , من أجل محاولة الانتقال بها من البيت إلى المدرسة ثم إلى المجتمع , كما يجب عدم أغفال دور الوالدين , مما تدعو الضرورة إلى تدريبهما على كيفية المعاونة مع المدرب في تطبيق برامج التأهيل , وتوفير وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي لهما ولكل الأسرة .

طالما إن عارض التوحُّد هو اضطراب في السلوك , والسلوك هو مهارات يكتسبها الطفل بالتربية والتنشئة الاجتاعية , إذن معالجة هذا الاضطراب السلوكي لا بدَّ وأن تستند أسسها على عمليات تربوية وتنشيئية خاصة بالمهارات التي أصابها الأضطراب وبجهود مكثفة , وهذه العمليات يفضل أن تمر

بمرحلتين , المرحلة الأولى هي تعزيز الوضع السلوكي السليم عند الطفل , والمرحلة الثانية , إعادة بناء السلوك المضطرب بدءً من الصفر .

ماهو السلوك الاجتماعي ؟ السلوك الاجتماعي هو فعالية مقصودة يؤديها الفرد وتأخذ بعين الاعتبار الناس الآخرين , وهذه الفعالية قد يكون سببها أو دوافعها هو الأحداث التي وقعت فيها أو الأشخاص الذين يلازمون الفاعل الاجتماعي الذي نفذ السلوك , إذن دور البيئة هو الأول والأساس في رسم طبيعة السلوك الاجتماعي (7) .

كيف يكتسب الطفل سلوكه الاجتماعي ؟ يبدأ الطفل باكتساب سلوكه الاجتماعي عندما يخضع فعلة لاستحسان الكبار أو لاستهجانهم , وبنمو عاطفة الشعور بالذات لدى الطفل في ظل سلطة الكبار , تقلل تلك العاطفة استخفافه باستهجان رأي الكبار , ولكن عند خروجه من بيئة الأسرة إلى أفق المجتمع يجد أن بعض هذه القواعد لا تزال مرعية بقوة في المجتمع لكنها تتنوع بنفاذها وأقرارها من جماعة لأخرى , فإذا حرص على مراعاتها سيصطدم بمشكلة التنوع والتعدد وسيكون سلوكه الاجتماعي مضطرباً , وتعود هنا عاطفة الإحساس بالذات وصلتها بالجزاء والعقاب والمدح والذم , فيصيغُ سلوك الفرد حُكمُ ضميرهِ , ولكن حتى حكم الضمير سيصدر بصيغة فعل اجتماعي له حوافزه , الإدراكية والوجدانية والقيمية , ويوجهه موقف اجتماعي ومعايير وقيم ثقافية , من ذلك نَخْلُصْ إلى نتيجة جوهرية وهي إن البيئة تساهم بالنصيب الأكبر في صُنع السلوك الاجتماعي للطفل , وعلى هذا الأساس يخضع العلاج التأهيلي لطفل التوحُّد للخطوات الآتية :

1 . التدخل المبكر لتحسين مستوى التحصيل اللفظي والكلامي بواسطة برامج خاصة يضعها أخصائيوا النمو اللغوي في علم نفس النمو .

2 . علاج السلوك السلبي والنمطي بالتدريب والتأهيل بوسائل تحسين السلوك لمستوى مقبول .

3 . برامج تعليمية وتأهيلية خاصة للأطفال المتوحدين لتحسين التواصل والتفاعل مع الأسرة والمجتمع مثل برنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) وبرنامج العلاج الوظيفي واللذان سنغطيهما بشيء من التفصيل في أدناه : (6)

أن عملية تحليل السلوك التطبيقي (ABA) هي الوسيلة الممهدة للوصول إلى علاج أضطراب السلوك , لأنها تستند على فكرة الاستجابة المرتبطة بالسلوك التي تساعد المدرب بالسيطرة على الطفل المتوحِّد , فالسلوك التطبيقي يتضمن التطبيق المنظم والسليم لآليات منبثقة من مبادئ تجريبية للسلوك , تعمل على فهم المتغيرات البيئية المصاحبة له , وإيجاد الطرق المناسبة لتعديل أو تغيير السلوك خاصة غير المرغوب فيه , فهي خليط من التقنيات النفسية والتعليمية التي تستخدم بناءً على احتياجات كل طفل بشكل فردي , والمتغيرات البيئية هي المؤثرات التي أحدثت آثارها الاضطرب على مهارة / أومهارات الطفل وسببت له التوحُّد , ويركز تحليل السلوك التطبيقي على فهم العلاقة الوظيفية بين البيئة والسلوك , وصولاً للمؤثرات المسؤولة عن التغيرات التي تحدث في السلوك , وما هي الأجراءآت التي اتخذت في تعديله , ويركز على السلوك الظاهر القابل للملاحظة والقياس باستخدام طريقة المراقبة والتسجيل والتحليل .

إنَّ تحليل السلوك التطبيقي هو نظام أو برنامج تم وضعه عام 1960م الهدف منه هو العثور على طريقة تحفز طفل التوحُّد لتحقق زيادة مهارات اللغة ومهارات اللعب ومهارات التنشئة الاجتماعية لديه , ويعتبر من أنجح الطرق وأكثرها انتشاراً واعترافاً من قبل المختصين , كما يعتبر من أهم البرامج العالمية لتعديل سلوك الأطفال المتوحدين بصفة خاصة , فقد أثبت في اكتساب أطفال مراكز التأهيل والتدريب لمهارات عديدة في مجال تعلم اللغة والمهارات الاجتماعية , بالأضافة إلى تحسين مهارات التعلم بشكل عام لديهم , كما أثبت نجاحه في التعامل مع الأطفال الذين يعانون من تحديات السلوك المصاحبة لكثير من الاضطرابات النمائية , مثل التوحّد وتشتت الأنتباه وفرط الحركة , وبرنامج تحليل السلوك التطبيقي هو برنامج بسيط وغير معقد يمكن للوالدين تعلمه والعمل عليه بأنفسهم مع طفلهم المصاب

بالتوحُّد , فهو يستفيد من فكرة أن الأطفال المتوحدين عندما يتأثرون بمكافئتهم سيكونون سعداء ومن المحتمل أن يكرروا السلوك الذي كوفئوا عليه .

في برنامج تحليل السلوك التطبيقي , يتم تقسيم المهارات الصعبة والمعقدة إلى مهارات بسيطة يسهل على الأطفال تعلمها (راجع الملحق " و" تجد مثال على كيفية تقسيم المهارات المعقدة) , حيث يتم أجراء تحليل بسيط لمهارات الطفل , لأجل الوصول إلى تحديد المهارات اللازمة لتحسين أداءه وسلوكه , ويلي تحليل المهارات هذا التدخل المنظم لتدريب الطفل على الأداء باستقلالية , يعتمد نجاح برنامج تحليل السلوك التطبيقي على التقييم الدقيق والمستمر لأداء الطفل من خلال استخدام الرسم البياني , إنَّ فائدة تحليل السلوك التطبيقي بُنيت على أساس التحليل والتعامل مع ما يسبق السلوك ومع نتيجته , ووفقاً للنموذج السابق تلعب نتيجة السلوك دوراً كبيراً في نزعة الطفل نحو تكرار هذا السلوك مرة أخرى من عدمه , فعندما يتم تعزيز الطفل على سلوك مرغوب قام به فإنه سوف ينزع إلى تكراره , وينطفئ السلوك في حال عدم تعزيزه وينزع الطفل نحو عدم تكراره , وذلك وفقاً للقاعدة السلوكية التي تنص على إن السلوك تدعمه نتائجه الفورية , ويتم استخدام العديد من الستراتيجيات التعليمية في هذا البرنامج ومنها الآتي :

1 . التعزيز : ويمكن تعريف التعزيز على أنه الوسيلة التي تؤدي إلى تعلم وتكرار سلوك يؤدي إلى إثابة وتجنب سلوك يؤدي إلى عقاب , ويستخدم في تعلم وتكرار السلوكيات المرغوبة التي تؤدي إلى الإثابة , وتجنب السلوكيات غير المرغوبة التي تؤدي إلى العقاب , ويحدث السلوك غير المقبول نتيجة خلل أو قصور جراء تعزيز سلوك غير مرغوب بما يزيد عن احتمالية حدوث هذا السلوك مرة أخرى لأنه يجد ما يعزِزُه , فمن الخطأ تعزيز السلوك غير المقبول لأن ذلك لا يؤدي إلى الإنطفاء , والتعزيز تؤثر على فاعليته عدة عوامل هي الآتي :

أ . توقيت التعزيز , يجب أن يكون فورياً وليس مؤجلاً , أي يجب تعزيز الطفل مباشرة بعد أداء السلوك .

ب . مقدار التعزيز , المبدأ العام هو تقليل مقدار التعزيز وعدم أعطاءه بكثرة في كل مرة حتى يظل هذا المعزِز مرغوباً للطفل , كما يجب أن تتناسب كمية المعزِز وطبيعة السلوك والجهد الذي قام به الطفل .

ج . أنتظار التعزيز , ويعني تعزيز الطفل بعد كل أستجابة أو عدد من الأستجابات أو بعد فترة زمنية محددة .

د . أختيار التعزيز المناسب , يجب معرفة المعزِزات التي يحبها الطفل وترتيبها وفقاً لدرجة تفضيلية لها .هـ . تنويع التعزيز , بحيث يكون لكل طفل أكثر من معزِز , وتشمل هذه المعزِزات , الألعاب , والمواد , والمأكولات , والأنشطة .

و . يجب تقديم المعزِزات الاجتماعية مع المعزِزات المادية .

ز . عدم أعطاء المعزِز للطفل كرشوة كي يتوقف عن البكاء أو الصراخ .

ح . عدم أعطاء الطفل المعزِز إلا بعد أنجاز ما يطلب منه , فيما عدا إذا كان من الناحية التشجيعية لصعوبة المهمة .

ط . إتاحة الفرصة للطفل لأختيار المعزِز الذي يرغب فيه .

ي . تقديم المعزِزات بصورة مفاجئة وغير متوقعة مما يجعل الطفل يُظهر دافعية أكثر .

ك . يجب تسمية السلوك الذي يتم تعزيزه خاصة في التعليم المبكر حيث يساعد ذلك على فهم الطفل للسلوك الجيد الذي أدى إلى تعزيزه .

2 . التشكيل : يعتبر تشكيل السلوك من أكثر الاستراتيجيات المستخدمة بصورة عامة , ويتضمن التشكيل تقديم التعزيز بصورة متدرجة عقب السلوكيات التي تقترب أكثر فأكثر من السلوكيات المرغوبة , وعند استخدام آلية التشكيل يجب تحليل السلوك إلى وحدات صغيرة , ويتم تعلم كل وحدة من هذه الوحدات بشكل منفصل , وبعد انجاز تعلم هذه الوحدات الصغيرة تتم مساعدة الطفل لجمع هذه الوحدات معاً لتكوين السلوك المستهدف .

3 . التسلسل : تسلسل السلوك عبارة عن أسلوب يتضمن ربط سلسلة من أنماط السلوك البسيط ببعضها البعض لتكوين سلوك معقد , وتزداد فاعلية هذا الأسلوب عندما يكون الطفل قد اكتسب عدداً من أنماط السلوك , بيد أنه يفتقر إلى ممارسة السلوك المعقد الأكثر أهمية , ولابد أن يُشار إلى أنماط السلوك البسيط في السلسلة بتحليل المهمة , إذ يتم ترتيب السلوكيات المطلوبة لأداء المهمة , وعادة ما يُستخدم التسلسل في تعلم مهارات رعاية الذات , إضافة إلى أمكانية استخدامها في أي مهارة لها خطوات يتم أداؤها وفقاً لترتيب محدد .

4 . النمذجة : التعلم بالنمذجة هو أحد الفنيات السلوكية التي قد يقترن استخدامها بفنيات أخرى مثل التشكيل والتسلسل والحث , حيث يتم تقديم نموذج للطفل عن كيفية أداء المهمة , وقد يكون هذا النموذج هو المعلم أو أحد الزملاء أو شريط فديو , أي إن التعلم بالنموذج يضمن الأجراء العملي للسلوك أمام الطفل بهدف مساعدته على محاكاة هذا السلوك .

5 . الحث أو التلقين , يحتاج بعض الأطفال إلى الحث لأداء بعض المهارات أو السلوكيات المطلوبة , ويعد الحث من الفنيات التعليمية التي تساعد الطفل على أداء الاستجابة الصحيحة , بما يقلل من خطأ الطفل ويدعِّم أحساسه بالنجاح , كما يلعب الحث دوراً مهماً في توضيح الاستجابة المتوقعة من الطفل , والمخاطرة الوحيدة في استخدام الحث هي إن الطفل قد يصبح معتمداً عليه لأعطاء الاستجابة الصحيحة , إلا أنه يمكن بعد ذلك تشجيع الطفل على العمل باستقلالية عن طريق استخدام الاستبعاد التدريجي .

لقد أثبتت التجارب العملية أضافة للدراسات والبحوث أن خير من يقومون في تحليل السلوك التطبيقي هم الأبوان والمعلمون , من خلال تطبيقه بشكل واسع على الأطفال الذين يعانون من مرض عقلي أو إعاقات نمائية , فكان الدور لمؤسسات التنشئة الاجتماعية كافة وفي مقدمتها الأسرة والمدرسة ومراكز الإعاقات والمستشفيات مميزاً في معالجة السلوكيات غير المرغوب فيها والسلوكيات النمطية .

أما برنامج العلاج الوظيفي : ترتكز الخدمات العلاجية في العلاج الوظيفي على تعزيز المشاركة في أداء أنشطة الحياة اليومية , من مأكل وملبس وأخراج وعناية بالذات , وأنشطة التفاعل

الاجتماعي مع الغير في الأماكن العامة , وأجراءآت السلامة وضبط السلوك اثناء التفاعل والترفيه والترويح واللعب مع الآخرين , ويتم التدريب وفقاً لأولويات , أذ يبدأ التدريب ببرنامج العناية بالذات , ثم الأنتقال إلى الأنشطة الاجتماعية , ويتم خلال التدريب التركيز على تنمية المهارات الحركية اللازمة للتعامل مع عناصر العملية التعليمية , كتنمية مهارات اليد بتحريكها من مفاصلها تحريكاً كلياً أو مفصلياً , أو تحسين وظائف كف اليد بتمكينها من مسك الأشياء وتحسين تحريكها ضمن كف اليد من باطنها إلى أصابعها , وتنمية مهارات حاجات الحياة اليومية كتناول الطعام والأخراج والتنظيف , والنظافة الشخصية , ومهارات أرتداء وخلع الملابس , وبعد كل فصل تدريبي يتم إعادة تقييم الطفل وأجراء مقارنة بين مستوى أداءه الحالي و أداءه السابق لمعرفة مدى التطور في المهارات والقدرات , ويعتبر التعاون بين مقدمي الرعاية التأهيلية والأسرة عاملاً مهماً في نجاح البرنامج الوظيفي , لأن المهارات التي يتدرب عليها الطفل تحتاج إلى متابعة من كل الأطراف , فالعلاج الوظيفي يسعى لتمكين الأطفال من الانخراط في الحياة اليومية الطبيعية من خلال سلامة مهارتهم الشخصية كأفراد وسلامة أعضاء أجسامهم بأداء وظائفها , وتَمكينهم بالكِبَر بأن يكونوا مشاركين بإمكاناتهم ومنتجين في مجتمعهم , والعلاج الوظيفي يقوم على استخدام اسلوب منهجي يُمَكِّن الأطفال معاقي المهارة الوظيفية لعضو ما من تطوير الوسائل لتحسين وظيفة ذلك العضو , بالمتابعة والتدخل والتقييم للأداء الوظيفي العام للطفل أو لعضو محدد لديه , إنَّ العلاج الوظيفي من مسؤليات مؤسسات الرعاية الصحية , ومراكز تأهيل ومعالجة الإعاقة الحركية , ومراكز تأهيل أطفال طيف التوحُّد , وكل وكالات المجتمع , بالتعاون مع المختصين والأسرة والمدرسة لتعليم الطفل معاق المهارات كيف يستعيد مهارته الحركية الاعتيادية والدقيقة والمهارات الأدراكية والتكامل الحسي وصولاً به إلى درجة الأستقلال في الحياة اليومية الأعتيادية .

ويتم استخدام أسلوب تحليل السلوك التطبيقي والعلاج الوظيفي لدعم الأطفال المصابين بالتوحُّد من خلال تحقيق الجوانب الآتية :

1 . السعي بكل جهد للمحافظة على السلوكيات الإيجابية المتعَلَمة من قبل الطفل .

2 . تعميم السلوك الإيجابي أو نقله من حالة أو أستجابة واحدة إلى أخرى .

3 . زيادة السلوكيات المرغوب فيها , والحد من السلوكيات غير المرغوب فيها .

4 . تعلم سلوكيات جديدة .

5 . تقييد أو تحديد الظروف التي تحدث فيها السلوكيات غير المرغوب فيها .

إنَّ العلاج التأهيلي يطبق على الأطفال بالتوازي مع العلاج الطبي للأطفال المشخصين تحت طيف التوحّد , ويجب أن تكون مرتكزاته تعتمد على مشورة الوالدين , وأن يجري التعلم في نظم بيئية غنية وأن يكون منظماً وفق السياق الآتي :

1. يصنف الأطفال الذين تحت طيف التوحّد مضطربي المهارات الاجتماعية والتواصل الاجتماعي والسلوك إلى حالات شديدة ومتوسطة وبسيطة .

2. تقسيم الأطفال بحسب نوع المهارات المضطربة أوالتي يفتقدونها .

3. يقسم المدربون على الأطفال بتخصيص مدرب لكل طفل , ويسمى مدرب الظل , ويفضل عدم تبديل المدرب على الطفل جهد الإمكان , لأن تفاعل الطفل مع المدرب هو جزء من هدف التدريب والتأهيل .

4. يجب أن يكون المدرب متخصص في تدريب المهارة الاجتماعية التي يفتقدها الطفل , وأن يكون صبوراً يتحمل ولا تثيره ردود الفعل التي قد تبدو من الطفل .

5. أما إذا كان عدد الأطفال أكثر من عدد المدربين فسوف لن تتحقق الغاية كما مطلوب , ولكن إذا دعا الاضطرار يمكن أن يكون مدرب للمهارة التي من نوع واحد لأكثر من طفل , على أن لا يزيد عدد الأطفال المتوحدين عن ثلاثة , وبخلافة نعتقد سوف لن تتحقق الفائدة .

6. يحدد صف الطفل بمرحلة واحدة أدنى من صف أقرانه الأسوياء , ومن وجهة نظري كمتخصص أجد من غير الصواب عزل الأطفال المتوحّدين في مدارس خاصة , إنما الأصح هو دمجهم مع الطلاب الأسوياء شريطة أن يرافق الطفل مدربه , فلما كانت حالتهم هي عدم الاندماج مع الآخرين فكيف بنا أن نزيد فوق ذلك بعزلهم عن الأطفال الأسوياء ؟

7. تأهيل الأطفال الذين يختلط معهم الطفل ويشكلون بيئته , ليدركوا حالته ويتصرفون معه بما يجعلهم وكأنهم يُكْمِلون دور المدرب .

8. يتصرف المدرب أو المؤهِل على ضوء الكراسات أو النشرات التي تصدرها منظمة الصحة العالمية أو غيرها من جمعيات علمية , في التدريب على النشاط الصحيح للمهارة الاجتماعية التي يفتقدها الطفل المتوحِّد أو يعاني من ضعفاً فيها .

وهناك عوامل عديدة تتدخل في تحديد درجة التحسن ومدته أيضاً , منها طبيعة المهارة الاجتماعية التي يفتقدها الطفل , وشدة الحالة , والعمر الزمني للطفل المتوحِّد , وصحته العامة , ومقدار الجهد الذي يبذله مدرب الظل ومطابقته للمطلوب , والبيئة التي تتم فيها عملية التدريب والتأهيل , والمستلزمات المتخذة المساعدة , وفوق كل هذه العوامل دور الأسرة والأبوين ودور المدرسة والمعلم .... وغير ذلك , المهم أياً كان الحال يجب أن يكون الهدف هو إدماج الطفل مع أقرانه بالمجتمع , من خلال إعادة المهارة المفقودة إليه , وذلك بأن ينجح بالتكيُّف مع ثقافة مجتمعه , ويتقبل حالة التغيير والتعديل والتبديل من سلوك حالته إلى السلوك الاجتماعي السليم السوي , الذي يعيشه أقرانه في مجتمعه .

الأستنتاجات

1 . لقد دلت الدراسات والبحوث أن التوحُّد هو طيف واسع من الأضطرابات التي تصيب المهارات الشخصية والاجتماعية والسلوكية واللغة عند الطفل , وهو بأشكال متعددة , وقد تبدأ أعراضه مع نهاية السنة الأولى من عمر الطفل , وعلية مطلوب من الأسرة والقائمين بشأن الطفل , مراقبة مراحل نموه التطوري بدقة , وتسجيل أي أمر لا يتوافق تطوره وطبيعته مع تلك المراحل وعرض الطفل على الطبيب

2 . إن المتابعة الدقيقة للنمو التطوري للطفل تفيد في كشف حالات الإصابة مبكراً , والكشف المبكر يسهل عملية العلاج ويسرّع من أثرها الإيجابي على تحسين حالة الطفل , وعلية يلعب الوعي التربوي التنشيئي للأسرة وللقائمين بشأن الطفل دوراً كبيراً لتجنب الإصابة ولسهولة علاجها إذا وقعت .

3 . لقد توصل العلماء من دراسة سيرة وسلوك الأطفال المتوحّدين منذ ولادتهم إلى ظهور الإصابة بوضوح وتأكيد تشخيصها بالأختبارات المخصصة لذلك , بأن هناك متطلبات تنشيئية كان الطفل قد حُرم منها خلال مراحل تنشئته ربما كانت هي السبب بأصابته , وعليه لا بد للأسرة والقائمين بشأن الطفل أن يلموا بالثقافة التنشيئية لكي يسير النمو التطوري لطفلهم بسلامة وسلاسة .

4 . يؤكد العلماء في هذا العارض بالذات , أن دور الأسرة في العلاج خاصة التأهيلي قد لا يقل أهمية عن دور الجهات المهنية المختصة , وسبب ذلك لأن الطفل يحتاج التصحيح لمهاراته المضطربة طيلة نشاطاته اليومية وتعزيز نجاحاته فيها , وعليه يتطلب الأمر من الأسرة أن تلمَّ بجدية عن كل خصائص هذا العارض وطرق التعامل معها لكي تمارس عملية التأهيل بنجاح في البيت لتكمل عمل مؤسسات التأهيل المتخصصة .

5 . توضح البحوث إنَّ الرعاية الصحية النفسية والجسمية والترويحية للمرأة الحامل وللأم وللطفل لها أهمية واضحة في الوقاية وفي العلاج التأهيلي , فقد أثبتت الدراسات أن التفاعل الاجتماعي للطفل إذا لم يتحقق خلال التسعة أشهر الأولى من عمره مع أفراد أسرته سوف لن يتحقق بالشكل السليم مع المجتمع طيلة عمره , وعليه يجب شمول الطفل بالرعاية النفسية من أسرته منذ ولادته ليتحقق التفاعل الاجتماعي معه .

التوصيات

1 . نشر الثقافة التربوية والتنشيئية بجانبها التطبيقي , الذي تستوعبه الأسرة العراقية , باستخدام جميع الوسائل المتاحة لذلك , كوسائل الأعلام بكل أشكالها , أو الدورات التثقيفية والإرشادية للأبوين ومعلمي رياض الأطفال , أو توزيع كتيبات أرشادية تثقيفة توعوية معدة من قبل مختصين في مستشفيات الولادة ورعاية الطفولة , وإجراء حملات كل سنة تحت أسم يوم التوحُّد لتوزيع البوسترات واقامة الندوات الأرشادية في المؤسسات المعنية برعاية الأمومة والطفولة .

2 . فتح مراكز رسمية حكومية لتأهيل أطفال التوحُّد على أن تُعد كوادرها وتُهيأ مستلزماتها الفنية العلاجية إعداداً سليماً في معاهد علمية متخصصة ورصينة في الدول التي لها خبرة وتجربة علمية أكاديمية وعملية في إعداد هكذا كوادر .

3 . دعم الأسرة في توفير معلم / مدرب / مؤهل الظل , الذي يرافق الطفل في حياته اليومية خارج مراكز التأهيل , لكي تكتمل عملية تأهيل المهارات المعاقة , لأن تذبذب مواجهة السلوك الخاطئ بين التصحيح أحياناً وبين السكوت عليه رغم خطأه أحياناً أخرى يبطئ أو يعيق عملية التأهيل .

4 . لطالما أن عارض طيف التوحُّد هو عارض سلوكي , وأن السلوك البشري يتباين بحسب ثقافة المجتمع , يصبح من الضروري إخضاع الحالات التي تبدو عليها الغرابة إلى الدراسة والبحث والتمحيص , لضمان وضع الدراسات للعلاجات التأهيلية الملائمة , وأرى من المناسب استحداث قسم في مركز أبحاث الطفولة يختص بدراسات هذا الموضوع في جانبه السلوكي , وقسم في شعبة الأمراض النفسية في مديرية صحة المحافظة يختص بدراساته العضوية البيولوجيه .

5 . ضرورة تبادل المعلومات بكافة جوانبها عن هذا العارض مع منظمة الصحه العالمية وبقية دول العالم المهتمة بالموضوع .

