الخصائص النفسية الاجتماعية لأطفال التوحد من وجهة نظر المختصين

دراسة ميدانية ببعض مراكز التوحد، بمدينة ودمدني، ولاية الجزيرة، السودان(2019 م)

د. أنور أحمد محمود أحمد [1]

الملخص

هدفت الدراسة إلى التعرف على الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين وعلاقتها بمتغيرات (النوع – عمر الطفل التوحدي – درجة الإعاقة)، اتبعت الدراسة المنهج الوصفي، واستخدمت استبانة من تصميم الباحث لقياس السمات النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي بعد تحكيمها، بلغت عينة الدراسة (30) مختصاً تمثل المجتمع الكلي بنسبه 100% . اختيرت عينة الدراسة بالطريقة القصدية بمراكز الجزيرة، تواصل، إيواء، لأطفال التوحد. تمت معالجة البيانات بواسطة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) . أظهرت الدراسة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر المختصين في الخصائص النفسية الاجتماعية لدى أطفال التوحد .لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تبعاً للنوع .توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تبعاً لعمر الطفل التوحدي لصالح العمر(12) سنة فأكثر، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تبعاً لدرجة الإعاقة. توصي الدراسة بإعداد مراكز متخصصة للتوحد في ولايات السودان كافة، التدريب والتأهيل المستمر للمختصين في مجال التوحد، القيام بمسح للأطفال المصابين بالتوحد من قبل هيئة وأطر متخصصة بالتشخيص، تبني برامج إرشادية توعوية للتعريف بالتوحد مما يسهل على الأسر التعرف على التوحد أسبابه وعلاماته، وطرائق التشخيص والتدخل المبكر والتأهيل. تقترح الدراسة المزيد من الدراسات ذات الصلة بموضوعها.

[1] أستاذ علم النفس التربوي – قسم علم النفس التطبيقي - كلية التربية – حنتوب – جامعة الجزيرة

مـقـدمـة

بدأ التعرف على اضطراب التوحد منذ أكثر من ستين عاماً، على يد الطبيب الأمريكي "كانر" Kanner عام 1943م، وقبل ذلك كان يعد من حالات الاضطراب العقلي أو الفصام الطفولي أو الصمم والبكم أو غيرها، فقد اكتشف كانر من بين مجموعة من أطفال الإعاقة العقلية الذين يتعامل معهم اتصافهم بأعراض تختلف عن الأعراض المعروفة للإعاقة العقلية آنذاك، وقد اتصفوا كذلك بأعراض مختلفة عن الأعراض المميزة للفصام، ولذا عُدّت هذه الفئة من الأطفال تمثل إعاقة مختلفة أطلق عليها مصطلح الذاتوية (الكردي، 2005 : 19)

يُعدَ التوحد من الاضطرابات النمائية التي تؤثر في العديد من جوانب النمو لدى الفرد ، فهو يترك آثاراً سالبة في تلك الجوانب كالنمو المعرفي والنفسي الاجتماعي والانفعالي، كما تؤثر في سلوكه بوجه عام (الخالدي ، 2005 :6)، والتوحد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل نفسه، ولوالديه ، ولأفراد الأسرة الذين يعيشون معه، ويعود ذلك إلى أنّ هذا الاضطراب يتصف بالغموض وبغرابة أنماط السلوك المصاحب له، فالتوحد عبارة عن اضطراب النمو الارتقائي بصورة شاملة بحيث يتصف هذا الاضطراب بقصور، أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغوي والاجتماعي .

الإطار العام للدراسة:

يعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية التطورية صعوبة وتعقيدا، لأنّها تؤثر في العديد من جوانب النمو لدى الفرد، ويعود ذلك إلى أنّ هذا الاضطراب يتصف بالغموض وبغرابة أنماط السلوك المصاحب له، فالطفل التوحدي يتصف بالعزلة الاجتماعية ويفضل البقاء وحيداً، كما يفضل التعامل مع الأشياء المجردة أكثر من تعامله مع الأشخاص المحيطين به، ويتجنب المواجهة بالنظر والتحديق بالعينين في الأشياء وفي الآخرين، إضافة إلى ضعف التواصل مع الآخرين، وأطفال التوحد لا يستجيبون إلى السلوكيات الوجدانية والعاطفية مثل: الابتسامات، والتواصل البصري والتحديق(مصطفي والشربيني، 2011 :148)، كما يميلون إلى العدوانية وحدة التوتر والانفعال، ونقص المثابرة والدافعية، ونقص القدرة على الاستجابة السريعة لعدم الفهم الواضح، كما لا يعرفون معنى الخوف والقلق.