6 . لطالما موضوع الأهتمام بهذا العارض من مسؤولية الجهات الطبية , ولإفتقار الجهات الصحية لتخصصات علم النفس وعلم النفس الاجتماعي , ولكون العارض هو سلوكي/ تفاعلي / لغوي تدعو الضرورة استحداث ملاك عالم نفس وعالم نفس اجتماعي وعالم نفس نمو لغوي في مديرية صحة المحافظة , المهم في الموضوع هو أئتلاف الفريق المهني المختص في التشخيص والكشف وفي التخطيط العلاجي وفي المتابعة , إضافة إلى البحوث والدراسات ذات الصلة بالعارض .

المرجع التي تم استخلاص المادة العلمية منها بتصرف

1 . مواقع متعددة من الإنترنيت

2. ثقافة التربية , جيروم برونر ص331 ـ 335

3. علم النفس الاجتماعي , فؤاد البهي السيد ص56

4. التربية والتنشئة الاجتماعية , عبدالله الرشدان , ص15 و23 .

5. العالم الاجتماعي للطفل , وليم دامون , مترجم , ص22 و41

6. ثقافة تربية الأطفال , د. شاكر الخشالي , ص62و127

7 .التنشئة الاجتماعية , د. معن خليل عمر ص63

8. علوم اجتماعية , د. شاكر الخشالي , الأصدر الاول ص11و65

9 . علم نفس النمو , رمضان محمد القذافي , ص13 و14 و23

10 . إتصالات مباشرة وغير مباشرة مع بعض المعاهد والأكاديميات الخاصة بالتوحُّد في دول عربية وغربية .

الملحق (أ) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

دليل التشخيص الإصدار الرابع المعدل عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV-TR)

إنَّ تشخيص اضطراب التوحُّد يتطلب (ستة) من المحكّات الأساسية من الفئة (1 و2 و3) حسب ما سيرد لاحقاً , ولكن من الضروري توفر ما لا يقل عن (أثنين) من الفئة (1) و (واحد) من كل من الفئة (2 و3) وذلك كما يأتي :

1 . إعاقات واضحة في التفاعلات الاجتماعية , وذلك كما يُعبَّر عنها على الأقل في (أثنين) مما يأتي

أ . إعاقة واضحة في استخدام اللغة والسلوك الغير لفظي .

ب . ندرة في العلاقات البين شخصية والتي تُنمى بطريقة ملائمة لعمر الفرد .

ج . ندرة في الاشتراك في الاهتمامات مع الآخرين .

د . ندرة في التبادل والمشاركة الاجتماعية والعاطفية .

2 . إعاقة واضحة في التواصل كما يُعبر عنها على الأقل في (واحدة) مما يأتي :

أ . تأخر أو ندرة في اللغة المنطوقة .

ب . إعاقات واضحة في القدرة على تقليد أو متابعة التواصل مع الآخرين .

ج . تقليد أو إعادة نمطية في استخدام اللغة .

د . ندرة أو قلة في صنع اللعب التخيلي الملائم للمرحلة العمرية .

3 . تكرار بصورة تقليدية لنماذج مشابهة ومكررة من السلوك بطريقة نمطية وذلك كما يُعبر عنها على الأقل في (واحدة) مما يأتي :

أ . الانشغال بواحدة على الأقل من السلوكيات النمطية من الاهتمامات .

ب . التمسك الصلب بالأشياء الروتينية الغير وظيفية أو بطقوس معينة .

ج . سلوكيات نمطية وتكرارية بحركات معينة .

د . الانشغال بطريقة صعبة بأجزاء من الأجسام .

الملحق (ب) بمحاضرة درس في طيف التوحد

دليل التشخيص طبقاً للجمعية الأمريكية للطب النفسي الإصدار الخامس (DSM5)

في مايس عام 2013 م أصدرت الرابطة الأمريكية للأطباء النفسانيين (APA) الإصدار الخامس الجديد للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية بمختصر لمصطلحه (DSM5) , ظهر فيه معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحُّد (ASD) واضطرابات التواصل الاجتماعي ذات الصلة بالتوحُّد (SCD) مما أدى إلى حدوث تغييرات جديدة في تشخيص بعض الأمراض النفسية , هذه التغييرات الموجودة في الدليل (DSM5) تختلف عنها في الإصدار الرابع المعدل السابق من الدليل (DSM–IV –TR) .

فقد نصَّ دليل (DSM5) على إن الطفل ذو اضطراب التوحُّد يتصف بما يأتي :

1 . صعوبة مستمرة في استخدام التواصل والتفاعل الاجتماعي سواء التواصل اللفظي أو غير اللفظي مع المواقف المختلفة في المراحل الحالية أو ما قبلها ويتضح لنا في الظواهر التالية :

أ . صعوبة في التبادل الاجتماعي – العاطفي : ويتراوح ما بين التعامل الاجتماعي غير الطبيعي والفشل في تبادل حوار اعتيادي , مثلاً : إلى الفشل في المشاركة في الاهتمامات والعواطف والمزاج , إلى الفشل في بدء تفاعل اجتماعي أو استجابة له .

ب . صعوبة في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي : ويتراوح ما بين ضعف في تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي , مثلاً : إلى خلل في التواصل البصري ولغة الجسد , أو صعوبة في فهم واستخدام التعابير الجسدية (الإيماءات) , إلى الغياب الكامل لتعابير الوجه والتواصل غير اللفظي .

ج . صعوبة في أنشاء العلاقات أو الحفاظ عليها أو فهمها : ويتراوح من صعوبات في ضبط السلوك ليتلائم مع مختلف المواقف الاجتماعية , مثلاً : إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي , أو إنشاء الصداقات , إلى فقدان الاهتمام بالأقران .

2 . سلوك أو اهتمامات أو أنشطة تتصف بالتحديد أو التكرار كما هو ظاهر في (أثنين) على الأقل مما يلي سواء في المراحل الحالية أو ما قبلها ومنها ما يأتي :

أ . نمطية وتكرار في حركات الجسم أو في استخدام الأشياء أو في الكلام , مثلاً : نمطيات حركية بسيطة , أو ترتيب الألعاب في طابور , أو قلب الأشياء , أو إعادة ترديد الكلام المسموع (كصدى) , أو ترديد عبارات خاصة غير ذي معنى .

ب . الإصرار على المثلية (تماثل الأفعال) , وارتباط دائم بالأفعال الروتينية أو الطقوسية أو طبيعة التفكير أو السلوك اللفظي وغير اللفظي , مثلاً :اضطراب كبير عند حصول تغيير بسيط , أو صعوبات في التغيير , أو طبيعة تفكير جامدة , أو طقوس ترحيب خاصة , أو الحاجة إلى أخذ نفس الطريق , أو تناول نفس الطعام يومياً .

ج . اهتمامات محددة وثابتة بشكل كبير وبصورة غير طبيعية من ناحية الشدة والتركيز , مثلاً : ألتعلق أو الانشغال الشديدين بأشياء غير اعتيادية , أو التقيُّد بصورة مبالغ فيها , أو المواظبة على الاهتمام بشيء محدد .

د . فرط أو انخفاض حركي نتيجة للمدخلات الحسية أو اهتمامات غير طبيعية بالجوانب الحسية للمحيط (عدم إحساس للألم والحرارة) , مثلاً : استجابة سلبية للأصوات , أو أحاسيس لمس معينة , فرط في شم أو لمس الأغراض , انبهار بصري بالأضواء والحركات .

3 . يجب أن تظهر الأعراض في الفترة المبكرة من نمو الطفل , لكن قد لا تظهر الأعراض بشكل واضح حتى تظهر الحاجات الاجتماعية لدى القدرات المحدودة للطفل التوحدي , أو قد لا تظهر أبداً لحلول استراتيجيات مكتسبة لتحل محلها خلال الفترات الأخيرة من النمو .

4 . يجب أن تسبب الأعراض ضرراً واضحاً في الفعاليات الاجتماعية والوظيفية والفعاليات الحياتية الأخرى المهمة .

5 . هذه الاضطرابات يجب أن لا تكون بسبب نقص في الذكاء (اضطرابات الذكاء التطورية) أو بسبب تأخر النمو العام , إن نقص الذكاء واضطراب طيف التوحد يظهران متزامنان معاً عادةً , ولعمل تشخيص ثنائي للاضطرابين في اضطراب واحد , يجب أن تكون القابلية للتواصل الاجتماعي أدنى مما هو متوقع للنمو الطبيعي .

ملاحظات على تصنيف الإصدار الخامس

1 . حسبما هو معمول في تشخيص التوحد فإن الطفل عليه تحقيق (12) محك ليتم تصنيفه ضمن العديد من الحالات ومنها : اضطراب التوحُّد الأعتيادي , اضطراب الطفولة التفككية التحللية , اضطرابات النمو الشاملة غير المحددة , اضطرابات أسبيرجر , إلا أن التوجهات الجديدة تقوم على تجميع الحالات سابقة الذكر تحت مسمى واحد وهو متلازمة اضطراب التوحُّد (ASD) مما يستوجب على الأطفال ممن يتم تشخيصهم توفر إجراءات أكثر صرامة .

2 . تخفيض مجالات التشخيص 2 و3 مع التركيز على التواصل الاجتماعي , والعجز عن التفاعل , وأنماط من السلوكيات المتكررة والاهتمامات .

3 . تم تغيير حتمية اكتشافه قبل 3 سنوات من العمر إلى الاكتشاف في فترة نمو الطفل في وقت مبكر , بالإضافة لحدوث تشوهات حسية محتملة , وبالتالي تم أدراج مقياس للتعرف على مدى شدة أو حدة الاضطراب في كل من المجالات الأساسية .

4 . تشتمل التقارير التشخيصية الآن على المحددات التي قد تعزز التصنيف الفرعي لعينة ممثلة , بما في ذلك المحددات لوجود أو عدم وجود القصور الفكري وضعف اللغة وعوامل طبية أو وراثية أو بيئية معروفة .

5 . المعايير الجديدة تتطلب التعرف على تاريخ حدوث الأعراض التي قد لا تكون موجودة في الوقت الراهن (وقت الكشف السريري) , مع الاعتراف بأنه من خلال التدخل أو التطور الطبيعي فإن بعض الأطفال الذين يعانون من طيف التوحُّد لم تَعُدْ تظهر لديهم بعض الأعراض في وقت لاحق من حياتهم .

6 . كما أضاف التصنيف الخامس (DSM5) فئة جديدة تسمى اضطراب التواصل الاجتماعي (SCD) لتشخيص الأفراد الذين يعانون من مشاكل الاتصال اللفظي وغير اللفظي ولكنها تفتقر لغيرها من الصفات المرتبطة بالتوحُّد , كما إن بعض الحالات من ذوي اضطراب (PDD –– NOS) طبقاً للتصنيف القديم سيتم وضعهم ضمن التصنيف الخامس على إنهم كأفراد من ذوي اضطراب التوحُّد (SCD) تحت (DSM5) .

7 . بعد تطبيق المحكات التشخيصية للإصدار الخامس (DSM5) تم ملاحظة الانخفاض الملحوظ إحصائياً في التشخيص لما يقترب من 22% مقارنة بتطبيق المحكات الخاصة بتشخيص الدليل الرابع (DSM–IV) .

8 . كما يلاحظ إن هناك انخفاض ملحوظ إحصائياً يقرب من 70% عن تشخيص (PDD –– NOS) عند إعادة التشخيص بدليل (DSM5) , في حين إن تشخيص أسبيرجر رفض أن يتم وضعه تحت (DSM5) وكان لحد ذاته دلالة إحصائية (راجع الملحق ج لاستيضاح تفسير هذه المادة 8) .

الملحق (ج) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

(PDD).....اضطرابات نمائية شاملة :

هو مختصر لمصطلح Pervasive Development Disorder ترجمته "اضطرابات نمائية شاملة " مقابل الاضطرابات النمائية النوعية , وهذه مجموعة مكونة من خمسة اضطرابات تتسم بتأخير نمو الوظائف الأساسية المتعددة , بما في ذلك الاندماج في المجتمع والتواصل الاجتماعي , والاضطرابات الخمسة هي :

1. اضطرابات نمائية شاملة غير محددة (PDD – NOS) وتتضمن التوحُّد اللانمطي(Atypical Autism) وهو الأكثر انتشاراً .
2. التوحُّد الأعتيادي وهو الأكثر شهرة
3. متلازمة أسبيرجر .
4. متلازمة ريت .
5. اضطرابات الطفولة التحللية (CDD) .

إن الاضطرابات الثلاثة الأولى يطلق عليها اضطرابات طيف التوحُّد , أما الأخيران فنسبة الإصابة بها نادرة للغاية , ويمكن اعتبارها أحياناً ضمن طيف التوحد وأحياناً لا , وهناك عدم وضوح في استخدام المصطلحين (PDD) و (PDD – NOS) فأحياناً يستخدم مصطلح اضطرابات نمائية شاملة (PDD) ليقصد به الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (PDD – NOS) , كما إن المصطلح الأخير هذا "اضطرابات نمائية شاملة غير محددة " ما هو إلا تعبير مستلطف لاضطرابات طيف التوحُّد المشهور يستخدمه الأطباء كتشخيص مؤقت للأطفال دون سن الخامسة عندما يترددون لأي سبب في تشخيص إصابتهم بالتُوحُّد (راجع الملحق ب في الصفحة السابقة وهذا هو تفسير المادة 8 المذكورة هناك) , لأن الأطفال الصغار تفاعلاتهم الاجتماعية ومهارات التواصل الاجتماعي عندهم محدودة في بداية حياتهم , لذلك يكون من الصعب تشخيص الحالات البسيطة من التوحُّد لدى الأطفال

حديثي المشي , ويتمثل الافتراض غير المعلن في انه ببلوغ الخامسة فإن السلوكيات الغريبة أما تختفي أو ستتطوَّر إلى حالة التوحُّد الذي يمكن تشخيصه بسهولة .

أعراض الاضطرابات النمائية الشاملة :

1 . صعوبة استخدام وفهم اللغة .

2 . اللعب الغريب بالألعاب والأشياء الأخرى .

3 . عدم القدرة على العناق أو عدم الشعور بالراحة لذلك .

4 . الصعوبات ذات الصلة بتغيير الروتين اليومي أو الأشياء المحيطة المألوفة .

5 . الصعوبات المرتبطة بالأشخاص والأشياء والأحداث , كانعدام التواصل بالعين وسلوك الإشارة وانعدام الاستجابة بالوجه .

6 . حركات الجسد المتكررة أو الألفاظ السلوكية , كخفق اليدين أو لفّ الشعر أو ضرب القدم بلطف أو حركات أكثر تعقيداً .

لا يوجد علاج معروف محدد للاضطرابات النمائية الشاملة إنما تستخدم علاجات لسلوكيات معينة يمارسها الطفل , وهذه تكون علاجات متخصصة وفقاً لاحتياجات الطفل الخاصة , وفي مجال التأهيل للمهارات المضطربة يستفيد بعض الأطفال من الفصول الدراسية المتخصصة ويستند التأهيل على مبدأ التعليم الفردي , وأطفال آخرون يمكن أن يستفيدوا من فصول التربية الخاصة النموذجية أو حتى الفصول العادية إذا ما حصلوا على الدعم من قبل مدرسيهم , إنَّ التدخل المبكر المشتَمِل على برامج تعليمية متخصصة وملائمة , مع خدمات دعم جدية ومستمرة , يؤدي دورا أساسياً في تحسين نتائج الأفراد المصابين بالاضطرابات النمائية الشاملة , وكما لاحظنا ذلك في المادة (8) من الملحق ب كيف إنَّ 70% من الـ(PDD – NOS) تجتاز دليل التشخيص (DSM5) إيجاباً .

الملحق (د) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

الفصام وانواعه ..... واضطراب الذهان:

وجدت من المفيد أن أحيط القارئ الكريم ببضعة أسطر من المعلومات العامة عن هذين الحالين لحدوث التداخل والتشابه في بعض الأعراض بينهما وبين التوحُّد (Autism) ولورود ذكرهما في متن البحث .

الفصام العقلي : وهو أحد أنواع الفصام المتعددة , ويشخص كاضطراب مرضي يصيب التفكير , أي إن عملية دخول المعلومة للدماغ عن طريق الحواس / أو بالإيحاء وأجراء العملية العقلية عليها وإخراج القرار , تتم المراحل الثلاثة لهذه العملية العقلية عند المصاب بالفصام العقلي بصيغة منفصلة عن بعضها , وليست مترابطة كما في الإنسان السليم , وبسبب ذلك فإن تفكير الشخص المصاب خلال لحظة الفواصل بين هذه المراحل يصيبه الشرود لموضوع آخر , فيضطرب المخرَج العقلي عند المصاب ويكون مظهره جلياً بالنسبة للمقابل .

فصام الشخصية (الشيزوفرنيا) : هو مرض يصيب العملية العقلية بسبب اختلال كيماوي في وظائف خلايا المخ , يصيب الرجال بين عمر 15 ـ 25 سنة والنساء بين عمر 25 ـ 35 سنة , ومن أهم أعراضه , صعوبة الحكم على الأمور بشكل منطقي , فقد يضنُّ إن هناك من يكرهه أو من يسرق أفكاره أو شخصيته , ويتخيَّل أشياء وتسيطر عليه الكثير من الأفكار الوهمية , ويضنُّ بظهور أشباح فيكلمها , والمقابل يعتقد إنه يكلم نفسه , يقل إدراكه بالواقع ويبدأ برؤية أشياء أو سماع أصوات غير موجودة , ويصبح متبلد المشاعر وعنده برودة , وردة فعله للأحداث غير طبيعية , كأن يبدو عليه مظهر الحزن في مناسبة فرح أو بالعكس مظهر الفرح في مناسبة حزن , وتظهر عليه أعراض سلبية , كالانعزال عن المجتمع والإهمال الشخصي لنظافته وفقدان الحيوية والنشاط وتدني المستوى الدراسي , المرض قابل للشفاء إذا شُخص مبكراً .

الاضطراب الذهني أو الذُهان : هذا الاضطراب مظهره إن الشخص يعتقد اعتقادات غير موجودة وخاطئة , ولذلك تسيطر عليه الهلاوس كأن تكون سمعية أو بصرية أو شمّية أو لمسية , فمثلاً يضن إنه يسمع أصوات فيرد عليها والمشاهد يضنه يكلم نفسه , أو يُشاهد مَشاهد مضحكة فينبري بالضحك والمشاهد سيعتقده مجنون , أو يعتقد أنه يشم روائح كريهة بملابسه فيستبدلها كل لحظة , أو يشم رائحة كريهة بهذا المكان فيبتعد عنه بدون سبب , وغير ذلك من الهلاوس .

الملحق (هـ) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

دليل المصطلحات الأنكليزية المذكورة بالمحاضرة وترجمتها إلى اللغة العربية

American Psychiatric Association (APA) الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين

Diagnostic Statisti Manual (DSM) الدليل الأحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية , وضعته الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين

Intmational Cassification of Diseases (ICD – 10) الدليل الأحصائي والتشخيصي لمنظمة الصحة العالمية

National Alliance for Autism (NAAR) الأتحاد الدولي لأبحاث التوحُّد

Autism Spectrum Disorder (ASD) أضطرابات الطيف التوحدي

Social Communication Disorder (SCD) أضطرابات التواصل الاجتماعي ذات الصلة بالتوحد . التواصل اللفظي وغير اللفضي .

Childhood Autism Rating Scale (CARS) مقياس تقدير التوحُّد بالطفولة (مقياس كارز) , هذا المقياس لا ينصح أستخدامه من قبل الأبوين , بل يفضل الحصول على مساعدة المختصين لتفسير النتائج المستحصل عليها.

Applied Behavior Analysis (ABA) تحليل السلوك التطبيقي .

Pervasive Development Disorder(PDD) أضطرابات نمائية شاملة / فئة تشخيصية

(PDD – NOS) Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified أضطرابات نمائية شاملة غير محددة .

(CDD) Childhood Disintegrative Disorder أضطرابات الطفولة التحللية " متلازمة هيلر " أو الأنتكاس الذهني .

(ADI) Autism Diagnostic Interveiw المقابلة التشخيصية للتوحُّد .

(ADOS) Autism Diagnostic Observation Schedule الأختبار النفسي التعليمي الذي يساعد على وضع الخطة التعليمية (أختبارشوبلر) .

(ADOS – G) Autism Diagnostic Observation Schedule (أختبار أودس).

الملحق (و) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

الأختبارات التعليمية التي تساعد على وضع الخطة الفردية

بعد أن يحصل الطفل على تقييم لحالته المرضية , يحتاج إلى تصميم برنامج تعليمي خاص به حسب قدراته , وهو ما يسمى" بالتدخل المبكر " , فيجرى للطفل أختبار متخصص في معرفة المستوى التعليمي له وهو" الأختبار التعليمي النفسي/أختبار شوبلر " نسبة للعالم الذي وضعه , يصمم ويطبق الأختبارعلى الطفل ليحدد نواحي متعددة من قدراته وهي , أولاً : النواحي التطورية للطفل , وتشمل القدرات العقلية واللغوية , وقدرات العضلات الصغيرة والكبيرة , والأدراك الحسي , والتآذر (التوازن اليدوي والبصري) , والمهارة التقليدية , وثانياً : النواحي السلوكية للطفل , وتشمل النواحي السلوكية الغير طبيعية لدى الطفل في أربع جوانب رئيسية هي , المشاعر والعواطف , اللعب وطريقة أستكشافه للأشياء , والتفاعل الحسي , واللغة , وعلى أساس نتائج هذا الأختبار يتم تصميم البرنامج التعليمي الخاص بالطفل المتوحِّد .

هذا الأختبار مقسم إلى 147 فقرة أو نشاط , تغطي جميع الجوانب التي ذكرت أعلاه , ينفذها الطفل على شكل ألعاب محددة في غرفة خاصة لهذا الغرض , وتقيَّم كل فقرة حسب أداء الطفل (نجاح

/ محاولة / فشل) , بعد ذلك تظهر النتيجة على شكل رسم بياني , يوضح لنا مستوى الطفل في السبع نقاط الرئيسية الخاصة بالتطور(التقليد , الأدراك , العضلات الصغيرة , العضلات الكبيرة , تآذر العين مع اليد , الأدراك الأدائي , الأدراك العملي) , وعن طريق الرسم البياني التحليلي هذا , نستطيع مقارنة العمر الفعلي للطفل وهل هو متناسب مع قدراته ومهاراته الحالية أم لا , وعلى اساس ذلك يبدأ تصميم البرنامج التعليمي الفردي الخاص بالطفل حسب قدراته , عن طريق معرفة النشاطات التي لم يستطع أنجازها وحصل فيها على درجة (محاولة / فشل) وبالتالي تصمم نشاطات متعددة يتدرب عليها الطفل حتى يجيد المهارات التي هو ضعيف فيها .

إن تطبيق هذه الأختبارات التي تَدرُس قدرات الطفل وتبدأ بوضع خطة تعليمية له , ألمفروض أنها تطبق في المراكز المتخصصة للتوحُّد أو في العيادات التخصصية , إذ يتم تطبيق هذه الأختبارات على الطفل في غرفة خاصة لها نافذة عاكسة من جهة واحدة , بحيث يراقب الوالدان طفلهم أثناء الأختبار دون أن يراهم هو , وبعدها يتم تصميم البرنامج التعليمي المنزلي الخاص بالطفل , ويقوم المسؤول عن البرنامج التعليمي بمركز التأهيل بتدريب الوالدين بشكل مكثف على كيفية تطبيق هذه التمارين في البيت , ومن الممكن أن يتم ذلك من خلال مراقبة الوالدان للمدرب من النافذة اثناء تدريب طفلهم , أو من خلال أشرافه المباشر عليهم وتدريبهم , ومن هنا نرى أن دور الأهل في تطبيق البرنامج المنزلي الخاص بحالة طفلهم بالتعاون مع المركز من الأمور الهامة في الشفاء .

الملحق (ز) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

تقسيم المهارة المعقدة إلى مهارات بسيطة لتسهيل تدريب الطفل المتوحّد

المثال الأول: التدريب على الإفراغ , عندما يتجاوز الطفل عمر 3 سنوات ولا يمارس الإفراغ بالشكل الصحيح , فذلك دليل على وجود اضطراب في هذا السلوك والأمر يتطلب التدريب عليه , فيتم تقسيم مهارة الأفراغ المعقدة إلى مهارات بسيطة وكما يلي :

1 . يجب تعويد الطفل كيفية الشعور بالحاجة للإفراغ , فتحدد توقيتات لكي تأتلف معها ساعته البيولوجية , فيتدرب على الإفراغ قبل النوم مساءً ومع النهوض صباحاً , وهذه قد تستغرق وقت من التدريب ليس بالقليل لكي تتعود عليه ساعته البيولوجية .

2 . التدريب على كيفية خلع الملابس التي قد تعيق عملية الإفراغ بحيث نضمن أنها لا تتسخ من فضلات الإفراغ .

4 . التدريب على عملية الجلوس بالمرحاض بالوضع الصحيح والأتجاه الصحيح .

5 . التدريب على كيفية تنظيف فتحات الإفراغ (المقعد أوالأحليل) بالماء تنظيفاً جيداً سواء بالخرطوم أو باليد اليسرى .