ومن هنا أجمل الباحث مشكلة البحث في التساؤل الرئيس التالي :

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين؟

وتتفرع عن السؤال الرئيس الأسئلة التالية :

1/ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تُعزى إلى النوع ؟

2/ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تُعزى إلى عمر الطفل التوحدي؟

3/ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تُعزى إلى درجة الإعاقة ؟

فروض الدراسة :-

1/ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين

2/ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تُعزى إلى النوع (ذكر – أنثى) .

3/ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تُعزى إلى عمر الطفل التوحدي (أقل من 6 سنوات) ، (6 وأقل من 12 سنوات)، (12 سنوات فأكثر)

4/ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تُعزى إلى درجة الإعاقة (شديدة / متوسطة / بسيطة) .

أهداف الدراسة :-

1/ التعرف على الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين

2/ الكشف إن كانت هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تعود إلى متغيرات (النوع – عمر الطفل التوحدي - درجة الإعاقة)

3/ يمكن لهذه الدراسة أن تقدم للمهتمين والمختصين بمجال التوحد والأسر معلومات ونتائج تسهم في معرفة الخصائص النفسية الاجتماعية والعوامل المؤثرة فيها، وما ينتج عنها من التأثيرات والاختلال في توازن الشخصية، وكيفية إدارة هذه الشخصية، وتحقيق التوازن والاستقرار والتعامل معها.

أهمية الدراسة :-

تنبع أهمية الدراسة من كونها تبحث في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين بما يمكن المختصين من تحديد قدرات ومهارات الطفل التوحدي، ومن رسم الخطط التي تساعد في عملية تأهيلهم وكيفية التعامل معهم، كما أنّ هذه الدراسة تقدم المعلومات عن خصائص الطفل التوحدي وأسباب وأعراض وتشخيص هذا الاضطراب؛ بما يساعد جهات الاختصاص في مجال التربية الخاصة والتوحد؛ لتقديم الخدمات المناسبة لهذه الفئة وفق إمكانياتهم وقدراتهم .

حدود الدراسة :-

الحدود الموضوعية :

تمثلت الدراسة في الخصائص النفسية الاجتماعية لأطفال التوحد من وجهة نظر المختصين ببعض مراكز التوحد بمدينة ودمدني، ولاية الجزيرة .

الحدود المكانية :

تم تطبيق الدراسة بمراكز الجزيرة ، تواصل ، إيواء لأطفال التوحد بمدينة ودمدني، ولاية الجزيرة .

الحدود الزمانية :

تم تطبيق الدراسة خلال العام الدراسي 2019م

منهج الدراسة :-

اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي بوصفه المنهج المناسب لهذا النوع من الدراسات، وقد عرّف (عثمان ،2006 : 150) البحوث الوصفية بأنّها: تلك البحوث التي تقدم وصفاً للظواهر والأحداث أو تحليلها والخروج بنظريات وقوانين بقصد التعميم والتنبؤ .

أداة الدراسة :-

الأداة المستخدمة في الدراسة هي استبانة للخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين؛ وهي من تصميم الباحث .

مصطلحات الدراسة :-

1/ الخاصية :

هي الصفة أو مجموعة الصفات المميزة التي تبنى عليها شخصياتنا وتشتمل القيم والاتجاهات والدوافع التي تتفاوت في اتساعها شدة وضعفاً (جابر، والكنافي ،578:1989).

2/ التوحد :

اضطراب واضح في النمو الاجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية ، ويعرّف بأنّه: مجموعة من الاضطرابات تتصف باختلال كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفي أنماط التواصل، ومخزون محدد ونمطي ومتكرر من الاهتمامات تمثل في مجموعها سمة شائعة (شحاتة، والنجار، 2003 : 159)

التعريف الإجرائي: هي الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص لتحديد درجة التوحد من خلال تطبيق المقياس الذي يحدد ذلك.

3/ الخصائص النفسية الاجتماعية :

هي السمات المعتادة للسلوك النفسي الاجتماعي، وتكون مستقرة وثابتة نسبياً مع مرّ الوقت وتميز شخصاً عن غيره وتختلف بين الأفراد، وتؤثر في سلوكهم، فالصفات النفسية مثل: الانفعالات والميول والمشاعر والوجدانيات والدافعية والاضطرابات النفسية كالخوف والقلق وغيرهما، والخصائص الاجتماعية مثل: القدرة على اكتساب السلوك الاجتماعي وأنماط التواصل والتفاعل الاجتماعي وفقاً لقوانين المجتمع وثقافته نتيجة التنشئة الاجتماعية (مصطفى، والشربيني، 2011 : 137)

التعريف الإجرائي : هي الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص لتحديد درجة الخصائص النفسية الاجتماعية من خلال تطبيق المقياس الذي يحدد ذلك.