6 . التدريب على كيفية إعادة لبس الملابس كما كانت قبل عملية الإفراغ .7

7. التدريب على فتح صنبور سيفون تنظيف مقعد المرحاض من الفضلات (الغائط أو البول) , وإذا لم يوجد سيفون يدرب الطفل على سكب ماء بواسطة الأبريق لدفع الغائط إلى مجاري المرحاض .

8. يدرب الطفل على غسل يديه بالماء والصابون عدة مرات (2 ـ 3) مرة ويتأكد من نظافتها بعد الأنتهاء من جميع مراحل عملية الإفراغ .

يجب أن يتدرب الطفل على كل مهارة من هذه المهارات البسيطة منفصلة عن الأخرى , ويجب أن يتقنها ويتم التقييم من قبل المدرب , ولا يجوز أن ينتقل إلى المهارة التي تليها وبحسب التسلسل المذكور أعلاه إلا بعد أن ينجح بالأتقان وهذا أمر مهم .

المثال الثاني : التدريب على الكتابة , الكتابة هي مهارة معقدة لأنها تشترك بها اليد والعين والعقل بعملية متداخلة تداخلاً في حدوده في غاية التعقيد , فلابد من تقسيمها إلى مهارات بسيطة لنسهلها على الطفل وكما ياتي :

1 . تدريب الطفل على كيفية مسك القلم بالأصابع الثلاثة (الأبهام والسبابة والوسط) وكيفية وضع الدفتر على الطاولة وكيفية وضع اليد على الدفتر بحيث يكون القلم فوق بداية السطر الذي ستتم عليه الكتابة .

2 . إراءة الطفل صورة الحرف / الكلمة المطلوب كتابتها , وتدريبه الى استخدام ذهنه في تحريك القلم ليرسم صورة الحرف / واذا كانت كلمة كيف يربط حروف الكلمة ببعضها , وهنا يجب أن يتقن الطفل رسم الحروف أولاً .

3 . تدريب الطفل كيف يصحح الأخطاء عندما يخطأ في كتابة الحرف أو في ربط الحرف بالآخر .

4 . تدريب الطفل كيف ينتقل للسطر الذي يلي ومتى ينتقل .

المثال الثالث : مهارات استخدام الجسد في البيئة , هذه المهارة أعراضها هي اضطراب التكامل الحسي , والتكامل الحسي يعني قيام الحواس باستقبال المثيرات والمعلومات الحسية , ثم يقوم الجهاز العصبي المركزي بتجميعها وترجمتها وفق السياق الخاص بها , ثم اصدار او انتاج الاستجابة الحسية الحركية المناسبة لها , فعند حدوث أي خلل في هذه العملية في أي مرحلة منها يحدث ما يسمى باضطراب التكامل الحسي , ولذلك يحتاج الطفل إلى تدريب متخصص للتكيُّف مع المثيرات البيئية بشكل تدرجي أي بمراحل , إذن يتطلب الأمر تقسيم هذه المهارة المعقدة إلى مهارات بسيطة , وهذا التدريب يؤديه مجموعة من المتخصصين في كيفية التعامل مع كل مهارة حسية بسيطة بطريقة علمية منهجية باستخدام وسائل وأجهزة تعمل على تقديم المثيرات الحسية البيئية بشكل متلائم مع قدرات الطفل .

ان حركة الطفل في بيئته تعتمد على استخدامه لمهارات حواسة استخداماً صحيحاً توافقياً , لإنتاج الحركة التي تحقق هدفاً ما , وبالتالي يجب أن تكون المهارة الحركية للجسم متوافقة مع المهارات الحسية , وهذا يتطلب تدريب الطفل على حركة الجسم ايجاباً أو سلباً على ضوء المهارات التي تؤديها الحواس , ثم تجمع المهارات لتصنع موائمة نشاط الجسم مع البيئة .

ملحق (ح) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

الفرق بين اضطراب اللغة في التوحُّد ,,,,,,, واضطراب اللغة كاضطراب نوعي

اضطراب اللغة في التوحد (اضطرابات نمائية شاملة)

1 . تعتبر اضطرابات اللغة في التوحُّد أحد المعايير التشخيصية التي تستخدم في تشخيص التوحُّد ولكنها ليست الوحيدة .

2 . مشكلات اللغة لدى مصابي التوحُّد تكمن في طريقة استخدامهم لها كوسيلة للتواصل وتبادل الأفكار

3 . تكمن المشكلات اللغوية لدى مصابي التوحُّد في جانبي اللغة اللفظي وغير اللفظي .

4 . تبدو مشكلات مصابي التوحُّد اللغوية مختلفة من حيث اشتمالها على المضاداة عكس الضمائر , والمفردات الخاصة ذات المدلولات الخاصة .

اضطراب اللغة (اضطرابات نمائية نوعية)

1 . تبدو اضطرابات اللغة المعيار التشخيصي الوحيد لفئة الأضطرابات اللغوية دون الحاجة لوجود أضطرابات أخرى في التفاعل الاجتماعي والسلوك .

2 . مشكلات مصابي اضطراب اللغة تكمن في القواعد والتراكيب اللغوية وليس في فهمهم أن اللغة وسيلة للتواصل وتبادل الأفكار.

3 . المشكلات اللغوية عند مصابي اضطراب اللغة تكمن فقط في الجانب اللغوي اللفظي .

الملحق (ط) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

مقيـــــــاس تقدير التوحُّد في الطفولة(مقياس كارز)

هناك قدر كبير من أدوات التقييم المتاحة للمساعدة في تشخيص مرض التوحُّد , وأحدها هو مقياس(كارز) (Childhood Autism Rating Scale – CARS) لتقييم التوحُّد في مرحلة الطفولة , وعادة ما يستخدم مقياس كارز مع الأطفال في عمر 2 سنة فما فوق , **لكنه ليس من المنصوح استخدامه لتقييم الطفل من قبل ذويه بأنفسهم بل من الأفضل الحصول على مساعدة من مختصين لتفسير النتائج المتحصل عليها** , ويختلف هذا المقياس عن غيره من أدوات تقييم السلوك في أنه يمكن ان يحدد فيما إذا كان الطفل يعاني التوحُّد أو غيره من اضطرابات تأخر النمو مثل التخلف العقلي , فهو يجعل من السهل لمقدمي الرعاية الصحية والمعلمين وأولياء الأمور لتحديد وتصنيف الأطفال المصابين بالتوحُّد.

كيفية العمل

يعمل المقياس على تصنيف سلوك الطفل وخصائصه وقدراته مقارنةً مع "طفل نموذجي". من خلال تقييم الخصائص الآتية : 1 . العلاقة مع الناس , 2 . التقليد , 3 . الأستجابة الأنفعالية , 4 . استخدام الجسد , 5 . أستعمال الأشياء , 6 . التكيُّف مع التغيرات , 7 . الأستجابة البصرية , 8 . الأستجابة السمعية , 9 . الأستجابة إلى الطعم / الرائحة / اللمس وكيفية استخدامهم , 10 . الخوف والعصبية , 11. الأستجابة اللفظية , 12 . الأستجابة غير اللفظية , 13 . مستوى النشاط , 14 . مستوى وتناسق الأستجابة الفكرية , 15 . أنطباعات عامة , ويتم العمل من قبل مقدمي الرعاية الصحية الأولية أو المعلم أو أحد الوالدين , وذلك بتقييم سلوكيات الطفل بـ (1 ـ 4) علامات لكل خاصية من الخصائص الـ 15 المذكورة آنفاً وكلآتي :

السلوك العادي أو الطبيعي ومناسب مع سن الطفل = 1 علامة

السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة طفيفة = 2 علامة

السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة متوسطة = 3 علامة

السلوك غير طبيعي وغير مناسب ومعوق بدرجة شديدة = 4 علامة

تفاصيل التقييم لكل مهارة من المهارات أدناه بموجب **مقياس تقدير التوحد في الطفولة كارز :**

1. اقامة العلاقة مع الناس

طبيعي // لا يوجد أي اختلاف بإقامة العلاقة بالناس وتصرفاته بمثل عمره .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // يمتنع من التواصل بالبصر ،/ يتجنب عندما يجبر على التواصل بصورة مبالغ بها / لا يتجاوب ،/ ملتصق بالوالدين أكثر من الطفل الذي بنفس عمره .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // انطوائي ،/ يحب العزلة ،/ لا يوجد اهتمام بالتفاعل مع المحيطين ،/ مقفول على نفسه ،/ تستطيع الحصول منه على القليل من التواصل .

غير طبيعي بدرجة شديدة// عزلة تامة ,/ افتقاد القدرة على الأستجابة.

2 . القدرة على التقليد والمحاكاة

طبيعي// يقلد الطفل الأصوات ، الكلمات ، الحركات بحيث تكون بحدود قدراته .

غير طبيعي بدرجة طفيف// يقوم الطفل بتقليد بعض السلوكيات البسيطة . مثال يصفق ،/ بعض الكلمات المفردة ,/ ويحتاج وقت لترديد الكلمة عند سماعها .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // قد يقوم الطفل أحياناً بتقليد سلوكيات بسيطة جداً , ولا يجيد ذلك على الوجه المتطابق مع أصل الحركة التي يقلدها .

غير طبيعي بدرجة شديدة // نادرا ما يقوم الطفل بالتقليد او لا يقلد نهائيا الأصوات أو الكلمات ، أو الحركات حتى بوجود مساعدَة .

3. الاستجابة العاطفية

طبيعي// يتفاعل الطفل للمواقف السارة والغير سارة.

غير طبيعي بدرجة طفيفة// تظهر عليه احيانا تصرفات غير مرغوب فيها كاستجابة منفصلة عن الواقع .

غير طبيعي بدرجة متوسطة// مثال الضحك الشديد بدون معنى أو بدون سبب وليس له علاقة مع الواقع .

غير طبيعي بدرجة شديدة// إستجابة منفصلة نهائيا عن الواقع ,/ وعندما يكون مزاجه في شيء معين من الصعب جدا أن يتغير .

4. **استخدام الجسم**

طبيعي// تشمل تناسق وتآزر وتوازن لطفل بمثل عمره .

- # غير طبيعي بدرجة طفيفة // له بعض السلوك النمطي المكرر مثال التكرار في اللعب اوالانشطة .
- # غير طبيعي بدرجة متوسطة // له سلوكيات غير مرغوب فيها واضحة لطفل في عمره/ مثال حركات لف الاصابع ،/ الاهتزاز ،/ الدوران ،/ الحملقة ،/ إيذاء النفس ،/ المشي على الاطراف ،/ خبط الدماغ ،/ الاستمناء ،/ تحريك اليدين ورفرفتها .
- # غير طبيعي بدرجة شديدة // فهو يستمر في الحركات المكرره المذكورة في الاعلى حتى لو شارك في نشاط اخر .

5. **إستخدام الاشياء**

. طبيعي // يهتم بالالعاب والاشياء من حوله والتعامل معها واستخدامها بالطريقة الصحيحة .

- #غير طبيعي بدرجة طفيفة // يهتم بلعبة واحدة فقط ويتعامل معها بطريقة غريبة كأن يطرقها بالارض .
- # غير طبيعي بدرجة متوسطة // يظهرعدم اهتمامه بالاشياء / وان اظهرالاهتمام يكون بطريقة غريبة ,مثال يلف اللعبة طول الوقت وينظر لها من زاوية واحدة فقط

غير طبيعي بدرجة شديدة // تكرار ماسبق ولكن بطريقة مكثفة ومن المستحيل أن ينفصل عنها إذا كان مشغولا بها.

6. **التكّيف والتأقلم**

طبيعي // يتكّيف مع الموقف والتغيّر للروتين .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // لا يقاوم التغير والتكيُّف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه.

غير طبيعي بدرجة متوسطة // يقاوم التغير والتكيف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه

غير طبيعي بدرجة شديدة // الاصرار على ثبات الظروف والروتين وعدم التغيير

7. **الاستجابة البصرية**

طبيعي // يستخدم التواصل البصري مع الحواس لاكتشاف الشيء الجديد أمامه .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // يحتاج للتذكير لكي يتواصل وينظر الى الشيء ،/ يهتم في النظر بالمرآة والضوء ،/ النظر الى اعلى أو الفضاء ,/ ويتحاشى النظر في الاشخاص .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // يحتاج للتذكير المستمر للتواصل البصري للشيء الذي يفعله ,/ وتظهر نفس السلوكيات السابقة .

غير طبيعي بدرجة شديدة // الامتناع عن التواصل البصري مع الاشخاص وبعض الاشياء ,/ وتظهر نفس السلوكيات السابقة .

8. **استجابة الانصات(الاستماع)**

طبيعي // ويستمع باهتمام مع عدم وجود أي مؤثرات صوتيه مستخدماً حواسه

غير طبيعي بدرجة طفيفة // رد فعل متاخر للاصوات ,/ يحتاج تكرار الاصوات لشد انتباهه ,/ يبالغ قليلا في رد فعله لبعض الاصوات .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // متنوع في رد الفعل ,/ مثال يتجاهل الصوت مرارا ،/ يقفل أذنيه لبعض الاصوات ومنها الاصوات الانسانية المكررة يومياً .

غير طبيعي بدرجة شديدة // مبالغ في رد الفعل لاصوات خافتة ,/ والتجاهل نهائيا لاصوات بصورة واضحة .

9. **استجابات استخدام التذوق والشم واللمس**

طبيعي // يستجيب الطفل لمثيرات الحواس كالألم وغيرها .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // يضع اشياء قي فمه ,/ يشم ويتذوق أشياء لا تؤكل ,/ يتجاهل الألم أو يبالغ به.

غير طبيعي بدرجة متوسطة // يبالغ باستخدام الشم والتذوق واللمس ,/ ويتجاهل الألم.

غير طبيعي بدرجة شديدة// فهو يبالغ كثيراً ,/ أو يتجاهل نهائياً ,/ ولا يظهر عليه أي نوع من الشعور بالألم ,/ أو المبالغة الشديدة لحدث بسيط جداً .

- 10. **الخوف والعصبية**

طبيعي // يتصرف الطفل مع الموقف مناسب لعمره .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // يتصرف الطفل بصورة مبالغة ,/ أو يتجاهل الحدث قليلا مقارنةً لطفل في مثل عمره .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // يتصرف بصورة مبالغة واضحة ,/ أو بتجاهل واضح مقارنةً لطفل في مثل عمره .

غير طبيعي بدرجة شديدة // خوف مستمر حتى عند إعادة المواقف غير الخطرة ,/ ومن الصعب جدا تهدئته ,/ وليس له ادراك للمواقف الخطرة والمواقف الغير خطرة .

11. **التواصل اللفظي**

طبيعي // يظهر الطفل كل مظاهر النطق والكلام واللغة المناسبة لعمره .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // تأخر في الكلام ,/ ظهور بعض الكلام المبهم ،/ ترديد كلام ،/ لا يستخدم الضمائر مثل أنا أنت هم وغيرها ، / يتلعثم بالهمهمة ،/ الخروج عن الحديث المألوف ، / عكس المقاطع أو الكلمات .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // صمت ،/ وعند وجود نطق هناك ترديد واضح ،/ غير وبتلعثم وهمهمة.

غير طبيعي بدرجة شديدة // لا يستخدم اللغة في التواصل ,/ فقط همهمة واصوات غريبة أشبه بصوت الحيوان ,/ واظهار اصوات مزعجة .

12. التواصل الغير للفظي

#طبيعي// يستخدم تعابير الوجه ,/ أو تغير الملامح والاوضاع وحركات الجسم.

غير طبيعي بدرجة طفيفة // تواصل غير لفظي ناقص مثال يمسك اليد من الخلف لطلب المساعدة والوصول للشيء بطريقة تختلف عن الطرق التى يستعملها الطفل السليم في مثل عمره .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // لا يستطيع ان يعبر عن احتياجه بالتواصل غير اللفظي ,/ ولا يستطيع فهم لغة التواصل غير اللفظي .

غير طبيعي بدرجة شديدة // يستخدم سلوكيات غريبة غير مفهومة للتعبير عن احتياجاته ,/ مع عدم الاهتمام باللايماءات وتعابير وجوه الاخرين .

13. مستوى النشاط

طبيعي // نشاطه عادي مناسب لعمره .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // يظهر نشاط زائد ,/ أو كسل زائد ويكون نشاطه خاص .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // نشاط زائد لا يهدأ يصعب التحكم به ,/ هائم لا ينام الا قليلا ,/ فوضوي غير منتظم ،/ أو خامل لا يتحرك من مكانه ,/ ويحتاج الى جهد كبير ليتفاعل مع نشاط معين .

غير طبيعي بدرجة شديدة // هائم ،/ نوبات غضب ,/ حركة مستمرة ,/ لا يجلس ساكنا ,/ فوضوي يرمي كل شيء على الارض ،/ يفتح ويقلب الاشياء .

14. مستوى وثبات الاستجابات الذهنية

طبيعي // في اداء المهارات في المواقف المختلفة المناسبة لعمره .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // يظهر تأخر في أداء المهارات .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // تأخر في أداء المهارات ,/ ولكن من الممكن ان يتفاعل لنفس عمره في احدى المهارات وتاخر في باقي المهارات .

غير طبيعي بدرجة شديدة // يكون أفضل من الطفل الطبيعي في مهارتين وتكون مبالغ فيها ,/ ولكن يتأخر بباقي المهارات .

النتائج النهائية

30 علامة تعني بداية تشخيص حالة توحُّد خفيفة

30 ـ 37 المعدلات بين هذه العلامات تشير إلى حالة توحُّد من الخفيفة إلى المعتدلة.

38 ـ 60 المعدلات المتراوحة بين هذه العلامات تشير إلى حالة توحُّد شديدة.

الكتاب السنوي لمركز ابحاث الطفولة والامومة/ جامعة ديالى ، المجلد الحادي عشر ، عدد خاص ص ص 153- 168 ، 3 نسيان 2017 ISSN 1998- 6424

المشكلات التي تعاني منها امهات أطفال التوحد

أ. م.د خنساء عبد الرزاق عبد
معهد الفنون الجميلة للبنين/بعقوبة

ملخص البحث

يهدف البحث إلى:-

التعرف على المشكلات التي تعاني منها امهات أطفال التوحد.

وتحقيقاً لهدف البحث تم بناء أداة البحث وهي استبانة مشكلات امهات أطفال التوحد , وقد تألفت عينة البحث من (50) ام من امهات أطفال التوحد في محافظة ديالى.

وبعد تحليل البيانات ومعالجتها إحصائياً باستعمال الاختبار التائي لعينة واحدة ومعامل ارتباط بيرسون.

توصل البحث إلى الآتي:-

*أن امهات أطفال التوحد يعانون من مشكلات والتي لها تأثيرا سلبيا في حياتهن تتمثل في ردود افعال مختلفة وتتمثل في وجود مشاعر الحزن وفقدان الطفل السليم.

وفي ضوء نتائج البحث توصل البحث إلى العديد من التوصيات و المقترحات .

Abstraet

The current research aims:- To identify the problems faced by mothers of children with autism.

In order to achieve the goal of search Was built search tool They identify the problems of mothers of children with autism , Find sample consisted of (50) mothers of children with autism from Diyala province.

After analyzing the data, processed statistically using T- test of one sample and Pearson correlation coefficient.

The research found the following: -

That mothers of autistic children suffer from problems that have a negative impact on their lives is the different reactions and is the presence of feelings of sadness and loss of a healthy child.

In light search results reach many of the recommendations and proposals.

مشكلة البحث :-

_تعد إعاقة التوحد من المشكلات الاجتماعية والنفسية والصحية والتأهيلية المهمة التي تواجهها أكثر المجتمعات لما لها من تأثيرات مباشرة وخاصة في الأسرة.

أن ميلاد طفل توحدي في الاسرة يؤدي الى استجابات انفعالية متعددة لدى الوالدين , وهذه الاستجابات تختلف لاختلاف نوع التوحد ودرجته وكذلك لاختلاف شخصية وثقافة الوالدين , ومن هذه الاستجابات الصدمة التي تتعرض لها الأم بولادة طفل توحدي ورفضها له وإنكارها لوجوده والشعور بالذنب بأنها قد تكون السبب في ولادة طفل توحدي يتنامى لديها مسبباً مشكلة نفسية مستديمة , كذلك الإحساس بالمرارة لكون طفلها يختلف عن باقي الاطفال الاسوياء.

لذا ارتأت الحاجة الى القيام بدراسة علمية لاجل التعرف على المشكلات التي تعاني منها أمهات أطفال التوحد لما لهذه الشريحة أهمية في المجتمع.

أهمية البحث:-

تعد إعاقة التوحد نوع من أنواع الإعاقات التي تصيب الأطفال في المراحل العمرية المبكرة , إذ أنها تعد بمثابة اضطراب نمائي حاد يظهر على الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره , و تؤثر على التواصل اللغوي والاجتماعي لديه مع من هم حوله .

وتتباين ردود الاسرة تباينا واضحا تجاه وجود مولود جديد من ذوي الاعاقة وقد توصل العلماء والباحثون والمهتمون بشؤون الاعاقة إلى ان هناك مراحل معينة تمر بها الاسرة عند اكتشاف ان ابنهم يعاني اي اضطراب فعندما يولد طفل ذو إعاقة , فإن الأسرة لا تستجيب فقط للحدث بنفسها , ولكن يجب أن تواجه معتقدات المجتمع عن ذوي الإعاقة , وهنا يتأثر أفراد الأسرة نفسياً واجتماعيا,وتتمثل ردود الفعل هذه في وجود مشاعر الحزن وفقدان الطفل السليم وقد أطلق عليها Jaffe, 1991 أعراض الحزن المزمن Chronic sorrow syndrome وأشار الى أن هناك عدد من المشاعر التي يظهرها الوالدان منها الشعور بالذنب , الغضب , خيبة الأمل , الانسحاب ,الإنكار وذلك في البداية ثم تتحول هذه المشاعر الى الاكتئاب, العجز, التناقض والشعور بوجود حمل ثقيل على عاتقهم (Johnston and joanne,2004,p16)

وتتجلى أهمية البحث الحالي في الاتي:-

*يمكن الاستفادة من الدراسة الحالية في مجال الصحة النفسية من خلال الاستفادة من أداة البحث.

*يثير اهتمام الباحثين بإجراء المزيد من البحوث العلمية في مجال أطفال التوحد 0

*يرفد المكتبة العربية والعراقية بدراسة علمية .

أهداف البحث :- يهدف البحث الحالي الى:- التعرف على المشكلات التي تعاني منها امهات أطفال التوحد.

حدود البحث:- يتحدد البحث الحالي بأمهات اطفال التوحد في محافظة ديالى للعام 2015.

تحديد المصطلحات

اولا:- **المشكلة** Problem

جابر 1967 :-حالة حيرة وقلق تتملك عقل الإنسان وتدفعه الى التأمل والتفكير لإيجاد حل وجواب للخروج من هذه الحيرة (جابر ,1967: 59).

الشبلي 1986 ك-حالة شك وحيرة أو تردد تتطلب القيام بعمل أو بحث يرمي الى التخلص منها والشعور بالارتياح (الشبلي,1986,: 89).

تعريف الباحثة النظري للمشكلة:-(موقف يتعرض له الفرد ولكنه لا يجد له حلاً مباشراً)

التعريف الإجرائي للمشكلة؛-تتمثل بالدرجة الكلية التي تحصل عليها أمهات أطفال التوحد من أفراد عينة البحث من خلال استجاباتهن على فقرات قائمة المشكلات المعدة من قبل الباحثة.

ثانيا :-**أطفال التوحد** Autism

تعريف (Smith, 2007)،

وهم أطفال يعانون من قصور نوعي في التواصل وعجز في إقامة التفاعلات الاجتماعية وسلوكيات وأنشطة واهتمامات مقيدة وعلى أن يشخصوا دون سن الثالثة من العمر (Smith, 2007,p22)،

تعريف الباحثة النظري للطفل التوحدي:-

هو إعاقة تطوريه تظهر دائمًا في الثلاث سنوات الأولى من العمر وتعوق بشكل كبير طريقة استيعاب المخ للمعلومات، وتسبب ضعفًا في التواصل اللفظي وغير اللفظي، ويترتب على ذلك ضعف في التواصل الاجتماعي .

الاطار النظري

طبيعة التوحد

ينسب مصطلح التوحد لأصل اغريقي ، هو مصطلح(أوتوس) وتعني الذات ويعبر في مجملها عن حال من الاضطراب النمائي الذي يصيب الاطفال .

و يعد (كانر,1943) اول من أشار الى التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة واطلق عليه لفظ (Autism) ويقصد به التقوقع على الذات. وتوصل الى خصائص مشتركة لاحد عشر طفلا وهي الانسحاب الاجتماعي ، وغرابة التعامل مع الاخرين ،والتماثل ،والقصور الواضح في التواصل مع الاخرين ، واضطرابات في السلوك اللفظي (مثل السلوك النمطي، وقصور التخيل في اللعب)وصعوبة فهم المفاهيم المجردة ،والمضطربات اللغوية (مثل المصاداة ، وعكس الضمائر) .

وطفل التوحد هو الطفل المصاب بإعاقة التوحد والذي يعرف بأنه اضطراب النمو العصبي ويؤثر على التطور في ثلاثة مجالات أساسية وهي التواصل , والمهارات الاجتماعية , واللعب والتخيل .

ويزيد معدل انتشار التوحد بين الأطفال الذكور أربع مرات عنه بين الإناث، كما أن حالة التوحد ليس لها علاقة بأية خصائص ثقافية أو عرقية أو اجتماعية، أو بدخل الأسرة أو نمط المعيشة أو المستويات التعليمية. ويعرقل التوحد النمو الطبيعي للدماغ وذلك في مجالات التفكير والتفاعل الاجتماعي والانفعالي ومهارات التواصل مع الآخرين ويكون لدى حالات التوحد ، عادة قصور التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي والانفعالي وأنشطة اللعب أو أوقات الفراغ، ويؤثر الاضطراب في قدراتهم على التواصل مع الآخرين و التفاعل مع محيطهم الاجتماعي وبالتالي يجعل من الصعب عليهم التحول ان يصبحوا أعضاء مستقلين في المجتمع. وقد يظهرون حركات جسدية متكررة (مثل رفرفة اليدين والتأرجح)، واستجابات غير عادية للآخرين أو تعلقاً بأشياء من حولهم مع مقاومة أي تغيير في الأمور (الروتينية) ، وقد تظهر لدى بعضهم في بعض الحالات سلوكيات عدائية أو استجابات إيذاء الذات .

خصائص طفل التوحد :-

من الممكن تقسيم خصائص الطفل التوحدي كالاتي:-

أ . **الخصائص الاجتماعية**

عدم الاهتمام بالآخرين وعدم الاستجابة لهم وهو أول ما يلاحظه الأهل عند الأهل عند طفلهم التوحدي . ويعاني الطفل التوحدي قصوراً في التفاعل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية ويتميز بالسلوكيات التالية

*عدم الارتباط بالآخرين
*عدم النظر إلى الشخص الآخر وتجنب تلاقي الأعين
*عدم إظهار إحساسه
*عدم قبوله بأن يحضنه أحد أو يحمله أو يدلله إلا عندما يرغب في ذلك

ب . الخصائص اللغوية

يعد القصور اللغوي من الخصائص المميزة للمتوحدين رغم أن تطورهم اللغوي يختلف من حالة إلى أخرى فبعض المتوحدين يصدرون الأصوات فقط وبعضهم يستخدم الكلمات فقط وبعضهم يستخدم كلمات قليلة وبعضهم الآخر يردد الكلمات أو الأسئلة المطروحة عليه

إن هذا القصور اللغوي ينتج عن خلل وظيفي في المراكز العصبية المتعلقة بتطوير اللغة والكلام ، لذلك لا يتوصل الطفل التوحدي أحياناً إلى التعبير بطريقة واضحة ومفهومة حتى بعد تدريبه على ذلك وهذا ما يزيد من انغلاقه في عالمه الخاص

ج . الخصائص الحسية والإدراكية

يعاني الطفل التوحدي قصوراً حسياً وإدراكياً ، وهو لا يدرك أحياناً مرور شخص أمامه أو أي مثير خارجي ، وقد لا يتأثر حتى إذا وجد وحده مع أشخاص غرباء . أما بالنسبة للإدراك الحسي فهو غالباً ما لا يشعر بالألم ، لذا فهو أحياناً قادر على إيذاء نفسه.

د . الخصائص السلوكية

يكون سلوك الطفل التوحدي متكرراً وثابتاً وقسرياً ، فهو يتعلق بأشياء لا مبرر لها ، وهو أحياناً يقوم بحركات نمطية ساعات من دون تعب وخاصة حين يترك وحده من دون إشغاله بنشاط معين ، وقد ينزعج الطفل التوحدي من التغير في أشياء رتبها وصفها بشكل منتظم فيضطرب ويلجأ إلى الضرب والصراخ وتكرار حركات عدوانية من الصعب جداً إيقافه عنها

هـ . الخصائص العاطفية والنفسية

يتميز الطفل التوحدي برفض أي تغير في الروتين وغالياً ما يغضب ويتوتر عند حدوث أي تغير في حياته اليومية لأنه يحتاج إلى رتابة واستقرار وقد يؤدي تغيير بسيط في ثيابه أو فرشاة أسنانه أو وقت طعامه إلى حالة توتر وغضب وبكاء وقد يعاني أيضا إضافة إلى نوبات الغضب نوبات صرع تكون خفيفة جداً خلال بضع ثواني ، وقد يلاحظ عليه أيضا تغير مفاجئ في المزاج ؛ فأحياناً يبكي وأحياناً يضحك ولكنه غير قادر على التعبير بالكلام(معوض,2015,منتدى أطفال الخليج) .

العوامل المؤدية للتوحد:

تعددت العوامل المؤدية للتوحد ولحد الان لا توجد عوامل واضحة ومتفق عليها يمكن ان يعزى اليها اضطراب التوحد وفيما يلي مجموعة من العوامل :

1-**عوامل وراثية جينية** : اثبتت بعض الدراسات الحديثة كما تذكر(ليدا، 1993) ان هناك ارتباطا بين التوحد وخلل الكروموسومات ، واوضحت هذه الدراسات ان هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد فقط وهو الكروموسوم الذي يسمى (fragile x) ويعدّ هذا الكروموسوم شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلي وصعوبات التعلم وله دور في حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الزائد ، وهذا الكروموسوم يكون شائعا بين الذكور اكثر من الاناث ،ويؤثر هذا الكروموسوم في حوالي (7 -10%) من حالات التوحد.

كما أشارت العديد من الدراسات العائلية أن نسبة حدوث التوحد بين إخوة وأخوات الأطفال التوحديين بين 3 : 5 % وتزيد هذه النسبة إلى 8% بين أفراد الأسرة الممتدة .

ومن ناحية أخرى نجد أن التوحد ينتشر بنسبة 36 % بين التوائم Identical المتطابقة فإذا كان أحدهم توحدي 90% فإن الآخر سيكون لديه توحد لأن هناك تطابق جيني بينهما، أما التوائم المختلفة Identical يكون التطابق الجيني بينهما مختلف إذ يشترك التوأم في نصف الجينات فقط.

2- **عوامل بيولوجية** : تنحصر هذه العوامل كما تذكر (ليدا,1993) في الحالات التي تسبب اصابة في الدماغ قبل الولادة او اثنائها او بعدها ، ونعني بذلك اصابة الام بأحد الامراض المعدية اثناء الحمل او تعرضها اثناء الولادة لمشكلات مثل نقص الاوكسجين ، استخدام الآلات في الولادة ،او عوامل بيئية اخرى مثل تعرض الأمّ للنزف قبل الولادة او تعرضها لحادثة او كبر سن الام .

3-**عوامل عصبية وتشريحية:** يؤمن معظم الخبراء بأن هناك العديد من أشكال الخلل الوظيفي بالمخ عند المقارنة بين الأطفال ذوي التوحد والأطفال غير المعاقين، إذ أن هناك بعض أجزاء المخ متزايد في الحجم لدي المصابين بالتوحد.

كما يعد الفص الصدغي الذي يوجد في الجانبين السفلين من المخ منطقة حرجة إذ يضم منطقة اللوزة amygdala وقرن آمون hippocampus، وتتحكم منطقة اللوزة في الانفعال والعدوانية ومسؤولة عن الاستثارة للعديد من الحواس مثل الأصوات والبصر والشم والاستثارة العصبية أو التنبيه بالخوف وعند تلف منطقة اللوزة يحدث خلل في كل ما تقوم به هذه منطقة، كما أن منطقة قرن آمون مسؤولة عن التعلم والذاكرة وعند تلف أو إزالة هذه المنطقة فيؤدى إلى عدم القدرة على تخزين المعلومات الجديدة في الذاكرة بالإضافة إلى ملاحظة سلوكيات متكررة وسلوك الاستثارة الذاتية والنشاط المفرط، وكل هذه السلوكيات توجد في طفل التوحد، وغالبا يحدث هذا التلف في مرحلة النمو قبل الولادة.

4-عوامل عقلية : يرى اصحاب وجهة النظر هذه (فرث) ، ان التوحد سببه الاصابة بمرض الفصام ، الذي يصيب الاطفال في مرحلة الطفولة وانه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر اعراضه كاملة في مرحلة المراهقة ومن الذين يتبنون هذه النظرة(سينجر و وينمي) ولكن غالبا ما يتم رفض هذه النظرية كون الفصام مرض نفسي والتوحد اضطراب نمائي .

5-عوامل كيميائية : أكدت بحوث أخرى(كامبل وشاي) وجود عوامل كيمياوية عصبية تلعب دورا كبيرا في حدوث التوحد وان كان العلماء غير متأكدين من كيفية حدوثه، مع أهمية ودور الاسباب الاخرى ، فالكيمياء الحيوية تلعب دورا مهما في عمل الجسم البشري وخصوصا في حالات التوحد ، ومن بينها بحث أجري في السويد (PIVEN،1990) وتبين ان درجة تركيز حمض الهوموفانيلك (HOMOVANILLIC ACID) اكثر ارتفاعا في السائل المخي المنتشر بين انسجة المخ والنخاع الشوكي في حالات التوحد منه بين الاطفال الاعتياديين كما لوحظت في دراسات أخرى ، زيادة تركيز أحدى الناقلات العصبية وهو السيروتونين (SEROTONIN) في دم (40 %) من الاطفال التوحديين ، وعندما أمكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار فينفلارمين (FENFLARAMINE) لوحظ تحسن وانخفاض في بعض الاعراض لدى هؤلاء الاطفال كما لوحظ تحسن في الاداء اللغوي.

6-عوامل أيضية : هذه النظرية كما يذكر (كامبل وشاي) ، افتراض ان يكون التوحد نتيجة وجود بيبتايد (PEPTIDE) خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي

المركزي ، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي ، مما يؤدي أن تكون العمليات داخله مضطربة ، وهذه المواد (peptide) تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الاغذية المحتوية على الغلوتين كالقمح والشعير والشوفان ،ايضا الكازين الموجود في الحليب ومنتجات الالبان ،ولكن في هذه النظرية نقاط ضعف ، فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ،ومع ذلك لم تحصل لديهم حالة التوحد ، لذلك تخرج لنا نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد الى المخ ومن ثم تأثيرها على الدماغ وحدوث أعراض التوحد(عبد الرزاق,2015,ص19-21).

أنواع التوحد :

1- **التوحد الكلاسيكي** (Clissical Autism):

تحصل حالات التوحد بمعدل (80-110) لكل (10.000) مولود ، ويظهر اضطراب التوحد على الطفل قبل بلوغه الثالثة . يعاني نحو (75 -77 %) من حالات التوحد تأخرا عقليا فضلاً عن ان جميعهم من دون استثناء يواجهون تأخرا ملحوظا في النمو اللغوي ويصيب الذكور اكثر من الاناث بنسبة (4 : 1).

3- **متلازمة أسبرجر** : (Asperger Syndrome)

وتحدث لـ(26- 36) مولود من كل (10.000) مولود ،وهي مشابهة لاضطراب التوحد الكلاسيكي من حيث شيوعها بين الذكور أكثر من شيوعها بين الاناث بنسبة (4 : 1) و تظهر الاعراض عند دخول الطفل الحضانة او عند اختلاطه بمن هم في عمره، وتظهر الفروق جليه ولاسيما على الصعيد الاجتماعي . ومن اعراضه قصور في الاستخدام العملي والاجتماعي للغة وصعوبات على صعيد العلاقات الاجتماعية والالتزام بالعمل الروتيني وصعوبات في المهارات الحركية.

3**ـ متلازمة ريت** :Rett Disorder

هو اضطراب عصبي لا يظهر الا لدى الاناث وهو من الاضطرابات النادرة ويصيب مولودا واحدا من كل (15.000) مولود. وان الطفلة تنمو بصورة طبيعية خلال الـ(6-8) أشهر الاولى من عمرها وبعد هذه المرحلة تبدأ حالتها في التدهور أو انها تتوقف عن الاستمرار في التطور.

4-**اضطراب الانتكاس الطفولي** Child hood Disintegrative Disorder:

يعد اضطراب الانتكاس الطفولي لدى الاطفال من أندر الحالات واقل انتشارا من حالات التوحد، فهو يحدث لمولود واحد لكل (100.000) مولود وهو يشبه اضطراب الاسبرجر والتوحد من حيث أنه يصيب الذكور أكثر مما يظهر لدى الاناث. ينمو الطفل المتوحد باضطراب الانتكاس الطفولي بشكل طبيعي لمدة زمنية طويلة الى يصل الطفل الى العمر الواقع بين (3 و5) سنوات واحيانا الى ان يبلغ العاشرة .يبدأ الطفل بعدها التدهور بشكل ملحوظ ، ويأخذ سلوكه مظهرا شبيها بسلوك الطفل التوحدي.

5- **الاضطراب النمائي الشامل غير المحددة**:(pervasive Developmental Disorder not other wise specified):

نظرا لغموض وصعوبة تشخيص هذه الحالة ،بالرغم من الصعوبات التي يواجهها الاطفال على صعيد التفاعل الاجتماعي واللغوي والتواصل غير اللفظي واللعب ،الا أنها أعراضاً أقل شدة من أعراض التوحد، وتظل قدرتهم على التفاعل بدرجة تحول دون تشخيصهم بالتوحد , هذا فضلاً عن ان الاطفال المشخصين بالاضطراب النمائي الشامل غير المحدد هم في معظم الاحيان من الفئات ذات الاداء العالي ، اي لديهم قدرات ادراكية طبيعية ،قد يصعب في بعض الاحيان التمييز بين الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد واضطراب قصور الانتباه والنشاط المفرط عند التشخيص , ولكن من اهم العوامل التي تميز بين الاضطرابين وجود النشاط المفرط في اضطراب التوحد منذ الاشهر الاولى من الحياة ،بينما في الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد يصبح نشاط الاطفال فائقا في سن ما بين الثالثة والرابعة.(Freth,1993,273-291)

درجات شدة التوحد:

حدد سيفن وآخرون نظاما تصنيفا لاضطراب التوحد في أربع مجموعات وهي كالتالي :

المجموعة التوحدية الشاذة : يظهر أفراد هذه المجموعة القليل من خصائص التوحدية بالإضافة إلى مستوى أعلى من الذكاء .

المجموعة التوحدية البسيطة : يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية , ومظاهر روتينية شديدة , مع تخلف عقلي بسيط مصحوبا باللغة الوظيفية .

المجموعة التوحدية المتوسطة : يظهر أفراد هذه المجموعة استجابات اجتماعية محدودة , ومظاهر شديدة من السلوكيات الروتينية والنمطية , ولغة وظيفة محدودة و مرفقة بتخلف عقلي .

المجموعة التوحدية الشديدة :أفراد هذه المجموعة منعزلون اجتماعيا, ولا توجد لديهم مهارات تواصلية واجتماعية وظيفية , بالإضافة إلى وجود التخلف العقلي في مستوى ملحوظ , حيث تكتمل في هذه المجموعة ثالوث الأعراض , وتسمى مجموعة التوحد الكلاسيكي أو التقليدي .(Lida,1993,p5-26)

إجراءات البحث

لتحقيق أهداف البحث قامت الباحثة بالإجراءات الاتية:-

1- **مجتمع البحث** : Research Population :-هم جميع الأفراد أو الأشياء أو الأشخاص الذين يشكلون موضوع مشكلة البحث وهو جميع العناصر ذات العلاقة بمشكلة الدراسة التي يسعى الباحث إلى أن يعمم عليها نتائج الدراسة (عودة وملكاوي ، 1992)(عباس واخرون ، 2009،ص217) .

يشمل مجتمع البحث الذي أخذت منه عينة البحث الحالي أمهات الأطفال التوحديين في محافظة ديالى ,والبالغ عددهن(55) أم.

2-**عينة البحث** : Research Sample :-تعرف عينة البحث بأنها مجموعة جزئية من مجتمع البحث ، وممثلة لعناصر المجتمع أفضل تمثيل ، إذ يمكن تصميم نتائج تلك العينة على المجتمع بأكمله وعمل استدلالات حول معالم المجتمع (النبهان ،2001) (عباس وآخرون ،2009 ، ص218) . وتضمنت عينة البحث أمهات أطفال التوحد وتألفت من (50) أم وقد تم اختيارهن بصورة عشوائية.

3-**أداة البحث** Research Scale:-يتطلب تحقيق أهداف البحث الحالي بناء أداة وهي: أداة البحث (قائمة بالمشكلات)

أ – بناء الأداة

لغرض تعرف المشكلات التي تواجه أطفال التوحد قامت الباحثة بإعداد قائمة بالمشكلات , تضمنت وصفاً شاملاً لمشكلات الأمهات والتي تم صياغتها بلغة سهلة ومبسطة ومباشرة بحيث تضمنت وصفاً

لإدراكاتهن ومعارفهن والأفكار الآلية المسئولة عن معاناتهن , وتكونت القائمة من ستة مجالات تضمن كل منها عدداً من الفقرات , وقد تم إعداد هذه الأداة مروراً بالمراحل الآتية:

- قامت الباحثة بمراجعة الأدبيات التي تضمنت موضوع التوحد وآثارها على الأسرة والمجتمع.

- على ضوء ما سبق حددت الباحثة ستة مجالات للأداة هي (المشكلات الاجتماعية, المشكلات النفسية , المشكلات الأسرية , المشكلات السلوكية , المشكلات المعرفية , المشكلات الصحية) وصياغة الفقرات الخاصة بكل من هذه المجالات وقد تم مراعاة أن تكون الفقرات واضحة ومفهومة , وقد بلغ عدد الفقرات (35) فقرة بالصيغة الأولية وكما مبين في الملحق (2) .

ب-**صلاحية فقرات أداة البحث** :- تم عرض أداة البحث بصيغتها الأولية على عدد من الخبراء والمختصين في مجال التربية الخاصة والإرشاد النفسي وعلم النفس التربوي والبالغ عددهم (3) خبراء وكما مبين في الملحق رقم (1) لمعرفة آراءهم حول مدى صلاحية الفقرات ووضوحها وتعريف المجالات والبدائل المستخدمة ,وقد اعتمدت الباحثة على نسبة اتفاق **80%** كحد أدنى لاتفاق الخبراء حول صلاحية الفقرة.

و قامت الباحثة باستخراج مؤشرات صدق وثبات الاداة:-

1- الصدق(Validity):- اعتمدت الباحثة لاستخراج صدق الاداة بـ (الصدق الظاهري Face Validity) والذي يشير الى الدرجة التي يظهر فيها الاداة على انها تقيس ما وضعت لأجله (Fonagy & Viggit , 1984 : 21), وقد تحقق هذا النوع من الصدق في المقياس الحالي وذلك عندما عرضت الباحثة فقرات الاداة على مجموعه من الخبراء في العلوم التربوية و النفسية (ملحق \1)

2- **الثبات(Reliablity)** :- يعد الثبات من الحقائق المهمة للأداة وهو يعني دقة الاداة في القياس والملاحظة (الجنابي،114،1998) إذ يشير مصطلح الثبات إلى الاستقرار في إجراءات أداة القياس فالمقياس الثابت هو الذي يعطي النتيجة نفسها إذا طبق على الأفراد نفسهم تحت الشروط أو الظروف نفسها (Baron,1981,P-418).

وقامت الباحثة باستخراج ثبات الاداة بـ:-

طريقه الإختبار واعادة الاختبار (Test – Retest) :-_ يؤكد فيركسون ان استخراج معامل الثبات بهذه الطريقة هو بإعادة تطبيق المقياس مرتين زمنيتين مختلفين وعلى نفس المجموعة من الافراد (فيركسون, 1999 : 527) 0 اذ قامت الباحثة بتطبيق المقياس على افراد عينه مكونه من (20) أم من امهات أطفال التوحد وتم اعادة تطبيقه على نفس العينة بعد مرور اسبوعين من التطبيق الاول للمقياس , اذ يرى (ادمز) ان اعادة تطبيق المقياس للتعرف على ثباته يجب ان لا تقل عن هذه المدة(58 : 1964, Adams), وبعد ذلك حسب معامل ارتباط بيرسون بين درجات الامهات في التطبيق الاول ودرجاتهن في التطبيق الثاني وقد بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة (0.85)0

التطبيق النهائي للأداة :-تم تطبيق الأداة بصورتها النهائية ملحق (2) على أمهات اطفال التوحد, وقد شمل التطبيق على عينة بلغت (50) أماً , وقامت الباحثة باحتساب درجات استجابة الأمهات على فقرات الأداة وفقاً للبدائل (دائماً, أحياناً, أبداً) ودرجاتها (0,1,2) على التوالي , علماً بأن أعلى درجة في الأداة بصورتها النهائية هي (70) وأدنى درجة هي (صفر).

الوسائل الإحصائية:- تم معالجة البيانات إحصائياً في برنامج الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية " SPSS".

1-الوسط الحسابي لاستخراج متوسط استجابة الامهات على أداة البحث .

2-معامل ارتباط بيرسون لمعرفة مدى ارتباط درجات كل فقرة بالدرجة الكلية للاداة واستخراج الثبات بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار .

3-الاختبار التائي لعينة واحدة : لمعرفة مستوى المشكلات لدى افراد عينة البحث . (البياتي واثناسيوس,1977,ص78-180-254)

عرض النتائج والتوصيات والمقترحات

عرض النتائج :-_تحقيقاً لهدف البحث ، فقد أجريت التحليلات الإحصائية للبيانات وفيما يأتي عرض لما تم التوصل إليه من نتائج مع مناقشتها .

أولاً :- **التعرف على مستوى المشكلات لدى أفراد عينة البحث** .

بلغ متوسط درجات أفراد عينة البحث على استبانة المشكلات (62,25) وبانحراف معياري مقداره (9,57) وبمقارنة هذا المتوسط بالمتوسط الفرضي للاستبانة البالغ (35)واستعمال الاختبار التائي لعينة واحدة ، تبين وجود فرق ذي دلالة إحصائية إذ بلغت القيمة التائية المحسوبة(20,185)وهي أكبر من القيمة التائية الجدولية البالغة(1,684)عند درجة حرية (49) ومستوى دلالة (0,05) كما موضح في الجدول (1)

الجدول (1)

الاختبار التائي لعينة واحدة لمعرفة مستوى المشكلات لدى أفراد عينة البحث

حجم العينة	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	درجة الحرية	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة الجدولية	مستوى الدلالة 0,05
50	62,25	35	49	9,57	20,185	1,684	دال احصائياً عند مستوى 0,05

يتضح من الجدول (1) ان القيمة التائية المحسوبة للمشكلات لدى أفراد عينة البحث أعلى من القيمة الجدولية ، وهذا يعني أن أفراد عينة البحث يعانون من مستوى عالي من المشكلات.

الاستنتاجات *في ضوء النتائج التي أسفر عنها البحث تبين الاتي:-

*أن امهات أطفال التوحد يعانون من مشكلات والتي لها تأثيرا سلبيا في حياتهن تتمثل في ردود افعال مختلفة وتتمثل في وجود مشاعر الحزن وفقدان الطفل السليم.

التوصيات:- في ضوء نتائج البحث توصي الباحثة بالآتي:-

*الاستعانة بوسائل الإعلام المختلفة لتحقيق التوعية الاجتماعية والنفسية والصحية للأسرة حول موضوع التوحد وكيفية الوقاية منه ومعالجته.

* إلزام الأمهات بحضور دورات تدريبية وإرشادية تهدف الى علاج المشكلات التي تتعرض لها الأسرة من خلال تقديم خدمات الوقاية من الأمراض , وبرامج التثقيف الصحي والغذائي , ورعاية المعاقين.

المقترحات:- إجراء دراسة عن أثر التدخل المبكر في تطوير المهارات الحسية–الحركية– اللغوية لدى اطفال التوحد.

المصادر

1- أبو النصر , مدحت محمد (2004): **تأهيل ورعاية متحدي الإعاقة علاقة المعاق بالأسرة والمجتمع** , إيتراك للطباعة والنشر , القاهرة.

2- البياتي، عبد الجبار توفيق وزكريا زكي أثناسيوس (1977): **الإحصاء الوصفي والاستدلال في التربية وعلم النفس**، الجامعة المستنصرية، بغداد.

3- جابر , جابر عبد الحميد (1967): **أساسيات التدريس** , مطبعة العاني, بغداد.

4-الشبلي , إبراهيم (1986) :**المناهج بناؤها وتنفيذها** , ط1 , مطبعة وزارة التربية , بغداد.

5- الظاهر ,زكريا محمود (1999): **مبادئ القياس و التقويم في التربية**, مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع, عمان ,الأردن.

6- عباس ، محمد خليل وآخرون (2009) : **مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس** ، ط2 ، دار المسيرة ، عمان ، الاردن .

7- عبد الرزاق . خنساء عبد الرزاق (2015):**الاستراتيجيات التعليمية لاطفال التوحد**, ط1 , مطبعة زاكي, بغداد , العراق.

8- الفوزان , عبد الله محمد (1997): **العوامل الإجتماعية المرتبطة بتعدد حالات الإعاقة لدى الأسرة السعودية**, دراسة حالة , حولية كلية الإنسانيات والعلوم الإجتماعية , العدد20 , جامعة قطر.

9- فيركسون , جورج ,أي (1991) : **التحليل الاحصائي في التربيه وعلم النفس** , ترجمة هناء محسن العكيلي , بغداد , العراق : دار الحكمة .

10- معوض, ريم نشابه (2015): الولد المختلف ,مكتبة أطفال الخليج.

11-Adams, C.S (1964): Measurement and Evaluation in education Psychology and Guidance . Ranhart ,Winston , New York

12- Barron,A.(1981):Psycology.Halt-Saunders,International edition,Japan 13-

14-Fonagy ,P. & Higgit ,A.(1984) :Personality Theory and clinical practice , Methuen,London

15-FRITH,U..(1993): AUTISM SCIENTIFIL AMERICAN ,London: Merrill PUBLISHING .COM,50 (3)274-290

16- Johnston ,s,evans ,and joanne,p.(2004)the use of visual support in teaching youing children with autisum spectrum disorder to initiate interactions .london :pawell company

17Lida,Helene.p.(1993)DysfanctionmentGognitiveEtmanifestatiouspsychiatriquesDans le syndrome de1,(x)Fragile,j0f psychiatric Enfantil Autism V(3)p.p.5-26

18- Smith, D. (2007). Introduction to special education: Making a difference. Boston: Allyn & Bacon.

الكتاب السنوي لمركز ابحاث الطفولة والامومة/ جامعة ديالى ، المجلد الحادي عشر، عدد خاص، ص ص169-192 (3نيسان 2017) ISSN 1998- 6424

تقبل الاسرة لوجد طفل المصاب بالتوحد بين اخوته

أ.م.د بلقيس عبد حسين
كلية التربية الاساسية / جامعة ديالى
م.م. وفاء قيس كريم
مركز ابحاث الطفولة والامومة / جامعة ديالى

مستخلص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى تقبل الاسرة لوجود الطفل المتوحد بين افرادها ،طبقت على 20 اسرة قصدية (غير عشوائية) من مدينة بعقوبة، ولهذا الغرض تم إعداد استبانة مكونة من28 فقرة. وضعت أمام كل فقرة استبيان متدرج من خمس بدائل ((موافق جدا" – موافق – غير متأكد– غير موافق جدا"– غير موافق) وأعطيت هذه البدائل الدرجات (5–4–3–2–1) على التوالي ، وبما ان عدد فقرات الأستبيان (28) فقرة فان درجات الأستبيان تتراوح ما بين (140–28) . هذا وتوصلت الدراسة إلى النتائج أهمها ان جميع فقرات المقياس قد كان لها وجودها لدى الاسرة لأن وسطها المرجح اعلى من ا المعيار هو (3) و بعض الفقرات حصلت على اقل من الوسط

Abstract of the study

The present study aimed at identifying the level of family acceptance of the presence of the autistic child among its members. It was applied to 20 target families (non-random) from the city of Baquba. For this purpose, a questionnaire was prepared consisting of 28 paragraphs. A five-step questionnaire ("very agreeable" - OK - not sure - not very agreeable "- not approved) was placed before each paragraph. These alternatives were given grades (5-4-3-2-1), respectively, and since the number of paragraphs The questionnaire reached (28 - 28) the results of the questionnaire ranged between (140 - 28) and the study reached the most important results that all the paragraphs of the scale have had a presence in the family because the weighted mean is higher than the standard is (3) From the middle

المقدمة

ان التوحد من الإعاقات النمائية العصبية المعقدة التي تصيب الأطفال في طفولتهم المبكرة، وهي إعاقة ذات تأثير شامل على كافة جوانب نمو الطفل العقلية, الاجتماعية, الانفعالية, الحركية, الحسية, وأن أكثر جوانب القصور وضوحاً في هذه الإعاقة هو الجانب التواصلي و التفاعل الاجتماعي المتبادل، حيث أن الطفل التوحدي غير قادر على التفاعل الاجتماعي وتكوين علاقات مع الأقران، بالإضافة إلى قلة الانتباه, والسلوك النمطي، والاهتمامات لديه مقيدة أو محددة.

وأكدت العديد من الادبيات والتجارب العلمية و الدراسات البحثية أهمية البرامج التربوية التطبيقية المباشرة المقدمة لأطفال التوحد في المؤسسات التعليمية، والتي تساعد على تحسن حالتهم في المستقبل وتساعد المحيطين بهم في كيفية التعامل معهم، إذ أن غالبيتها قد حققت نتائج ايجابية خلال تطبيقها، وهذا ما ورد من نتائج العديد من الدراسات منها دراسة (الغرير والمخالد،2014) ودراسة (رشا حميده،2007)، ودراسة (الشيخ ذيب،2004) ، ودراسة (أسامة مدبولي،2006) والتي ركزت نتائجها على اهمية تعليم وتدريب وتأهيل الاطفال التوحديين في كافة المراحل(الغرير والمخالد،2014).

ويترجم الوالدين في مشروع الطفل المستقبلي أي الطفل الخيالي نسخة خاصة بهما، يحققان من خلالها رغباتهما غير المشبعة اذ يتوقعان دائما الكمال والسواء لطفلهما، (في جميل ، 1988 ، 58).

والأم بصفة خاصة ترى أن "الطفل المنتظر سيكون مفعما بجميع الفضائل وجميع المواهب وتأتي الفكرة المؤلمة بأنه وأحيانا قد تصبح هذه المخاوف أو الأفكار المؤلمة حقيقة، فتفاجئ الأم بولادة طفل غير عادي، وغالبا ما يثير هذا الاكتشاف مشاعر يمتزج فيها الخوف بالأسى وخيبة الأمل مع الشعور بالذنب والارتباك والحرج. هنا يعتبر الأولياء أن المشروع الذي يربطهم بطفلهم اهتز إلى الأبد وعليه قد تدفن جميع رغباتهم (التمرس، الاستقلالية، الحياة المهنية، العاطفية) (صحراوي ، 1975: 40) فليس من السهل على الإنسان أن يتحمل مسؤولية الأبوة أو الأمومة وذلك لأنهما من أعقد المسؤوليات وخصوصا إذا ما أصبح الإنسان أبا أو أما لطفل غير عادي(النعيمي, 2007: 32).

إن اللحظة التي يتم فيها اكتشاف إعاقة طفل في الأسرة هي مرحلة حاسمة تؤدي لتغيير جذري في المسار النفسي الاجتماعي، الاقتصادي والسلوكي للأسرة عامة وللأم خاصة، أذ أن هذا الاكتشاف يضع الوالدين والأم خصوصا أمام واقع مر، سواء كانت الإعاقة جسدية كالتشوهات, أو إعاقة حركية, أو حسية كالإعاقة البصرية او السمعية، أو عقلية كالتخلف العقلي، وقد يكون الطفل مصابا باضطراب من

الاضطرابات النمائية الارتقائية كالتوحد والذي يعتبر من أكثر الاضطرابات خطورة وتعقيدا إذ يتسم الطفل المصاب به بالانعزال عن الآخرين وقطع الصلة بهم وتتجلى خطورة هذا الاضطراب في كونه لا يقتصر على جانب واحد من شخصية الطفل بل يمتد تأثيره ليشمل جوانب عدة منها المعرفي، الاجتماعي، اللغوي والانفعالي.

فالتوحد يعد من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل وبالنسبة لوالديه والعائلة بأجمعها كما يعتبر اضطرابا. فالتغيير الذي يحدث إضافة للانفعالات الناجمة عن ميلاد طفل توحدي وإدراك الحقيقة يؤدي إلى توليد الشعور بالضغوط داخل الأسرة وهذا ما أشار إليه (Crinic , 1993) اذ يشير إلى أنه لا يوجد مكان يتأثر بوجود طفل معاق أكثر من الأسرة، فإن ولادته تمثل ضغطا ذو قيمة داخلها مسببا بذلك أزمات عديدة تؤثر على التفاعل الأسري. وهذه الضغوط تمس الأسرة بصفة عامة والأم بصفة خاصة (عبد المعطي، 2006 : 295).

إن اسر الأطفال التوحديين بحسب رأي الباحثين وملاحظتهم يعانون من إصابة ابنهم بالإعاقة الذهنية, و وتنتابهم صدمته شديدة عند معرفتهم هذا الأمر. يلي ذلك مشاعر الرفض والإنكار وعدم التقبل لحالة ابنهم ثم الخوف والقلق ومحاولة التعايش مع الواقع وتقبله والسعي لإيجاد العلاج المناسب لحالة ابنهم. كل تلك المشاعر السلبية والقلق والخوف تجعل أمهات الأطفال يقعون تحت تأثير الضغوط النفسية والجسدية وضغوطات الحياة والتي تستمر معهم كلما تقدم طفلهم في المراحل العمرية وما ينتج عن ذلك من صعوبة السيطرة على سلوكياته والخوف على مستقبلهم .

نظراً للتغيرات والظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية المتغيرة يتعرض الافراد كل يوم تقريبا لضغوطات حياتية مستمرة ترافقها نوع من التحديات في مدى قدرتهم على مواجهة هذه الضغوطات الحياتية وادارة الازمات , وفي قدرتهم في التخلص من هذه الضغوطات بدرجة عالية من الشعور بالرضا عن الحياة , فيشعر الاباء بالعبء لأثبات وجودهم الفاعل ودورهم المهم في ظل كل هذه المجريات والمتغيرات رابطا بذلك شعورهم بالرضا عن الحياة بمدى تفاعلهم مع هذه الضغوطات هذا من جهة واشارت الباحثون أن الطفل المتوحد يكون غير قادر على الاعتماد على نفسه وإدارة شئونه الخاصة, من جهة أخرى, مما يزيد ذلك من صورة الضغوط الحياتية على الاسرة لاسيما امهات هؤلاء الاطفال. مما انعكس عليهم في شكل أثر نفسي سيئ إذا ما استفحل هذا يمكن أن يؤدي بهم إلى ضغوط نفسية وحياتية متعددة.

ولقد تناول الباحثون موضوع تقبل الآباء وجود طفل معاق عموماً ومعاق ذهنياً على وجه الخصوص. فعلى المستوى العربي أجرت عثمان 2007 بحثاً حول الضغوط الاسرية لدى اسر المعاقين بلعلل الدماغية وعلاقتها ببعض المتغيرات.

وأجرت قراقيش 2006م دراسة عن الضغوط النفسية لدى اولياء امور اطفال التوحد واحتياجات مواجهته. توصلت الدراسة الى النتائج أهمها ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى افراد العينة الكلية, مع اختلاف مستوى الاعاقة حسب نوع الاعاقة.

اما دراسة Davis & Carter (2008) التي هدفت الكشف عن العلاقة بين سلوك الطفل التوحدي و الضغوط لدى الوالدين، وتكونت عينة الدراسة من والدي (24) طفل، وقد واضحت ان هنالك درجة مرتفعة من الضغوط لدى والدي طفل التوحد،

وفي دراسة الخميسي(2011) والتي هدفت الكشف عن أشكال الضغوط التي تتعرض لها اسر الأطفال والمراهقين التوحديين .وقد أشارت النتائج إلى أن الضغوط المتعلقة بنقص المعلومات والضغوط الناتجة عن خصائص الابن التوحدي هي من أكثر الضغوط التي تعاني منها اسر الأطفال والمراهقين التوحديين.

وفي دراسة درويش (2011) حول الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين عقلياً وأساليب مواجهتها, وتوصلت الدراسة أن عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل المعوق من اكثر مصادر الضغوط النفسية شيوعاً وتأثيراً لدى اولياء امور المعاقين عقلياً، ثم يليها القلق، تليها المشكلات النفسية والمعرفية للطفل، ثم الاعراض النفسية والعضوية ثم مشكلات الأداء الاستقلالي للطفل، يليها مشاعر اليأس والاحباط وأخيراً المشكلات الأسرية والاجتماعية

أن الآثار المترتبة على وجود الطفل المعاق عقلياً على أسرته تتمثل في الصدمة الأولى والشعور بالحزن والأسى ثم يأتي بعد ذلك الشعور بالإثم والمعصية وأنه عقاب من الله وبالتالي تظهر العزلة عن الأخرين وتجنب المشاركة في المناسبات الاجتماعية والابتعاد عن الأقارب والمعارف لأنهم يشعرون بالخجل ويستمر الشعور بالصدمة والحزن نتيجة القصور في المعاملات عند الوالدين فيما يتعلق بتنشئة الطفل وظهور مشكلات سوء تكيف طفلهم ومشكلات تأخر النمو وأكثر ما يحزن هؤلاء الأسر هو المستقبل المجهول الذي سيواجه هؤلاء الأطفال.

الاهمية

1.تكمن اهمية هذا البحث في اهمية الموضوع نفسه فمعرفة تلك الصعوبات تجعل المجتمع اكثر تفاعلا مع قضية الاعاقة

2.كما ان ابرازها سوف يفيد صناع القرار واصحاب رؤوس الاموال في اتخاذ القرارات المناسبة فيما يعود بالنفع على هؤلاء المعوقين

3.والتصدي لهذه القضايا التي يعاني منها المجتمع على الرغم من أهمية اتجاهات الوالدين في التعامل مع الطفل التوحدي من الناحية النظرية سواءً كان ذلك من حيث امتلاكهم للمعلومات الكافية والصحيحة عن التوحد بشكل عام، وعن خصائصه وأسبابه وكيفية تشخيصه وما هي خيارات العلاج وغير ذلك وكيفية التعامل معهم من الناحية العملية بشكل خاص،

4. عدم توفر الدراسات عمومًا في الوطن العربي وفي العراق خصوصاً – في حدود علم الباحثين– التي تتناول دراسة أثر اتجاهات والدي الأطفال التوحديين نحو أطفالهم،

5. كما تكمن أهمية الدراسة الحالية من خلال أنها تدعو الباحثين والمتخصصين للتركيز على والدي الأطفال التوحديين والتركيز على ما تتعرض له هذه الفئة من ضغوط نفسية ناتجة عن وجود الطفل التوحدي وعدم الخبرة النظرية حول التوحد، والعملية في التعامل مع هؤلاء الأطفال، والتركيز على تعزيز الاتجاهات الايجابية وتعديل الاتجاهات السلبية منها، والتي ستساعد بشكل أو بآخر هذه الفئة، لذا فإن الاهتمام بالوالدين وباتجاهاتهم بصورة مباشرة هو مساعدة للأطفال التوحديين.

6. حيث يعد الوالدان الحلقة الأساسية التي تساعد في نجاح أو فشل أي برنامج يتعلق بالتوحد وبمساعدة هؤلاء الأطفال. ومن هنا جاءت هذه الدراسة لتركز على اللبنة الأولى في مجال رعايتهم و تأهيلهم حيث يعتبر الوالدان حجر الأساس في أي برنامج موجه لخدمتهم بتعاونهم واندفاعهم للعمل وتقبلهم لهم في بادئ للأمر.

وتعتقد الباحثتين ان هذه الدراسة تتميز عن الدراسات السابقة لأنها تتناول موضوعاً لم يسبق تناوله من قبل. كما يرى الباحثان ان هذه الدراسة ستعمل على توفير قاعدة من المعلومات التي يمكن أن تساعد العاملين في مجال التربية الخاصة والإرشاد.

اهداف البحث:-

يرمي البحث الحالي الى دراسة تقبل الاسرة لوجد طفل المصاب بالتوحد بين اخوته حيث ان ذلك سيساهم في تقصي تلك العقبات والمشكلات التي تعترضهم وتحول دون مشاركتهم المشاركة الفعالة في تقديم الخدمات المناسبة له.

حدود البحث:-

- **الحد الموضوعي:**- تقبل اولياء امور الاطفال المصابين بالتوحد لتلك
- **الحد المكاني** :- اجريت هذه الدراسة في ديالى / قضاء بعقوبة.
- **الحد الزماني:**- 2016-2917.
- **الحد البشري:**- تكونت عينة البحث من 20 اسرة لديهم طفل توحدي موجودين في مركز الصداقة لعلاج مرض التوحد.

تحديد المصطلحات

الاسرة:- هي جماعة بيولوجية نظامية تتكون من رجل وامرأة بينهما رابطة رسمية أساسية معترف بها من المجتمع وهي رابطة الزواج , وتقوم هذه الجماعة أساسا بإشباع الحاجات البيولوجية والحياتية الضرورية لكل ذكر وأنثى أو لكل أبناء البشر الأسوياء , إضافة إلى تهيئة المناخ الاجتماعي والثقافي الملائم لرعاية وتنشئة وتوجيه الأبناء ويختلف بناء الأسرة من مجتمع لآخر , فهناك الأسرة النواة التي تمتاز بصغر حجمها وتتكون من الزوج والزوجة والأبناء غير المتزوجين , وهو النموذج الذي يعتبر الوحدة الأساسية لأي تنظيم اسري . وهناك الأسرة الممتدة , وهناك أنماط ونماذج أخرى كأسرة الرفقة والأسرة القرابية , والأسرة الأولية , والأسرة الثانوية وغيرها من أنواع وأنماط الأسر التي قد تصنف على أساس البناء الاجتماعي أو على أساس الوظيفة الاجتماعية أو على أساس النسب والسلطة وما إلى ذلك

تُعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي للتوحد:

هو أحد الإضطرابات النمائية الشاملة يتميز بقصور نوعي في التفاعل الإجتماعي والتواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي وذخيرة محدودة جدا من الأنشطة والاهتمامات وسلوك نمطي ومتكرر وتظهر أعراضه قبل بلوغ الطفل العام الثالث من العمر (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2000).

اطار نظري

أشار كانر (Kanner, 1943)إلى أن التوحّد هو عبارة عن بعض أنماط السلوك المتمثلة في عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين، وتأخر في اكتساب الكلام، وعجز في التواصل، والمصاداة، واللعب النمطي، وضعف التحليل، والحفاظ على النمطية (في الزريقات، 2004). وبعد سنوات من البحث أتضح أن هناك عدة أنواع من التوحّد، أدت إلى تسمية التوحد بـ "اضطراب طيف التوحد" (Autistic Spectrum Disorder)إشارة إلى النطاق الواسع في درجاته وشدته ومظهر الأشخاص المصابين به". حيث ينظر إلى التوحد في الوقت الحاضر على أنه من الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders) التي تظهر في سن ما دون الثالثة، وقد تم تحديد خمسة أنواع من اضطراب طيف التوحد، وهي:

1- **متلازمة اسبيرجر Asperger Syndrome:** وهو اضطراب شبيه بالتوحد البسيط وغالبا ما يظهر مصحوبا بتأخر ملحوظ في المعرفة واللغة.

2- **اضطراب ريت Disorder Rett** : وهو اضطراب يحدث في مراحل التطور الطبيعي من خمس شهور إلى أربع سنوات مصحوبا بإعاقة عقلية.

3- **اضطراب الطفولة التفككي Childhood Disintegrative Disorder:** وهو تطور طبيعي على الأقل من سنتين وحتى عشر سنوات متبوعا بفقدان ملحوظ للمهارات.

4- **الاضطراب النمائي العام غير المحدد Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified** : وهو تأخر عام في النمو غير موجود في أي معيار تشخيصي.

5- **اضطراب التوحد Autistic Disorder:** وهو إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي والتواصل، كما يمتاز بأنماط سلوكية نمطية وتكرارية محددة (الشامي، 2004)

ويعرف القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين (IndIvidual With Disabilities Education Act) التوحّد على أنه " إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي. وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر ويؤثر سلبيا على أداء الطفل التربوي (الزريقات، 2004).

وهناك العديد من المظاهر والخصائص التي تميز أطفال التوحّد عن غيرهم من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ويلخصها فراج (1996) والزريقات (2004) في عدم قدرة الطفل التوحّدي على التفكير الواقعي الذي تحكمه الظروف الاجتماعية المحيطة به، إذ إن إدراكه يكون محصورا في حدود رغباته وحاجاته الشخصية، لأن كل ما يلفت انتباهه هو الانشغال الزائد بتخيلاته من دون اكتراث أو مبالاة بالآخرين، وقد يثور إذا حاول أي شخص أن يقطع عليه عزلته أو يغير وضعه. فهو يعاني من قصور حسي حيث يبدو وكأن حواسه قد أصبحت عاجزه عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي، فقد يستجيب للمثيرات الحسية بطريقة غريبة وشاذة، أو قد لا يستجيب لها.

ويعيش الطفل التوحدي في عزلة عاطفية تظهر في عدم تجاوبه مع والديه عندما يحاولان حمله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته، إذ لا يجدان منه اهتماما بحضورهما أو غيابهما عنه وفي كثير من الأحيان يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما. ولعل من أهم ما يميز الطفل التوحدي اندماجه الطويل في سلوك نمطي متكرر فقد يستمر لفترات طويلة بأداء حركات معينة متكررة ونمطية مثل هز رجليه أو رأسه أو جسمه، أو الدوران حول نفسه، وقد يتملكه الغضب عند إحداث أي تغيير في سلوكه الروتيني اليومي، وقد يدفعه ذلك إلى البكاء وإلى السلوك العدواني.

كما يعاني الطفل التوحدي من قصور في أداء العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أن يقوم بها الأطفال العاديون ممن هم في مستوى عمره الزمني ومستواه الاجتماعي والاقتصادي، ففي المرحلة العمرية ما بين (5–10) سنوات، قد لا يستطيع هذا الطفل أن يقوم برعاية نفسه أو حمايتها، فهو لا يشعر ولا يتفهم الخطر الذي قد يتعرض له.

ومن الناحية التواصلية يعاني الأطفال التوحّديون من جملة من الصعوبات اللغوية تبدو آثارها واضحة في عدم القدرة على التواصل بأشكال ومستويات تتفاوت من حالة لأخرى، وذلك عبر المراحل العمرية المختلفة. فالتواصل عند أطفال التوحّد يختلف عن التواصل لدى الأطفال العاديين، وخصوصا في السنة الثانية من العمر (Frith, 1993) فالأطفال التوحّديون منهم من لا يستطيع الحديث، ومنهم من يتأخر في تطوير تلك المهارة، وهذا يشير إلى أن اضطراب التوحّد يؤثر على كل أنماط السلوك التواصلية للطفل منذ المراحل الأولى (Jordan, 1993).

فعادة ما يظهرون نمطا مضطربا من تطور الاتصال يتضمن خللا في استخدام الأشكال غير اللفظية للتواصل وفهمها (Stone et al., 1997). حيث لا يفهمون أساليب التواصل غير المباشر كلغة

الجسد، ونغمة الصوت وتعبيرات الوجه، وقد يرجع ذلك لأنهم يجدون صعوبة في تفسير الرسائل غير اللفظية كما أنهم يظهرون بأنهم أقل استخداما للتواصل البصري، وبإظهار الأشياء أو الدلالة عليها، وفي توزيع انتباههم بين الأشخاص والمثيرات التي يتعاملون معها (Stone et al., 1997).

كما أنهم يخفقون في إظهار الكثير من مهارات التقليد الاجتماعي ولا يلوحون بأيديهم للآخرين عند مغادرتهم، كما أنهم أقل رغبة في تقليد أو اتباع أنشطة الأطفال الآخرين، كما تنقصهم الإيماءات، والإشارة إلى ما يرغبون. فهم يميلون في الحصول على احتياجاتهم إلى استخدام أسلوب القيادة بمسك رسغ يد الشخص البالغ وتوجيهه إلى ما يريدون، ولا يستخدمون مد إصبع السبابة، واستخدام إيماءة مرافقة للحركة (Rutter , 1979)

أما من الناحية الاجتماعية فإن أطفال التوحد لا يطورن أنواع العلاقات الاجتماعية وفقا لعمرهم الزمني، إذ يظهر القصور الاجتماعي لديهم في صعوبة استخدام العديد من أنماط السلوك غير اللفظية كالتواصل البصري والتقليد، واستخدام الإيماءات وتعبيرات الوجه المستخدمة في تنظيم الأشكال المختلفة من التفاعلات الاجتماعية والتواصلية، وإضافة إلى ذلك فهم يعانون من صعوبات في تكوين الأصدقاء، أو إقامة علاقات اجتماعية ناجحة والمحافظة عليها، وفي المبادرة، وتبادل الدور، والاندماج الفعال مع أقرانهم (كوهين وبولتون، 2000).

إن أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسب تظهر عادة عند أطفال التوحّد بشكل ملحوظ قبل سن الخامسة، إذ يصبحون أقل انخراطا في الأنشطة المتكررة، ويظهرون عدم مبالاة بالآخرين، وإذا أظهروا رغبة في الانضمام للحياة لاجتماعية فإنهم يستخدمون طرقا غير فعالة وغير ملائمة للتواصل مع الآخرين (wing, 1979). وبعد سن الخامسة تتمثل أهم المشكلات لدى الأطفال التوحّديين في عدم مشاركتهم اللعب الجماعي التعاوني مع الأطفال الآخرين، وفي الإخفاق في إقامة علاقات اجتماعية، وكذلك الإخفاق في فهم المشاعر العاطفية للآخرين واستجابتهم لها وإدراكها .(Rutter, 1979)

معدل انتشار إعاقة التوحد:

أعلن المركز الطبى بمدينة ديترويت الامريكية (1998) Detroit Medical Center أن اضطراب التوحدية أكثر شيوعا من متلازمة داون Down's Syndrome ، وهو يستمر مدى الحياة ويصيب على الأقل (4–5) أطفال من كل 10000 آلاف طفل ، وتبلغ نسبة إصابة الذكور (4 : 3) أضعاف الإناث. (زايد: 2004 ، 100)

وهذا ما أكده إيدلسون (1998) Edelson بناء على دراسات مسحية واسعة المدى في الولايات المتحدة ، وانجلترا ، وأكثر الدراسات الإحصائية عن التوحد قررت أنه يحدث بمعدل (4-5) أطفال لكل 10000 طفل ، كما أعلنت الجمعية الأمريكية للتوحدية (1999) Autism Society of America أن إعاقة التوحد تحدث بنسبة (1: 500) من الأطفال بما يعادل (20 : 10000) ، وإن نسبة انتشارها بين البنين إلى البنات هي (4: 1). (زيدان: 2004 ، 124).

ويذكر كل من رونالدكولاروسو ، كولين اوروورك (2003) أن نسبة انتشار إعاقة التوحدية بين الأطفال من سن 3-12 سنة في الولايات المتحدة الأمريكية هي 0.06% وهذا يعنى أن هناك (60 : 10000) طفلا لديهم إعاقة التوحدية .

إذن الإعداد في ازدياد مستمر سواء كان في الخارج أو في بلادنا العربية ، وللأسف لا يوجد لدينا إحصائيات رسمية إلى الآن ، وهذا ما أكدته نتائج دراسات كلا من (امام وآخرون: 2001 ، 20) على عدم وجود دراسة واحدة تحدد نسبة انتشار التوحدية في العراق والعالم العربي

أسباب التوحد :

منذ أن انتبه العلماء للأعراض التي سموها فيما بعد باضطراب التوحد , مازالت الاسباب غير معروفة بصورة دقيقة وثابته (مجهولة) , وذلك لعدم وجود عرض معين , و إنما مجموعة من الأعراض تختلف من حيث الشدة والنوعية ومن طفل لآخر , حيث هناك فرضيات متعددة بحثت في سباب التوحد ولكن سرعان ما تنهار أمام الفرضيات الجدد .

الفرضية النفسية :

فمنذ القدم كان الوالدان يتهمون ببرودة عواطفهم تجاه الابن والتي تسبب الإصابة بالتوحد , وخصوصاً الام مما أطلق عليها الام الباردة (الثلاجة) .ولكن لم تثبت تلك الفرضية حيث قام العلماء بنقل هؤلاء الاطفال المصابين الى عوائل بديلة خالية من الامراض النفسية (برودة العواطف وغيرها) , لم يلاحظ أي تحسن على هؤلاء الاطفال . (الشامي:2004)

الفرضية البيولوجية :

هناك من يفسر التوحد نتيجة للعوامل البيولوجية , وأسباب تبني هذا المنهج بسبب ان الاصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية او إعاقة عقلية .(الشيخ ذيب ،2004)

فرضية الفيروسات والتطعيم :

اوجد العلماء علاقة بين إصابة الام ببعض الالتهابات الفيروسية و إصابة التوحد ومن هذه الالتهابات هي الحصبة الألمانية وتضخم الخلايا الفيروسية , ويرى البعض ان التطعيم قد يؤدي الى الاعراض التوحدية بسبب فشل الجهاز المناعي في إنتاج المضادات الكافية , ولكن لم تعتمد هذه الفرضية من قبل المراكز العلمية (الحكيم ،2003)

الفرضيات الوراثية والجينية :

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

الفرضيات البيو كيميائية :

وتفترض حدوث خلل في بعض النواقل العصبية مثل (السيرونين و الدوبامين والبيتدات العصبية) حيث إن الخلل البيو كيميائي في هذه النواقل من شأنه ان يؤدي الى آثار سلبية في المزاج والذاكرة وإفراز الهرمونات وتنظيم حرارة الجسم وإدراك الألم .(الزراع ، 2009)

الفرضيات الأيضية :

وتشير هذه الفرضيات الى أن عدم مقدرة الأطفال التوحديين على هضم البروتينات وخصوصاً بروتين الجلوتين الموجود في القمح والشعير ومشتقاتهما , وكذلك بروتين الكازين الموجود في الحليب , يؤدي الى ظهور الببتيد غير المهضوم والذي يصبح له تأثير تخديري يشبه تأثير الأفيون والمورفين .(الشامي :2004)

فرضية التلوث البيئي :

يفترض بعض الباحثين أن تعرض الطفل في مراحل نموه الحرجة إلى التلوث البيئي وما يحدث من تلف دماغي وتسمم في الدم (الزئبق والمادة الحافظة للمطاط والرصاص واول اكسيد الكربون) . هذه الفرضيات والنظريات تبقى كلها احتمالات , ويبقى التوحد مرض غامض ومجهول السبب (حكيم ، 2003)

علاقة الأسرة مع طفلهم التوحدي:

إن ميلاد طفل جديد يحتم على الوالدين توفير الإمكانيات المادية، النفسية، و الاجتماعية من أجل حياة أفضل لهذا الطفل خصوصا إذا كان هذا الطفل معوقا و الوالدين يستجيبان بطريقة انفعالية لهذا الموقف حيث تمر هذه الإستجابة بمراحل أولها الصدمة حيث تختلف في شدتها ومداها الزمني و هذا حسب طبيعة الإعاقة فيتساءل الوالدين إذا كان ما يحدث لهما ظلما و كذلك هناك مرحلة الإنكار.

حيث يعتبر الإنكار آلية دفاعية، تظهر كرد فعل للقوة المهددة ولكن مع الوقت يدرك الوالدين بأنهما الوحيدان القادران على مساعدة ابنهما حيث أن الإنكار يكون كرد فعل للحدث الصدمي والقوة الضاغطة إلى جانب الإنكار يمكن أن يحدث انفعال آخر و هو إسقاط اللوم حيث أنه آلية دفاعية أخرى إلا أن هذا الأخير يثير مشاكل بين الوالدين (الأم والأب) ويكون مدمرا للعلاقة. كما أن الإنكار يرجع للقلق الحاد الذي يعيشه الطفل والوالدين خاصة، و بالتالي يؤثر على سلوكهما سلبا (Roger Perron et al.1997. p 7) . بالإضافة إلى هذه الانفعالات قد يمر الوالدين بمرحلة الغضب أو الشعور بالذنب أو الحماية الزائدة إلا أنه بعد كل هذا لا بد من مرحلة التقبل.

والتقبل خطوة أخيرة لهذا الطريق الشاق للوصول إلى التوافق والتكيف بالنسبة للوالدين و الذي يكون بتقبل الطفل المعاق والذي هو خطوة أساسية للشفاء والنمو التي فيها يعترف الوالدين بقيمة الطفل و الذي له أحاسيس، مشاعر ورغبات ككل الأطفال وله الدافع للإستمتاع بالحياة وامتاع الغير.(عبد المعطي، 2004 ، . 214)

إن تنشئة و رعاية طفل مصاب باضطراب التوحد من بين أكثر المشكلات الضاغطة التي يمكن أن تواجهها الأسرة فقد تضع نوبات الصراخ والغضب والهياج الحركي و الإنفعالي التي غالبا ما تصدر عن ممثل هذا الطفل جميع أفراد الأسرة على حافة الانهيار العصبي لكن بعد تقبل الوالدين و الأسرة ككل لهذا

الاضطراب يصبح من السهل مواجهته و الإعتناء بطفلهم وذلك من خلال التخطيط لمستقبله وتوفير الإمكانيات له و كذلك محاولة علاجه وتعليمه كيفية الإعتناء بنفسه.

تتباين ردود الاسرة تباينا واضحا تجاه وجود مولود جديد من ذوي الاعاقة وقد توصل العلماء والباحثون والمهتمون بشؤون الاعاقة إلى ان هناك مراحل معينة تمر بها الاسرة عند اكتشاف ان ابنهم يعاني اي إضطراب كان ومن اهم تلك المراحل ما يلي:

في السبعينات من (1970 إلى 1980) حاول مجموعة من العلماء تصنيف المراحل التي تمر بها الاسرة

كندي 1970 قال إن الاسرة تمر بالمراحل التالية: 1- الاحتجاج 2- فقدان الامل 3- الانسحاب

اما لوف 1973 قال إن الاسرة تمر بالمراحل التالية:

1- الصدمة

2- الرفض

3- الشعور بالذنب

4- الشعور بالمرارة

5- الحسد

6- الرفض

7- التكيف

رايت 1976 قال إن الاسرة تمر بالمراحل التالية:

1- الصدمة

2- النكران

3- الشعور بالذنب والغضب

4- الشعور بالعار والعذاب

5- الاكتئاب

6- تجاوز المحنة

هوبرت 1979 قال إن الاسرة تمر بالمراحل التالية:

1- النكران

2- الغضب

3- المساواة

4- الاكتئاب

5- القبول

يتضح ان موضوع المراحل التي تمر بها الاسرة تجاه الاعاقة لازال يكتنفه بعض الغموض شأنه شأن الاسباب وقد توصل الخطيب 2001م الى ان هناك حوالي احد عشر مرحلة تمر بها الاسرة وهي على النحو التالي:

1-المدى الواسع لردود الفعل

2- الصدمة

3- النكران

4- الغضب والعدوانية

5- الشعور بالذنب

6- الحداد والشعور بالاسى

7- الاكتئاب والانسحاب

8- الامل غير الواقعي

9- الرفض والتجنب

10- الحماية المفرطة

11- القبول والتكيف

دراسات سابقة

دراسة البديرات (2006)

"مصادر الضغوط النفسية لدى إخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية و الأسرية"

هدفت إلى التعرف على مصادر الضغوط النفسية لدى إخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد وعلاقتها بمتغير الجنس ودرجة التعليم والمستوى الاقتصادي وتألفت عينة الدراسة من 88 فردًا وشكلوا م انسبته (82.8 %) من عينة الدراسة المختارة من إخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد والذين تم اختيارهم بالأسلوب (الطبقي العشوائي من عدة مؤسسات وقد استخدم فيها مقياس مطور من قبل الباحث يضم (44فقرة موزعة على أربعة مجالات وقد توصلت الدراسة إلى وجود تباين في مصادر الضغوط النفسية لدى إخوة وأخوات الأطفال الذين يعانون من التوحد، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية لدى إخوة وأخوات الأطفال الذين يعانون من التوحد تعزى إلى متغير الجنس، لصالح الإناث، ومتغير درجة التعليم، لصالح المرحلة الأساسية، ومتغير الدخل الشهري، لصالح الدخل الشهري المتدني.

دراسة المطيري (2006)

"مصادر الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين بمدينة الرياض في السعودية و علاقتها ببعض المتغيرات"

هدفت الى تقصي مصادر الضغط النفسي التي تواجه أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية وعلاقة هذه الضغوط بمتغيرات متعددة من أبرزها المستوى التعليمي

للأم وعمر الأم وعدد أفراد الأسرة، ودخل الأسر ة. وتكون مجتمع الدراسة من أمهات تناولت مصادر الضغط الن فسي لدى أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية الملتحقين في مراكز التربية الخاصة التابعة للقطاع الخاص والقطاع الحكومي، والبالغ عددهن 130 سيدة، تتراوح أعمار 14) سنة وتكونت عينة الدراسة من 95 سيدة، أي ما نسبته – أطفالهن التوحديين 6 (76.9%) من مجموع أفراد مجتمع الدراسة، تم اختيار العينة بالطريقة القصدية وقد اس تخدم وتوصلت الدراسة إلى أبرز مصادر الضغوط لدى أمهات .(Holoryd) الباحث مقياس هيلورد الأطفال التوحديين كانت العناية المؤسسية، والت فكك العائلي والافتقار إلى المكافأة الشخصية، والعناية خلال فترة الحياة، أما بقية المصادر فإنها لم تشكل مصدر من م صدرًا الضغوط لدى أمهات الأطفال التوحديين.

دراسة البندري (2008)

"فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض".

هدفت إلى اختبار فعالية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض، من خلال الإجابة عن السؤال التالي:هل هناك فاعلية للبرنامج الارشادي المطور في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات ا لأطفال التوحديين في مدينة الرياض ، وقامت الباحثة باختيار عينة مكونة من (30) سيدة، من أمهات الأطفال التوحديين المسجلين في مراكز التوحد في مدينة الرياض والبالغ عددها خمسة مراكز، ممن حصلن على درجات مرتفعة على مقياس الضغوط النفسية (المئين 7.فأعلى، وتم توزيعهن عشوائيًا إلى مجموعتين تجريبية وتضم (15) سيدة، و (15) سيدة للمجموعة الضابطة. ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام مقياس الضغوط النفسية حيث تكون المقياس من (41) فقرة، كما تم بناء برنامج بعد الاطلاع عل ى بعض البرامج الإرشادية المقدمة إلى أسر ذوي الحاجات الخاصة، ويتضمن البرنامج استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي والذي يتكون من (12) جلسة ارشادية بواقع ساعة ونصف للجلسة الواحدة مرتين أسبوعيًا، تتضمن التدريب على مهارات خفض الضغوط النفسية وتتضمن التحصين ضد التوتر والذي يضم مهارة إعادة البناء المعرفي، ومهارة الاسترخاء، ومهارة حل المشكلات والتدريب على المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال.

دراسة زعارير (2009)

"مصادر الضغوط النفسية و أساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين في الأردن و علاقتها ببعض المتغيرات"

التي هدفت إلى تقصي مصادر الضغوط النفسية و أساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين في ا لأردن و علاقتها ببعض المتغيرات مثل جنس الطفل التوحدي وعمره. وتكونت عينة الدراسة من (200) أب و أم الأطفال يعانون من التوحد في مراكز التربية الخاصة في الأردن. طبق عليهم مقياس مصادر الضغوط النفسية و مقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية، والمقياسين من إعداد السرطاوي والشخص .(1998) وأشارت نتائج الدراسة إلى أن:

- أبرز مصادر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين شيوع ًا على الترتيب القلق علم مستقبل الطفل، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، مشكلات الأداء الاستقلالي، المشكلات المعرفية و النفسية للطفل، المشكلات الأسرية، أم بقية المصادر فإنها تشكل مصادر للضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين بدرجات متفاوته.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مصادر الضغوط النفسية لدى آباء و أمهات الاطفال التوحديين في أبعاد (المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات ا لأسرية، القلق على مستقبل الطفل، ومشكلات الأداء الاستقلالي) بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آباء و أمهات الأطفال التوحديين في مصادر الضغوط النفسية في أبعاد الاعراض النفسية والعضوية، مشاعر اليأس والإحباط، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل.

الفصل الثالث

المنهج العلمي المستخدم هو الاسلوب الوصفي التحليلي الذي يقوم بوصف الظاهرة وتفسيرها كما موجودة في الواقع ويهتم بوصفها والتعبير عنها تعبيرا" كيفي يوضح خصائص الظاهرة وتعبير كمي يعطي وصفا" رقميا" يوضح مقدار هذه الظاهرة وحجمها ويحدد العلاقات بين المتغيرات باستخدام الوسائل الاحصائية ثم التوصل الى نتائج البحث .

مجتمع البحث وعيناته الاساسية

نظرا" لعدم وجود قوائم او إحصاءات دقيقة تحدد عدد الأسر في مدينة بعقوبة التي لديها طفل مصاب بالتوحد فقد كان من الصعب تحديد المجتمع الأصلي للدراسة مما جعل الباحثتان تحدد مجال

البحث ضمن أسر في مدينة بعقوبة بهدف ايجاد نوع من التركيز والتنظيم اثناء عملية توزيع استمارات الأستبيان مع تحديد شرط يجب توفرهما في الأسر المبحوثة وهما :- 1 - ان تمتلك الأسرة طفل مصاب بالتوحد وبما ان تجانس مجتمع الدراسة يجعل اي عدد من افراده يمثل المجتمع الأصلي كله فقد حدد حجم عينة البحث ب(20) اسرة قصدية (غير عشوائية).

اداة البحث

تطلب هذا البحث أعداد وبناء أستمارة الاستبانة للتعرف على مدى تقبل الاسرة للطفل المتوحد في مدينة بعقوبة وذلك وفق الاجراء التالي :-

اطلاع الباحثتان على الأطر النظرية التي تنظر لمفهوم التوحد ، تمت صياغة فقرات الأستبانة وكان عدد الفقرات (28) فقرة تقيس تقبل الاسر للطفل المتوحد .

صدق الأستبيان

للتأكد من ان المقياس يقيس السمة المراد قياسها استخدم الصدق الظاهري Face Validity وذلك من خلال عرض فقرات الأستبيان المكونة من (28) ملحق (2) فقرة على نخبة من أساتذة القياس والارشاد النفسي وعلم الاجتماع وعلم النفس التربوي والطفولة (ملحق 1) حيث حصلت جميع الفقرات على نسبة (85 0\0) فما فوق من اراء الخبراء

ثبات الاستبيان

- طريقة التجزئة النصفية

تقوم هذه الطريقة على حساب الارتباط بين درجات عينة الثبات على صورتين متكافئتين تتكونان بقسمه فقرات ا لاستبيان على قسمين، ويفضل في التجزئة النصفية تقسيم الاختبار إلى قسمين يتضمن أحدهما الفقرات الفردية والأخر الفقرات الزوجية، إذ يوزع المفحوص جهده ووقته ويستغل وظائفه بالقدر نفسه في القسمين، وفيها أيضاً ضمان لثبات العوامل المؤثرة على نتائج القياس في النصفين، لأنه من المحتمل أن تتغير الظروف والعوامل الخارجية أو الداخلية تغيراً منظماً بين الأسئلة أو الفقرات المتتالية لذلك عمدت الباحثتان إلى هذا التقسيم فكان معامل الارتباط لبيرسون (0.72) وبعد أن تم تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون Spear man- Brown أصبح الثبات (0.83) .

طريقة تصحيح الاستبيان

وضعت أمام كل فقرة استبيان متدرج من خمس بدائل (موافق جدا" – موافق – غير متأكد– غير موافق جدا"– غير موافق) وأعطيت هذه البدائل الدرجات (5–4–3–2–1) على التوالي وبما ان عدد فقرات الأستبيان الذي يقيس مدى تقبل الاسرة للطفل المتوحد هي (28) فقرة فان درجات الأستبيان تتراوح ما بين (28–140)

تطبيق الأستبيان

حدد الاسبوعان الاول والثاني من شهر كانون الثاني عام 2017 المدة الازمة لتطبيق اداة البحث من قبل الاسر المشمولين بالبحث .

الوسائل الاحصائية :-

1– معامل ارتباط بيرسون \ لاستخراج معامل الثبات بين التطبيقين الاول والثاني للاختبار

2– الوسط المرجح

3– الوزن المئوي

الفصـــــل الرابـــــع

عرض النتائج وتفسيرها و مناقشتها

يتضمن هذا الفصل عرضا للنتائج التي توصلت اليها الباحثتان في ضوء البيانات التي تم جمعها باستخدام الأداة ومعالجتها إحصائيا "وفقا للأهداف التي حددت في البحث وكما يلي :

هدف البحث

(التعرف على مدى تقبل الاسرة للطفل المصاب بالتوحد) وقد تحقق هذا الهدف من خلال الإجراءات التي تم عرضها في الفصل الثالث وفيما يأتي عرض نتائج الهدف في جدول رقم (1) الاتي

الجدول (1)

يبين مدى تقبل الاسر للطفل المصاب بالتوحد

الرتب	ت المقياس	الفقرات	الوسط المرجح	الوزن المئوي
1	6	كانت صدمة كبيرة ولم نصدق انه مصاب بالتوحد	5,1	102
2	2	تقبلنا الإعاقة لطفلنا في بادئ الأمر	4,77	95،9
3	12	غضبت كثيرا فور علمي بإصابة طفلي بالتوحد	4,75	95
4	9	حدثت خلافات كثيرة مع الأطباء فور اكتشاف انه مصاب بالتوحد	4.69	93،8

5	10	احاول دائما اعرضه على الأطباء	4،68	93،6
6	22	اتابع حالة ابني المعاق مع الأطباء بعد اكتشاف الحالة	4،55	91
7	24	التزمنا بتنفيذ كافة توجيهات الأطباء بعد اكتشاف الحالة	4،48	89،6
8	15	انفقنا كل مدخراتنا في علاج وتأهيل أبننا	4،47	89،4
9	1	أشعر ان اصابة طفلي بالتوحد غير مجرى حياتي	4،46	89،2
10	13	عانيت من الإكتاب فور علمي بإصابة طفلي بالتوحد	4،22	84،4
11	26	بعد علمنا بإصابة طفلي بالتوحد قبلنا بالأمر الواقع	4،20	84
12	25	الاطلاع على كل ما يستجد في عالم التوحد	4،16	83،2
13	11	اتكيف مع مشكلاته السلوكية	4،12	82،4
14	4	احاول ان اجد الطريقة المناسبة للتواصل مع طفلي	4،10	82
15	3	اشراك الطفل المتوحد في المناسبات الأسرية وتعريف المجتمع بإعاقته	3،32	66،4
16	7	بعد اكتشافنا بإصابة طفلي بالتوحد انفردنا عن المناسبات الاجتماعية	3،30	66
17	8	اكون قريبة منه وانتبه لسلوكياته	3،21	64،2
18	5	احتضن طفلي المصاب بالتوحد	3،18	63،6
19	14	استشير طبيب اذا حدث شيئا" غير طبيعي لديه	3،15	63
20	17	اتحلى بالصبر عند التعامل مع طفلي المصاب	3،14	62،8
21	16	علاقتي جيدة بطفلي المصاب بالتوحد	3،12	62،4
22	21	أحب طفلي المصاب بالتوحد مثل الأخرين	3،10	62
23	20	اعامل طفلي المصاب بحنان	3،10	62
24	23	اضرب طفلي المصاب بالتوحد	2،03	40،6
25	19	علاقتي غير جيدة بطفلي المصاب بالتوحد	2،01	40،2
26	27	اعنف طفلي المصاب بالتوحد	1،89	37،8
27	18	أحاول ابقاء طفلي المتوحد داخل المنزل	1،75	35
28	28	هل الأسرة متفائلة في نجاح طرق التعامل مع طفل المتوحد	1،4	28

قد اتبعت الباحثتان مجموعة من الخطوات الآتية في تحليل هذه الفقرات :

حسبت تكرارات الإجابات لكل فقرة وفقا للبدائل الخماسية (موافق جدا" –موافق– غير متأكد – غير موافق– غير موافق جدا). وذلك لاستخراج قيمة الوسط المرجح والوزن المئوي لكل فقرة من فقرات الاستبيان

لغرض حساب الوسط المرجح للفقرات أعطيت درجات للبدائل الخماسية من (5–1)

جعل الدرجة (3) وهي متوسط الدرجات للمقياس الخماسي معيارا" تحليل للفقرات

فعند استخراج الوسط المرجح تبين ان جميع الفقرات قد حصلت على درجات أعلى من المعيار المقرر لمقارنته مع الوسط المرجح أي إن جميعها تتمتع بوسط مرجح عالي مع اختلاف بسيط في درجة كل فقرة حيث حصلت جميع فقرات الاستبيان مدى تقبل الاسر للطفل المصاب بالتوحد وسط مرجح عالي مما يؤكد وجودها اي هناك اسر لم تتقبل الوضع وهناك اسر متقبلة للوضع لدى الاسر عينة البحث

يتضح من النتائج المبينة في الجدول رقم (1) ان هناك بعض الاسر في مدينة بعقوبة متقبل لواقع طفلها المعاق وبعض الاسر لم تتقبل الطفل المصاب بالتوحد

هذا قد حصلت الفقرة : (كانت صدمة كبيرة ولم نصدق انه مصاب بالتوحد) قد حصلت على وسط مرجح قدروه (5.1) و وزن مئوي قدره (102) وحصلت الفقرة (تقبلنا الإعاقة لطفلنا في بادئ الأمر) على وسط مرجح قدره (4،77) ووزن مئوي قدره (95،4) وحصلت الفقرة (غضبت كثيرا فور علمي بإصابة طفلي بالتوحد) على وسط مرجح قدره (4،75) ووزن مئوي (95) وحصلت الفقرة(حدثت خلافات كثيرة مع الأطباء فور اكتشاف انه مصاب بالتوحد) على وسط مرجح قدره (469) ووزن مئوي قدره (93،8) و (احاول دائما اعرضه على الأطباء) و(اتابع حالة ابني المعاق مع الأطباء بعد اكتشاف الحالة) فقد حصلت هذه الفقرات على أعلى وسط مرجح ووزن مئوي .

هذا ويمكن القول ان اسر الاطفال التوحديين يعانون من اصابة ابنهم بالإعاقة الذهنية ووتنتابهم صدمة شديدة عند معرفتهم هذا الامر يلي ذلك مشاعر الرفض والانكار وعدم التقبل للحالة ثم الخوف والقلق ومحاولة التعايش مع الواقع وتقبله والسعي لايجاد العلاج المناسب لحالة ابنهم كل تلك المشاعر السلبية والقلق والخوف تجعل امهات الاطفال تحت تأثير الضغوط النفسية والاجتماعية وضغوط الحياة التي تستمر معهم كلما تقدم طفلهم في المراحل العمرية .

التوصيات

1- امر ضروري وجود برامج تثقيفية موجهة للأسرة بشكل عام وللوالدين بشكل خاص سواء كان ذلك في مجال المعلومات المتصلة بالمفاهيم او المعلومات عن نمو الطفل وتطوره هو امر ضروري لتقدم ميدان التربية الخاصة وتطور خدماتها وبرامجها

2-تصميم هذه البرامج يجب ان يرتكز على نتائج دراسات تتناول طبيعة المفاهيم والمعلومات السائدة لدى الوالدين حول نمو الطفل وتطوره ومدى وعيهم بمصادر الخدمات المجتمعية المحلية المتاحة لهم .

المقترحات

1. اجراء دراسة عن الاثار الاجتماعية الاقتصادية لمرض التوحد
2. اجراء دراسة عن الضغوط النفسية التي تعاني منها الاسر التي يوجد لديها طفل متوحد
3. بناء برنامج ارشادي لتخفيف من الضغوط لدى اسر التي يوجد لديها طفل متوحد .

المصادر

1. جميل ، سمية طو (1998): **التخلف العقلي** ، استراتيجيات مواجهة الضغوط الاسرية ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة
2. الخميسي، السيد سعد(2011) **الضغوط الأسرية كما يدركها آباء وأمهات الأطفال والمراهقين التوحديين**، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد 22 ، الجزء0 ، مايو.
3. درويش، فاطمة (2011) **حول الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين عقلياً وأساليب مواجهتها**, بحث منشور ، مجلة جامعة دمشق مجلد 27 ملحق 2011
4. الزريقات, إبراهيم (2004). **التوحّد: الخصائص والعلاج**. عمّان: دار وائل
5. زيدان ،عصام محمد (2004) : **الانهاك النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية**. مجلة البحوث النفسية ، العدد (1) ، كلية تربية – جامعة المنوفية .
6. الشيخ ذيب، رائد (2004). **تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته**. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان، الأردن
7. عبد المعطي ،حسن مصطفى (2006) : **ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها** ، مكتبة الزهراء ، الطبعة الثانية
8. الغرير، احمد والمخالد، حالد(2014) **فاعلية برنامج تدريبي مقترح في تنمية الجانب السلوكي والمهاري لدى عينة من أطفال التوحد**، مجلة كلية التربية، جامعة اسيوط، الوادي الجديد.
9. قراقيش ، صفاء رفيق (2006): **الضغوط النفسية لدى اولياء امور اطفال التوحد واحتياجات مواجهتا** ، اطروحة دكتوراه ، كلية التربية ، قسم علم النفس السودان.
10. مبارك، عثمان (2007) **الضغوط الاسريه لدى اسر المعاقين بلعلل الدماغية وعلاقتها ببعض المتغيرات**. جامعة النلين 2007.

11. Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of autism and developmental disorders*, *38(7), 1278-1291*.
12. Frith, u. (1993). Autism Scientific American. London: Merrill Publishing. Com.
13. Jordan, R. (1993). The Nature of Linguistic and Communication Difficulties of Children With Autism.. New York: Martin's Press.
14. Rutter, M. (1979). Diagnosis and definition. 3ed. in: M. Rutter & E. Schopler: Autism a Reappraisal Of Concept And Treatment: (PP.1-26) New York and London: Plenum Press.
15. Stone, L., Ousley, O. Yoder, J. Hogan, L. and Hepburn, L. (1997). Nonverbal communication in two and three –year- children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(6), 677-696.
16. Wing, L.(1979). Social, behavioral, and cognitive characteristics: an epidemiological approach. in: M. Rutter & E. Schopler: Autism a Reappraisal Of Concept And Treatment: (PP.27-46). New York and London: Plenum Press.

الكتاب السنوي لمركز ابحاث الطفولة والامومة/ جامعة ديالى ، المجلد الحادي عشر ، عدد خاص ص ص 193-198 ، 3 نيسان 2017 ISSN 1998- 6424
ISSN 1998- 6424 http://www.childcenter.uodiyala.edu.i

الرياضة والموسيقى في علاج التوحد

ورقة بحثية
م.د هيـــــام سعـدون عبـــود
مركز ابحاث الطفولة والامومة / جامعة ديالى

المقدمة

تعد الطفولة حجر الاساس للمجتمعات الحديثة ، ولا بد من الاهتمام بهم في جميع الجوانب النفسية والصحة والتعليمية ، بأعتبارهم عماد المستقبل كبير من انتشار كثير من الامراض والاضطرابات لم نسمع عنها من قبل وهي تصيب الطفولة وتعوق تواصلهم الاجتماعي ونشاطهم التخيلي ويعد التوحد في مقدمة هذه الاضطرابات التي تصيب الاطفال في سن مبكر مما يؤثر على تكوين شخصيته التي من المفروض ان ننميها باللعب والانشطة الحركية ، حيث ان اللعب دخلاً وظيفياً لعالم الطفولة ووسيطاً مهماً في تشكيل شخصيته وبنائها من جميع الجوانب الحسية والحركية والاجتماعية والانفعالية [1] وخصوصاً اذا كانت اللعب مع الموسيقى . واللعب والانشطة الحركية يعتبر وسيلة علاجية للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لكونهم يفضلون الانعزال ولايتقبلون التواصل الاجتماعي ويفضلون الاندماج مع التلفاز او الاجهزة الالكترونية مثل الايباد وغيرها ، فنجد ان تكنلوجي العصر مثلما لها ايجابيات لعا بعض السلبيات التي باتت واضحة على ملامح اطفالنا لسوء استخدامها . ونجد ان الحركات العشوائية والمتكررة ويكررها الطفل بشكل دائم ومستمر هنا نكمن اهمية هذا الموضوع لابد من باستخدام الالعاب والانشطة الحركية بشكل منظم مع الموسيقى لتخفيف هذه الحركات والسلوكيات العشوائية التي هي مصدر قلق الوالدين اتجاه ابنائهم .

[1] - رزان سامي عويس ، فاعلية اللعب في اكساب اطفال الروضة مجموعة من المهارات الرياضية ، مجلة دمشق ، (المجلد ، 12 ، العدد الال ، 2005) ، ص369.

3-1 **مشكلة الدراسة** :-

يعد اضطراب التوحد من اعقد المشاكل الغير عضوية والتي تواجه جميع المجتمعات في العالم في ظل التطور التكنلوجي ووسائل الاتصال المختلفة والشاشات الالكترونية وقنوات الانشاد والتي بدأت تؤثر عل الاطفال بشكل واضح من خلال ترك الام لطفلها دون سن الثانية امام هذه الشاشات ، فضلاً عن العوامل البيئية لمختلفة من مشاكل الحمل والولادة ومشاكل بين الوالدين ، والظروف الاقتصادية والاجتماعية وترك الطفل دور الروضة او الحضانة طول ساعات النهار فنجد ان كل هذه الامور قد تكون من مسببات الاضطراب السلوكي لديه .

وان اغلب الدراسات تركز على الجانب النفسي في علاج التوحد وتحصيل اهمية اللعب والانشطة الحركية والموسيقى لما لهم الاثر الايجابي في تحسين سلوك الطفل وتحقيق من هذا الاضطراب .

بعض نظريات المفسرة للتوحيد

* نظرية الاضطراب الايضي

تفترض هذه النظرية ان يكون التوحد نتيجة وجود بيبتايد (Peptide) خارجي المنشأ من الغذاء يؤثر النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر ومن خلال التأثير على تلك البينايات الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي مما قد يؤدي ان تكون لعمليات داخل مضطربة ، هذه البيتايدات (Peptides) تتكون عند حدوث التحليل غير كامل لبعض الاغذية المحتوية على الجلاتين (Gltine) مثل القمح ، والشعير ، والشوفان ، والكازين الموجود بالحليب ومنتجات الالبان .[1]

* نظرية التسمم بالمعادن . تستند هذه النظرية بالاساس الى الملاحظة والحقيقة ان تسمم المعادن الثقيلة مثل الرصاص الزئبق بسبب ضرراً بالدماغ وبالأخص الادمغة التي في مرحلة الفوكما عند الاطفال .[2]

* نظرية اللقاحات احدى النظريات التي وجدت قبولاً كبيراً في بداية الامر هي نظرية علاقة اضطرابات التوحد باللقاحات التي يعطي للاطفال وبخاصة اللقاح الثلاثي الفيروسي (MMP) ، والسبب الرئيسي في

---

[1] - عادل محمد العدل ، الموهوبين التوحديون من الاطفال المراهقين استثمار الموهبة ودر مؤسسات التعليم (الواقع والطموح) ، المؤتمر العلمي الثامن ، جامعة الزقازيق ، كلية التربية ، 2010، ص26، واخرون ، طيف التوحد من دائرة الحيرة والغموض الى دائرة الضوء .

[2]- والامل خلف اطفالنا (وا) ، (مركز والده الامير فيصل بن فهد لتوحد ، 2009) ، ص21.

هذا الربط مع هذا اللقاح بالذات هو توقيت اعطاء اللقاح الذي يكون مع بلوغ العام الاول من العمر وهو يوافق بداية التقدم في القدرة الكلامية ويفقد بعض الاطفال التوحد قدراتهم الكلامية بين 18–20 شهراً[1]

اهمية التربية الرياضية للأطفال المتوحدين

يمكن خفض السلوكيات الشاذة من خلال تمارين جسدية متزامنة او غير متزامنة يتضمن (التمرين المتزامن) هو اشغال الفرد بأنشطة وتمارين مكثفة قبل دخول الموافق التي يتوقع فيها ظهور صعوبات . ويجب مراعاة وتنفيذ ما يلي :-

- تحدد السلوك المستهدف .
- تحدد نوع الممارسة الحركية الذي سوف يقوم به الفرد .
- حدد المواقف التي سوى تستعمل فيها .

تتأثر مستويات النشاط الرياضي وسلوكيات الاطفال المتوحدين بشكل ايجابي من خلال ممارسة الانشطة الرياضية ، حيث تقدم الانشطة الرياضية فوائد متنوعة للأطفال المتوحدين [2].

وتعتبر الانشطة البدنية مع الموسيقى لها تأثير ايجابي كبير على اطفال التوحد وتلعب دوراً هاماً في تنمية المهارات الشخصية والمهارات الحركية والاجتماعية لديهم .

والانشطة والالعاب الحركية تعيد وسيلة لضبط سلوك الطفل وباستخدام اللعب في كثير من الحالات منها عدم النمو الجسمي والاجتماعي والعقلي والانفعالي المتكامل والمتوازن للأطفال ، فهو يقويه جسدياً ويزوده بمعلومات عامة ويزيد من التفاعل الاجتماعي وتفريغ الانفعالات ، وان اللعب هو حرية للطفل في الحركة والتواصل مع اقرانه وحل مشكلاته [3] والانشطة البدنية مع الموسيقى لها تأثير ايجابي كبير على اطفال التوحد وتلعب دوراً هاماً في تنمية المهارات الشخصية والمهارات الحركية والاجتماعية لديهم .

---

[1]- محمد الدورس واخرون ، المصدر نفسه ، ص20 .

[2] - سامر يوسف متعب واميره صبري حسين ؛ اثر تمرينات حركية في تطوير السلوكيات الحركية الاكثر شيوعاً لأطفال طيف التوحد ، بحث غير منشور ، كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة – جامعة بابل .

[3]- حسن الشافعي ، ادارة الجودة الشاملة ، التربية البدنية وعلوم الرياضة ، (الاسكندرية ، دار الوفاء للطبع والنشر) ، 2003.

علاقة الموسيقى بالرياضة وانعكاساتها على الطفل

للإيقاع والموسيقى اثراً ايجابي في مساعدة اطفال التوحد على التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الاقران ومن حوله ، لان الموسيقى يمكن ان تستخدم للمساعدة في تنظيم الذات والاستعداد للتوصل وتحسين العلاقات مع ذويهم والاخرين . وزيادة النمو اللغوي ، وتؤدي الى تكوين علاقة تواصلية اجتماعية ، فالموسيقى تعتبر مثير لهم مما تؤدي الى الاستجابة الانفعالية من قبل الطفل [1]

وتعمل الموسيقى على تهيئة الطفل لعملية التفاعل الاجتماعي ، وذلك بتشجيع التواصل البصري من خلال ممارسة انشطة حركية والعاب حركية مختلفة مع الموسيقى المفضلة لدى الطفل يمكن ان تساعد على تعلم مهارات اجتماعية وسلوكية وتفاعل مع الاقران وممارسة الرياضة مع الموسيقى .

بحد ذاته يعتبر علاج لبعض الاضطرابات السلوكية لدى الاطفال المصابين بالتوحد لتخفيف مشاعر القلق لدى الطفل ، من خلال تفريغ الطاقة الانفعالية للمواقف المثيرة للقلق الناتجة عما يواجهه في حياته من مشكلات ، كما يعملان معاً اي الموسيقى والرياضة على تنمية المهارات الحركية الاساسية والمهارات العقلية والاجتماعية واللغوية لطفل التوحد [2] .والاهمية الرياضية ولموسيقى لدى أطفال التوحد تأثير على سلوكياتهم .

هذا ما اكدته كثير من الدراسات منها :-

* دراسة (سها علي حسين) (اثر برنامج حركي مقترح لإطفاء سلوكيات الروتينية للأطفال المصابين بالتوحد .(2012) .

هدفت الدراسة الى اعداد برنامج حري لإطفاء السلوكية الروتينية الخاطئة لدى اطفال التوحد وبين برنامج مدى استفادة المصابين بتوحد من هذا البرنامج وتغير سلوكياتهم ونجح البرنامج في اطفاء السلوكيات الروتينية وهذا يدل على ان التدريب الحركي والانشطة الرياضية يعطي نتائج ايجابية لدى اطفال التوحد الذين يعانون سلوكيات روتينية [3].

ودراسة (سيد جارح السيد) (اثر برنامج حس حركي في التحقيق من المشكلات الحسية لدى الاطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد (2015) .

---

[1]- اسماعيل سعد ، الاتصال والرأي العام الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

[2] Edelson, S : Physical exercise and autim.pup.center of Autism studies , U.S.A(1994).

[33]- سها علي حسين ، اثر برنامج حركي مقترح لاطفال السلوكيات الروتينية للاطفال المصابين بالتوحد ، (مجلة – القادسية للعلوم التربية الرياضية ، المجلد (12) ، العدد(1) ، 2012) ص151.

هـدفت الدراسـة اعـداد برنـامج حركـي فـي التحقيـق مـن المشـكلات الحسـية لـدى الاطفـال ذوي الاضـطرابات طيف التوحد ، وقد بنت هذه الدراسة اهمية الحركات والتمرينات في تحقيق المشكلات الحسية لدى اطفال التوحد (بين الذكور والبنات)[1].

ودراسة (براهيمة علي) اكساب عادات سوية لأطفال غير اسوياء من خلال الانشطة الموسيقية عند اطفال التوحد (2015) .

تناولت هذه الدراسة اهمية الموسيقى كوسيلة علاجية لتعديل سلوك الاطفال المصابين بالتوحد ومدى تأثيرها الايجابي على اطفال التوحد ومساعدة هذه الفئة من الاطفال من الاندماج والتفاعل مع المجتمع [2].

التوصيات

1- من ضروري توجيه الاكاديميين بالتعاون مع معاهد اضطراب التوحد من خلال اعداد برنامج حركي بأستخدام التمرينات والالعاب الرياضية مع الموسيقى بأعتبارها وسيلة علاجية وترفيهية للاطفال المصابين بهذا الاضطراب وبفضل العمل في سن مبكر .

2- التأكيد على تعليم المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد في (طبيعة وخارج الغرف) .

3- للأعلام دور مهم في اعداد برامج تلفزيونية في توجيه وارشاد الامهات اللاتي لديهن اطفال مصابين بالتوحد من اجل نوعية وارشاد الاسر وكيفية التعامل مع اطفالهم .

4- محاولة دمج الطفل المصاب بالتوحد مع اقرانه من اجل المشاركة في اللعب محاولة لكسب ثقتهم بأنفسهم

[1]- سيد جارح السيد ، اثر برنامج حس حركي في التحقيق من المشكلات الحسية لدى الاطفال ذوي اضطرابات ضيق التوحد ؛ ورقة عمل في مؤتم التوجيهات الحديثة في رعاية متحدي الاعاقة ، جامعة الفيوم ، 2015 .

[2]- براهيمة علي ، اكتساب عادات سوية لاطفال غير اسوياء من خلال الانشطة الموسيقية على اطفال التوحد ، رسالة ماجستير ، جامعة الجزائر ، المدرسة العليا للاساتذة ، قسم العلوم الموسيقية (2015) ، ص2.

المصادر العربية

1- اسماعيل سعد ، الاتصال والرأي العام الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

2- براهيمة علي ، اكتساب عادات سوية لاطفال غير اسوياء من خلال الانشطة الموسيقية على اطفال التوحد ، رسالة ماجستير ، جامعة الجزائر ، المدرسة العليا للاساتذة ، قسم العلوم الموسيقية (2015) ، ص2.

3- حسن الشافعي ، ادارة الجودة الشاملة ، التربية البدنية وعلوم الرياضة ، (الاسكندرية ، دار الوفاء للطبع والنشر) ، 2003.

4- رزان سامي عويس ، فاعلية اللعب في اكساب اطفال الروضة مجموعة من المهارات الرياضية ، مجلة دمشق ، (المجلد ، 12 ، العدد الال ، 2005) ، ص369.

5- سامر يوسف متعب واميره صبري حسين ؛ اثر تمرينات حركية في تطوير السلوكيات الحركية الاكثر شيوعاً لاطفال طيف التوحد ، بحث غير منشور ، كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة – جامعة بابل .

6- سها علي حسين ، اثر برنامج حركي مقترح لاطفال السلوكيات الروتينية للاطفال المصابين بالتوحد ، (مجلة – القادسية للعلوم التربية الرياضية ، المجلد (12) ، العدد(1) ، 2012) ص151.

7- سيد جارح السيد ، اثر برنامج حس حركي في التحقيق من المشكلات الحسية لدى الاطفال ذوي اضطرابات ضيق التوحد ؛ ورقة عمل في مؤتم التوجيهات الحديثة في رعاية متحدي الاعاقة ، جامعة الفيوم ، 2015 .

8- عادل محمد العدل ، الموهوبين التوحديون من الاطفال المراهقين استثمار الموهبة ودر مؤسسات التعليم (الواقع والطموح) ، المؤتمر العلمي الثامن ، جامعة الزقازيق ، كلية التربية ، 2010، ص26، واخرون ، طيف التوحد من دائرة الحيرة والغموض الى دائرة الضوء .

9- محمد الدورس واخرون ، المصدر نفسه ، ص20 .

10- والامل خلف اطفالنا (وا) ، (مركز والده الامير فيصل بن فهد لتوحد ، 2009) ، ص21.

المصادر الاجنبية

1-Edelson, S : Physical exercise and autim.pup.center of Autism studies , U.S.A(1994).

الكتاب السنوي لمركز ابحاث الطفولة والامومة/ جامعة ديالى ، المجلد الحادي عشر ، عدد خاص ص ص 199-202 ، 3 نيسان 2017 ISSN 1998- 6424

دور التربية الفنية في حياة طفل التوحد

ورقة بحثية
م.د حذام خليل حميد
مركز ابحاث الطفولة والامومة / جامعة ديالى

ان مرحلة الطفولة من اهم المراحل التي يمر بها الفرد في حياته نظرا لما يكون لديه في هذه المرحلة من قابليه شديدة للتاثر بما يحيط به من عوامل مختلفة توثر على نموه بشكل عام كما تؤثر على مالدية من خصائص ومواهب وقدرات بشكل خاص مما يكون له ابعد الاثر في تكوين شخصيته المستقبلية ،ونظرا لاهمية هذه المرحلة اكد عليها التربويين بان لابد من توفير بيئة ملائمة وسوية للطفل والتي تساهم في تنشيط قدراتهم وتحفيزهم .

ان التربية الفنية المواد الدراسية المهمة ولاسيما الرسم حيث يعد احدى وسائل التعبير، بل يعد وسيلة الإنسان الأولى التي عبر من خلالها بخطوط مرئية عن بعض تفاصيل حياته. والتي ظهرت بصيغة رموز وصور على جدران الكهوف التي يسكنها لها دلالات أو معان عبرت عن انفعالاته واهتماماته وحالاته النفسية الداخلية، ومع ان وسائل الرسم وطرائق التعبير عنه قد تعددت وتنوعت عبر آلاف السنين إلا إن ميزة التفرد الرئيسية للرسم ظلت وستبقى تمثل حاجة نفسية يلجأ إليها الإنسان بوصفها الأقرب وضوحاً إلى نفسه والأعمق أثرا في وجدانه.

بهذا يكون الرسم اداة مناسبة للحوار وتحقيق التواصل مع الاخرين على حد سواء وحتى أولئك الذين لا يجيدون الرسم. فالرموز التي ينتجها الطفل باستخدام القلم أو الطباشير تعد تعبيراً عما يشعر به، لذا أوصى بعض علماء النفس باستخدام الرسم مع الاطفال المتأخرين دراسياً الذين يعانون سوء التوافق الاجتماعي والانفعالي ومن لديهم مشكلات سلوكية للوقوف على هذه المشكلات وحلها، اضافة إلى ذوي الاحتياجات الخاصة الذين هم بحاجة اكبر

للتعبير الفني من الاطفال الاعتياديين إذ أن السماح لطفل الاحتياجات الخاصة بممارسته الفن هو السماح له بأن يكون عضواً مؤثراً في بيئته المحيطة به، لاسيما الطفل الذي يجد صعوبة في خلق الصلة بينه وبين الاخرين، ويعاني من الوحدة والانغلاق على مشكلاته دون البوح بها.

حيث يعبر الأطفال العاديين في رسوماتهم أحياناُ عن أشكال اللعب فيختار كل منهم الشكل الذي يروقه و ينبعث ذلك من الطفل ليرضي حاجاته في وقت معين أو لمواجهة بعض المواقف الخاصة أحياناُ أخرى .

و هو نشاط يحتاجه الطفل لتنمية قدراته الذهنية و تطوير أفكاره و إثراء خياله و إثراء معرفته. فالتعبير الفني للطفل العادي يشبه اللعب الإيهامي الذي يُعبر فيه الطفل عن الأشياء المحيطة به و هي في الغالب أشياء ملموسة – ذات طابع واقعي – يحدثها وفقاً لصورة ينقلها له خياله الشخصي الذي هو وحده وليد انفعالاته الذاتية .

ظهرت أهمية العلاج بالفنون في تنمية عملية التواصل لدى الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو أو اضطرابات في مهارات الاتصال مثل أطفال التوحد وغيرهم من الإعاقات حيث يعتبر الفن لغة تواصل تسمح للأفراد سواء كانوا أطفالا عاديين أو ذوى الاحتياجات الخاصة فرصة للتعبير عما بداخلهم والاتصال بالآخرين ومن هنا تكمن أهمية العلاج بالفنون على أنه وسيلة تساعد على تطوير وعلاج المشكلات الاتصالية لدى الأفراد .

يستغل أطفال التوحد هذا التعبير كأسلوب بديل للغة و التواصل اللغوي , فهذه الرسوم التي تنبثق عن أذهان الأطفال التوحديين و التي تُعبر عن أحاسيسهم و مشاعرهم و تخيلاتهم قد لا يفهمونها و كذلك التطورات التي تُصاحب تطورهم البيولوجي و الفسيولوجي . و يجب على الأسرة و المدرسة أن تعرف أن لهذه الرسوم لغة تفوق في أهميتها و دلالاتها معنى المُفردات اللغوية اللفظية التي يعجز الطفل عادة عن التعبير عنها.

إن رسوم التوحديين و أعمالهم الفنية تُعتبر مصدراً هاماً للبحث السيكولوجي في إطار العلاج و هي الأداة التي يمكن على ضوئها أن نحدد لهم فهم الأمور الحياتية مثل معنى الدور و كيف يتصرف وقت العمل أثناء أخذ فرصته أو كيف يتحرك و يتصرف أثناء اللعبة عندما يحين دوره في اللعبة , و فهم و إدراك أن لك وقتاً , و لي وقت , و أن لك فرصة الرسم و لي فرصة الرسم.

يعمل الفن على تحديد علاقة تواصلية بين الفرد والنشاط الفني الذي يهتم به الطفل وبالتالي يتنمى نطاق التواصل بالبيئة المحيطة سواء بالأشياء أو الأفراد في البيئة نفسها. لذلك تعتبر الأنشطة الفنية من أهم الأنشطة التي تقدم لأطفال التوحد ذلك لأنها تساعدهم في تنمية إدراكهم الحسي (اللمسي) والبصري عن طريق الإحساس باللون والخط والمسافة والبعد والحجم والإدراك باللمس عن طريق ملامسة السطوح. لذلك يعتبر العلاج بالفنون من الوسائل الناجحة في علاج الاضطرابات المختلفة التي يعاني منها الكثير من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ومنهم الأطفال التوحديين حيث أنها جزء اساسي من برامج تنمية المهارات التواصلية والاجتماعية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة .

هناك عدة أساسيات للعلاج بالفنون يجب أن تتوافر لكى يحقق العلاج أهدافه ومن هذه الأساسيات المواد والمكان وتنظيم عملية العلاج وتحديد وقت لجلسة الفنون ، أما عن الزمن فيجب تحديده بناء على حالة كل طفل وحسب طريقة العلاج فرديا أو جماعيا. أما عن الأنشطة الفنية فهي تلك الأنشطة الفعلية في جلسة الفنون والتي يطلب من الطفل القيام بها وهناك أنشطة فنية حرة يترك له الخيار فيها وأما عن المواد المستخدمة فأهمها ألوان الباستيل/ المائية ، أقلام الفلوماستر، فرش الألوان ، عجينة الصلصال ،الورق ،المقصات ، وأشكال (نماذج فنية) ،الصمغ .

ان طبيعة العلاج إذا كان فرديا أو جماعيا وحسب هدف العلاج وحسب مهارات الطفل والبرنامج الذي يتم تطبيقه عليه إذ أن من الممكن للرسم أن يؤدي دورا موازيا للمواد الأخرى

التـي تقـدم لهـم فمـن خـلال الرسـم يمكـن أن يكتسـب الطفـل التوحـدي مهـارات فنيـة، ولغويـة وإدراكية، واجتماعية بطرق أكثر بساطة وأكثر قربا من عالم الطفل التوحدي.

ن للفـن تـأثير ايجـابي فـي تعلـيم التفكيـر وبنـاء التعبيـر العـاطفي ويحسـن الـذاكرة، ويقـوم الـدماغ بإعـادة تنظـيم نفسـه بتشـابكات أو روابـط أكثـر واقـوى، وقـد عـد البـاحثون الفـن علاجـاً للدماغ التالف، وهناك من يقول أن الفن يثير وعي الجسم والإبداع والإحساس بالذات .

أهميـة العـلاج بالرسـم لـذوي اضـطراب التوحـد انـه يسـاعد علـى إطـلاق الشـعور التعبيـري والانفعـالي لـدى الطفـل مـن خـلال تطـور التفاعـل الإنسـاني بينـه وبـين العمـل الفنـي والمعـالج، كمـا يعمـل علـى تنميـة وعـي الطفـل بنفسـه ويجعلـه قـادراً علـى إخـراج عمـل جميـل ومميـز، ويسـاعد علـى تنميـة إحسـاس الطفـل بنفسـه حتـى ينمـو إحساسـه بالبيئـة مـن حولـه، ويُثـري الأسـلوب النمطـي الروتينـي الـذي يتبعـه التوحـديون فـي الرسـم ويجعـل أسـلوبهم أكثـر ليونـة فيمـا يتعلـق بالأعمـال المصنعة، ومن خلال ذلك يتعلم الطفل كثيراً من طرق التواصل مع البيئة المحيطة.

الكتاب السنوي لمركز ابحاث الطفولة والامومة/ جامعة ديالى ، المجلد الحادي عشر ، عدد خاص ص ص203-209 ، 3 نيسان 2017
ISSN 1998- 6424

اضطراب الاوتيزم عند الاطفال

ورقة بحثية
م.د اسماء عبد الجبار سلمان
مركز ابحاث الطفولة والامومة / جامعة ديالى

مقدمة

تتركز موضوعات هذه الورقة في الجوانب الاتية :

- مصطلح التوحد
- اعراض اضطراب الاوتيزم لدى الاطفال
- المؤشرات العامة لاضطراب الاوتيزم
- أسئلة تشخيص ا ضطراب الاوتيزم حسب مقياس DSM4 المعتمد عالميا
- علاج اضطراب الاوتيزم

- مصطلح التوحد

ان مصطلح التوحد هو من المصطلحات الشائعة والذي يعني به Autsm استخدم بشكل غير دقيق وخاطى ، لان هذا المصطلح ليس له ترجمة حرفية كما في مصطلح Hysteria ، فالاوتيزم هو اضطراب نمائي يصيب بعض الاطفال قبل ان يكتمل عمر الثلاث سنوات وله عدة اسباب ويظهر بعدة صور وعلى الرغم من انه قد اطلقت عليه عدة مسميات هي (التوحد ، الاجترارية ، الذاتوية) الا ان مصطلح التوحد هو الاكثر شيوعا في البحوث والدراسات العربية (الخولي ، 2007: 147) في حين ان منظمة الصحة العالمية

قررت تعديل الترجمة العربية لاسم هذا الاضطراب الى اسمه العلمي الصحيح وهو (الذاتوية) لان التوحد يعني ان يتقمص الفرد مشاعر وتفكير وسلوك الاخر وهذا عكس ما يحدث في اضطراب الذاتوية فان اعراضه عدم القدرة على التواصل العاطفي بمن حوله والانعزال التام وتجمد العواطف لذا يستحيل التوحد فضلا عن تدهور اللغة او غيابها مع هؤلاء الاطفال مع اضطرابات سلوكية وعصبية وعدوانية وحركات لا ارادية او اهمال الذات ، وعندما نقول توحد الشخص يعني ذلك تواصله ومحاولته ان يكون جزاءا من الامر وهذا امرا لا ينطبق باي حال من الاحوال على الاطفال الاوتيزم وقد بينت منظمة الصحة العالمية اطفال الاوتيزم منصرفين الى الافكار الذاتية وأحلام اليقظة والأوهام والابتعاد عن الحقائق الواقعية وطغيان تفضيل الذات والنفس على كل ما هو في محيطها (مختار ، 2009 : 3)

اعراض اضطراب الاوتيزم لدى الاطفال

تتفاوت شدة اعراض اضطرابات الاوتزم من طفل لأخر فقد تكون الإصابة بسيطة إلى شديدة لذ لك قد لا تظهر العلامات مجتمعة عند الأطفال، وأهم هذه العلامات هي في مجال تطور المهارات اللفظية , سلبية السلوك والتفاعل الاجتماعي واهم هذه العلامات:

1- صعوبات في التفاعل الاجتماعي .

2- مشكلات في التواصل اللفظي وغير اللفظي .

3- سلوكيات تكرارية محددة جدا ، واهتمامات قهرية اي افعال قهرية .

4- ميول للعزلة والبقاء منفردا

5- لا يميل للمعانقة

6- فتور المشاعر

7- اعتماد روتين خاص به يصعب تغييره (مقاومة التغيير)

8- الارتباط الغير طبيعي بالأشياء مثل دمية معينة

9- لا يبدأ الحوار ولا يكمله

10- الروتين اللفظي ويردد ما يسمعه

11- عجز في التحصيل اللغوي واستعمالاته

حركات جسمية أو التعامل بالإشارات

12- بعضهم لا يبدي خوفا من المخاطر وممكن إيذاء الذات كشد الشعر أو عض نفسه

13- القيام بحركات غريبة مثل رفرفة اليدين القهقهة بلا سبب و فرك الأشياء

14- بعضهم يبدي حساسية مفرطة لبعض المثيرات الحسية مع أنها مقبولة

المؤشرات العامة لاضطراب الاوتيزم

تتنوع الاعراض الدالة على اضطراب الاوتيزم ، الا انه يمكن اكتشاف هذه الاعراض فيما بين الشهر الثلاثين والسادس والثلاثين من عمر الاطفال ، ويمكن ان يقوم بتشخيص الاوتيزم اطباء الاطفال ، الاخصائي النفسي ، او متخصص مهني في مجال الاوتيزم ،اما اهم مؤشرات او علامات هؤلاء الاطفال فهي :

- ضحك او قهقهة غير مناسبة .
- عدم الخوف من الخطر .
- عدم حساسية للالم .
- مقاومة (رفض) احتضان او تدليل الاخرين لهم .
- تجنب التواصل البصري مع الاخرين .

- يفضلون الانفراد او العزلة مع الذات .

- صعوبة في التعبير عن الاحتياجات وربما استخدام الايماءات .

- استجابة غير مناسبة للأصوات وربما عدم استجابة على الاطلاق .

- رفض التغيير والإصرار على الروتين .

- ترديد نفس الكلام ونفس الاصوات

أسئلة تشخيص اضطراب الاوتيزم حسب مقياس DSM4 المعتمد عالميا

لا توجد فحوصات طبية مثل التحاليل المخبرية أو الإشعاعية تثبت اضطراب الاوتيزم أو تعتمد تشخيص هذا الاضطراب . وبشكل تقريبي تتألف الأسئلة التشخيصية حسب المقياس العالمي DSM4 كما يلي:

أولا: ظهور مجموعة من الأعراض المرضية في مناطق التطور عند الطفل وهي:

(أ) ضعف نوعي في التفاعلِ الإجتماعي

1. ضعف ملحوظ في استعمال المهارات الا شفهيِه المتعدّدةِ مثل الحذلقة بالعين ، التعبير بحركات الوجه، حركات جسمية، إيماءات لتَنظيم التفاعلِ الإجتماعيِ

2. الفشل في تطوير علاقات مع اقرأنه من نفس العمر وفتور في المشاعر

3. لا يستمتع في التفاعل مع الأهل مثل عرض شيء أو جلب شيء أو الإشارة إلى الأشياء لعرضها

4. لا يشارك في النشاطات مثل الألعاب الجماعية والمرح

(ب) عجز في التحصيل والتواصل اللغوي واستعمالاتها:

1. تـأخر فـي التحصـيل اللغـوي وعـدم اسـتعمال البـدائل اللالفظيـة مثـل النظـر بـالعين أو حركـات الجسم أو الايناء

2. إن كان قادرا على استعمال اللغة لا يبدأ الحوار أو لا يكمله

3. الاستعمال النمطي والتكراري للكلام

4. اهتماماته اللغوية مقيدة وغير مرنة أو تخيلية

(ج) نمطية السلوك والاهتمامات

1. مقاومة التغيير واعتماد سلوك مقيد

3. تمسّك صلب بالروتين وبعض الطقوس

2. حركات نمطية وتكرارية مثل رفرفة الايدي , فرك الأجسام أو هزة الجسم للأمام والخلف

4. الانشغال الدائم بأجزاءِ الأجسامِ (عبد الفتاح ،2011: 111)

علاج اضطراب الاوتيزم

علاج الطفل يشتمل على:

1- التـدخل المبكـر لتحسـين مسـتوى التحصـيل اللفظـي والكلامـي بواسـطة بـرامج خاصـة مـن قبـل اخصائيين

2- علاج السلوك السلبي والنمطي بواسطة التدريب بوسائل تحسين السلوك لمستوى مقبول

3- بـرامج تعليميـة وتأهيليـة خاصـة للاطفـال الـذاتويين تخـص التفاعـل والتواصـل مـع الاهـل والمجتمع

3- المعالجـة الطبيـة لازالـة المعـادن الثقيلـة مـن جسـم الطفـل الـذاتوي ان كانـت نسـبتها فـي دمـه مرتفعة ويتم ذالك على ايدي اطباء متخصصين يقرروا ان كان الطفل بحاجة لهذه المعالجة .

4- بعض المراجع الطبية تنصح المعالجة بالأوكسجين المضغوط

5- بعض المراجع الطبية تنصح بالحمية الغذائية

6- إعطاء بعض الفيتامينات (فيتامين B6) تحت إشراف الطبيب (الحمدان ،2000: 78)

التوصيات

1- على كليات التربية الاساسية البدء سريعا في تنفيذ خطة مستقبلية تضمن تدريس مقرر تخصصي عن اضطراب الاوتزم لطلاب الكلية طيلة السنوات الدراسية الاربع تتضمن المقررات طبيعة هذه الفئة وكيفية التعامل معها والاستراتيجيات التعليمية الفاعلة في تحسين حالة هؤلاء الاطفال .

2- التعاون بين وزارة التعليم العالي ووزارة التربية لإقامة الدورات وورش عمل تدريبية للمعلمين والمعلمات للتعريف بهذه الفئة وكيفية وسبل التعامل معها لنجاح عملية دمجها مع الاطفال العاديين في المدارس العامة .

3- على وزارة التربية تنفيذ مشروع هدفه البحث والتنقيب عن اطفال الاوتزم والملتحقين بالمدارس الحكومية او المدارس الخاصة ومتابعة عملية تعليمهم وتوفير الرعاية لهم ايماناً بحقهم الشرعي في التعليم.

4- على وزارة الاعلام تقديم حملة توعوية ضخمة يتم التنويه عنها تستمر لفترة لتوضيح هذا الاضطراب وكيفية تشخيصه وطرق التعامل معه ،ويكون المتحدث في تلك البرامج المتخصصين في هذا المجال .

المصادر

- الحمدان ، عبد الله ، ابراهيم ، (2000) **حقائق عن التوحد** ، اكاديمية التربية السعودية .

- عبد الفتاح ، محمد ،(2011) **فاعلية برنامج لتنمية الانتباه والاستجابة السمعية لدى اطفال التوحد** ، جامعة بنها ، كلية الاداب .

- الخولي ،هشام (2007) **الاوتيزم الخطر الصامت يهدد اطفالنا** ، المؤتمر العلمي الاول كلية التربية ،جامعة بنها .

- مختار ، سيد (2009) **تصحيح مفهوم اضطراب التوحد الى الذاتوية** http://sagedmoktar : maktoobblog.com

الكتاب السنوي لمركز ابحاث الطفولة والامومة/ جامعة ديالى ، المجلد الحادي عشر ، عدد خاص ص ص 210-215، 3 نيسان 2017 ISSN 1998- 6424

مرض التوحد لدى الاطفال

ورقة بحثية
م.م اسماء عباس عزيز الدليمي
مركز ابحاث الطفولة والامومة / جامعة ديالى

مقدمة:

يعرف التوحد بانه اعاقة متعلقة بالنمو وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الاولى من عمر الطفل وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ ويؤخر في المهارات الجسمية والاجتماعية واللغوية، ويقدر انتشار هذا الاضطراب او المرض مع الاعراض السلوكية المصاحبة له نسبة 1 من بين 500 شخص، وتزداد نسبة الاصابة بين الاولاد عن البنات بنسبة 1: 4ن ولا يرتبط التوحد باية عوامل عرقية او اجتماعية او الحالة التعليمية او المادية للمعائلة، وتؤدي الاصابة بهذا المرض الى صعوبة في التواصل مع الاخرين وفي الارتباط بالعالم الخارجي (كامل، 2005، ص5) ويعتبر (ليوكانر) اختصاصي الطب النفسي اول من استخدم مصطلح التوحد (Autism) في الاربعينيات من القرن الماضي وقد استخدمه لوصف الاطفال الذين ظهر بانهم انطوائيون على نحو مفرط.(صندقلي،2012، ص15).

اسباب التوحد:

1. **العوامل الجينية:** يرجع حدوث التوحد الى وجود خلل وراثي فقد اشارت اكثر البحوث الى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الاصابة بهذا المرض، حيث تزداد نسبة الاصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) اكثر من التوائم الاخوية (من بويضتين مختلفتين).

2. **العوامل المناعية:** اشارت العديد من الدراسات الى وجود خلل في الجهاز المناعي، حيث وجدوا شذوذات في منظومة المناعة لدى المتوحدين.(العبادي، 2006، ص28)
3. **العوامل العصبية:** زيادة حجم الفص القفوي والفص الجدراي للاطفال المصابين بالتوحد كما اظهرت الفحوص العصبية انهم يعانون من انخفاض في معدلات ضخ الدم لاجزاء من المخ التي تحتوي على الفص الجداري مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية والاستجابة السوية واللغة اما باقي الاعراض فتتولد اضطراب في الفص الامامي. (قطب، 2007، ص59)
4. **عوامل كيمائية حيوية:** العديد من الدراسات بينت ارتفاعاً في مادة حمض الهوموفانيليك في السائل النخاعي وهذه المادة هي الناتج الرئيسي لايض الدوبامين مما يشير الى احتمالات ارتفاع مستوى الدوبامين في مخ المتوحدين، كذلك ارتفاع مستوى السيروتين في دم ثلث الاطفال المصابين بمرض التوحد. (مصطفى والشربيني، 2011، ص25)
5. **التلوث البيئي:** ثبتت علاقة الاصابة بالتوحد كنتيجة للتلوث البيئي ببعض الكيمياويات وتركيزات مرتفعة من الهواء المملوء بالزئبق والكاديوم ارتبطت بمعدلات مرتفعة من التوحد.
6. **العقاقير:** ان التطعيمات (اللقاحات) وخاصة التطعيم الثلاثي التي تعطى للأطفال قبل بلوغهم العامين والتي تحتوي على نسبة عالية من المعادن الثقيلة تعد من مسببات التوحد للأطفال.(قطب، 2007، ص57-58)
7. **الخمر والمخدرات:** اهتمت مقالات حديثة بوصف متلازمة الكحول الجيني والتوحد، فالاثينول معروف على انه سبب للإصابة قبل الولادة للجهاز العصبي المركزي.
8. **التدخين:** انتهت نتائج دراسة هيلتمن واخرين الى ارتباط التدخين الاموي اثناء الحمل بإصابة الطفل بالتوحد.
9. **اصابة الام بالامراض المعدية:** اوضحت بعض الدراسات بان الاعراض التي تراها في الاطفال المصابين باضطراب الطيف التوحدي من المحتمل ان تكون ناتجة عن العدوى، حيث اوضح (Voidani) ان عينات دم الاطفال المصابين بالتوحد اظهرت وجود اجسام مضادة تتفاعل مع بروتين الحليب وهما عدوتان شائعتان والمشكلة ان هذه الاجسام المضادة التي تتفاعل مع هذه البروتينات والعوى ربما تتلف الحاجز الدموي الدماغي بضم هذه مع السموم مثل الزئبق او المادة

الحافظة في تحصينات الاطفال يمكن ان تعبر المخ من خلال الحاجز الدموي الدماغي التالفة مسببة تلفاً لخلايا المخ. (عسلية، 2006، ص276-277).

اعراض ومظاهر التوحد:

اولاً: علامات مبكرة لمرض التوحد:

1. لا يتواصل مع اهله بالنظر او بالابتسام.
2. لا ينظر لوجه امه ويبدو وكانه يعيش في عالم خاص.
3. لا يميل للمداعبة او الملامسة لجسده ويبدي انزعاجاً عند اقتراب جسد امه من جسده.
4. يلاحظ عليه الانشغال بنشاط معين بشكل دائم كأن ينظر الى يديه فترة طويلة من الوقت او يهز رأسه او جسده بشكل دائم .
5. لا يميل الى المناغاة والضحك بصوت عالي.
6. لا يتفاعل مع افراد اسرته.
7. لا يظهر ميلاً للمشاركة في اللعب.
8. يظهر تأخراً في النطق واتقان مهارة الكلام.
9. يبدو كأنه لا يسمع

ثانياً: الاعراض السلوكية لمرضى التوحد:

1. اضطراب في التواصل اللغوي: بطيء الكلام او لا يتكلم مطلقاً او كلامه غير مفهوم ولا يقلد الاخرين في الكلام كما يفعل الاسوياء ويستخدم الاشارات بدل الكلمات وانتباهه قصير جداً.
2. اضطراب في التواصل الاجتماعي: يفضل البقاء منفرد ولا يقيم علاقات اجتماعية مع الاخرين، غير قادر على تلقي العطف والحنان ممن حوله حتى امه.
3. اضطراب في النمو العقلي: يتسم الطفل التوحدي بنقص في النمو العقلي في بعض المجالات من ظهور تفوق ملحوظ في مجالات اخرى كمعرفة طرق الانارة او كيفية تشغيل الاقفال.

4. السلوك النمطي التكراري: يتصف الطفل التوحدي بتكرار الافعال وخاصة اثناء اللعب ببعض الادوات كتحريك جسم ما بشكل معين بتكرار دائم ودون توقف او شعور بالملل او التعب.
5. الاعاقة الحسية: يتصف طفل التوحد بالاستجابة الزائدة للمس او ضعف الاستجابة للالم اذا اصابه.
6. استجابات غير الطبيعية: احياناً تظنه مصاب بالهم لعدم استجابة للمثيرات واحياناً اخرى يستجيب بشكل مبالغ فيه لبعض الاصوات العادية.
7. مظهر الحزن: يبدو حزين دائماً لكون الامور لديه لا تعني اي شيء وهو لا يعي سبب حزنه.
8. مقاوم للتغيير: يرفض بشكل قاطع تغير روتين حياته.
9. سلوكيات ملفته: يتراوح سلوك الطفل التوحدي بين الافراط في النشاط او شدة الخمول.
10. اللعب: عدم قدرة على محاكاة افعال الاخرين وعدم القدرة على المبادرة في اللعب كتقليد او تمثيل شخصيات اخرى. (صندقلي، 2012، ص49-53).

تشخيص مرض التوحد:

نظراً لان مرض التوحد يتراوح بين درجات عديدة جداً من خطورة المرض وحدة اعراضه فقد يكون تشخيص الذاتوية(التوحد) مهمة معقدة ومركبة اذ ليس ثمة فحص طبي محدد للكشف عن حالة قائمة من الذاتوية (التوحد)، ويشمل التقسيم الرسمي لهذا المرض معاينة الطبيب المختص للطفل ومحادثة مع الاهل عن مهارات الطفل الاجتماعية، قدراته اللغوية، سلوكية وكيفية ومدى تغير هذه العوامل وتطورها مع الوقت.

وقد يطلب الطبيب بغية تشخيص اعراض التوحد اخضاع الطفل لعدة فحوصات واختبارات ترمي الى تقييم قدراته الكلامية واللغوية وفحص بعض الجوانب النفسية، وبالرغم من ان اعراض التوحد الاولية تظهر غالباً ما قبل سن (18 شهراً) الا ان التشخيص النهائي يكون في بعض الاحيان لدى بلوغ الطفل سن السنتين او الثلاث سنوات فقط عندما يظهر خلل في التطور وتأخير في اكتساب المهارات اللغوية او خلل في العلاقات الاجتماعية المتبادلة والتي تكون واضحة في هذه المرحلة من العمر.

وللتشخيص المبكر اهمية بالغة جداً لان التدخل المبكر قدر الامكان وخصوصاً قبل بلوغ الطفل سن الثلاث سنوات يشكل عنصراً هاماً في تحقيق افضل الاحتمالات والفرص لتحسن الحالة. (رياض، 2008،ص63)

ويشمل فريق تشخيص وعلاج الطفل التوحدي:

1. طبيب اطفال متخصص في تطور الطفل.
2. طبيب الامراض النفسية عند الاطفال.
3. طبيب متخصص في الكلام واللغة.
4. مساعد اجتماعي متخصص في تدريب الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
5. محلل نفسي. (صندقلي، 2012،ص30)

وسائل العلاج:

1. طريقة تسهيل التواصل بمساعدة لوحة مفاتيح الكمبيوتر او لوحة الرسوم.
2. هناك بوادر مشجعة لامكانية استخدام هرمون السيكرتين في علاج التوحد عند الاطفال وهي لا زالت قيد الدراسة.
3. قد تفيد ممارسة السباحة وخاصة مع الدلافين وطريقة التلقيم العصبي الراجع والعلاج بالموسيقى.
4. العلاج بالتدرب على المهارات الاجتماعية.
5. بعض الحميات مثل الحمية الخالية من الغلوتين ومشتقات الحليب.
6. بعض الفيتامينات والادوية المضادة للقلق والكورتيزون.
7. ازالة السموم من المنزل في حال وجودها.
8. علاجات سلوكيات.
9. علاج تربوي – تعليمي.
10. علاج دوائي.

11. علاجات بديلة تتضمن انظمة غذائية خاصة بهم وعلاجات ابداعية مستحدثة . (حمدان، 2001، ص157)

المصادر:

- حمدان، محمد زياد (2001): **التوحد لدى الاطفال اضطرابه وتشخيصه وعلاجه**، دار التربية الحديثة.
- رياض، سعد (2008): **الطفل التوحدي اسرار الطفل التوحدي وكيف نتعامل معه**، مصر دار النشر للجامعات.
- كامل، محمد علي(2005): **التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد**، مكتبة ابن سينا للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة– مصر.
- مصطفى، اسامة فاروق والشربيني، السيد كامل (2011): **سمات التوحد**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان– الاردن.
- العبادي، رائد خليل(2006): **التوحد**، الاردن، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- عسلية، كوثر حسن(2006): **التوحد**، الاردن، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- صندقلي، هناء حسن (2012): **التوحد اللغز الذي حير العلماء**، دار النهضة العربية، بيروت– لبنان.
- قطب، نرمين (2007): **برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي واثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية لعينة من اطفال التوحد**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة ام القرى، المملكة العربية السعودية.

التوصيات التي خرجت بها الندوة العلمية

1. ضرورة انشاء قاعدة بيانات حول مدى انتشار المرض في اطفال المحافظة للمؤسسات الطبية والتعليمية والمراكز البحثية.
2. تكثيف المؤتمرات الطبية وورش العمل والدورات التدريبية وترجمة الكتب الاجنبية من اجل التعريف باضطراب التوحد وتشخيصه وكيفية التعامل معه .
3. وضع برامج لتدريب الاسر على التعامل مع الطفل المصاب باضطراب التوحد في كافة مؤسسات المجتمع
4. ضرورة توسعة الخدمات المقدمة لهم وشموليتها من حيث كادر طبي وتدريبي مؤهل وتوفير اماكن رعاية لهم طب نفسي طب اطفال وطب مختص
5. . دعم البرامج الاعلامية التي تساعد ع التوعية باضطراب طيف التوحد.
6. ضرورة اشراك اولياء امور الاطفال المصابين بهذا الاضطراب مع المختصين النفسيين والكوادر الطبية في رسم خطة رعاية للطفل والمشاركة فيها من خلال المتابعة وتقديم البيانات الصحيحة عنه.
7. ضرورة التأكيد على اهمية برامج التدخل المبكر للتخفيف من الاضطراب وتعديل سلوك الطفل المضطرب.
8. ضرورة انشاء وحدة مختصة بثقافة الاسرة نحو التشخيص المبكر لطيف التوحد والاضطرابات النمائية الاخرى وتثقيف امهات الاطفال المصابين بالتوحد على كيفية تدريب اطفالهم على المهارات الحياتية .

9. اعداد كوادر بشريه مؤهلة من خلال تدريس هذا الاضطراب في معاهد اعداد المعلمين واقسام التربية الخاصة.
10. ضرورة تظافر الجهود المجتمعية من اجل تأهيل الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.
11. التاكيد على وزارة الصحة في فتح مراكز رعاية مبكرة الطفل التوحد واجراء عمليات التشخيص.
12. رصد المعاهد الاهلية المنتشرة ومساعدتهم في عملية التشخيص المبكر والعلمي ومراعاة عمل المتخصصين لهذه المعاهد.
13. قيام وزارة التربية برصد حالات التوحد بصورة مبكرة في الصفوف الاولية ورياض الاطفال.