التعريف الطبي للتوحد:-

تعرّفه الجمعية الأمريكية للتوحد: بأنّه نوع من الاضطرابات النمائية يظهر خلال الثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل نتيجة اضطرابات تؤثر في وظائف المخ، وفي مختلف نواحي النمو العقلية والانفعالية والاجتماعية (بدر، 174:2010).

التعريف النفسي للتوحد:-

يعرّف (بدوي ،1982، 32) التوحد: بأنّه نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التي تتعارض مع الواقع والاستغراق في التخيلات بما يشبع الرغبات التي لم تتحقق .

وتعرف ماريكا (Marica ، 1990م) التوحد: بأنّه الانغلاق على الذات والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الانتباه ، وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين فضلاً عن وجود النشاط الحركي المفرط . (بدر، 174:2010)

أسباب التوحد :-

1/ أسباب نفسية اجتماعية :-

تفسر النظرية الاجتماعية التوحد: بأنّه اضطراب في التواصل الاجتماعي نتيجة ظروف البيئة الاجتماعية غير السوية ، التي ينتج عنها إحساس الطفل بالرفض من الوالدين ، وفقدان الآثار العاطفية مما أدى إلى انسحابه من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به ، في حين يفسرها النموذج النفسي بأنّه شكل من الشكل الفصام المبكر الناتج عن وجود الطفل في بيئة تتسم بالتفاعل الأسرى غير السوي؛ مما يشعره بعدم التكيف أو التوافق النفسي (عبد الرحمن، 17:2004)

يرى (بخيت ،23:1999) أنّ فقدان التفاعل الاجتماعي والعزلة التي يظهرها الطفل التوحدي أنّها دليل على العلاقة المرضية بين الأم وطفلها، وإلى الاتجاهات السلبية من الوالدين تجاهه؛ لذا فقد استخدمت مصطلحات للدلالة على هذا الاضطراب مثل: الاضطراب الانفعالي الشديد ، النقص في نمو الأنا وفصام الطفولة وغيرها، وبناء عليه فإنّ والدي الأطفال التوحديين كانا يلامان كونهما السبب الأول لاضطراب ابنهما، فقد وصفت الأمهات بأنّ عواطفهن جامدة غير مغذية، والآباء متشددون وحازمون. وفي عام (1967) قام المحلل النفسي "بيتلهام" بعزل هؤلاء الأطفال عن والديهم مؤكداً أنّ الوالدين الرافضين الباردين يعدان السبب الرئيس في توحد أطفالهم وانغلاقهم على ذواتهم، مشدداً على ضرورة البرامج التربوية والمداخلة العلاجية التي تساعد هؤلاء الأطفال على إخراج العدائية الوالدية لا الشعورية. واستبعد "وينج" من معهد مودزلي بجامعة لندن الأسباب النفسية لهذا الاضطراب وعدّه اضطراباً عضوياً في وظائف المخ والإدراك والإحساس السمعي والبصري، وخللاً في التواصل في العلاقات بين الطفل والمجتمع .

2/ أسباب جينية وراثية :-

ترى (غندور، 2000) أنّ التوحد مرض جيني له علاقة بالكرموزوم رقم 7 والكرموزوم رقم 15، وله أسباب بنوية، ونعني بكلمة أسباب بنوية ، بنية الجهاز العصبي المركزي ، وبخاصة الدماغ، وتشير إلى أنّ الدراسات في هذا الحقل أظهرت أنّ هناك اختلافاً في حجم بعض أجزاء الدماغ بين الأطفال المصابين بالتوحد وغير المصابين به، وتؤكد (شقير،2007: 56)على الدور الحيوي للعوامل الوراثية في حدوث هذا الاضطراب منها ما يلي :-

1. تؤدي بعض حالات الشذوذ الكرموزومي إلى هذا الاضطراب، ويعد الشذوذ في الكرموزوم رقم 13 من أكثر الحالات شيوعاً. وأنَ شذوذه مرتبط بمتلازمة "أوشر" التي تعد اضطراباً جينياً .
2. إنَّ هناك عدداً من الجينات يتراوح بين 3-5 جينات تشترك جميعها في حدوث التوحد، ويجب أن تتوافر كلها لدى نفس الشخص، مع العلم بأنّها غير متضمنة في كرموزوم واحد فقط، بل إنّها

تتوزع على عدد من الكرموزومات، وهي جميعاً تتضمن أنواعاً من الخلل الكرموزومي، وإذا قل هذا العدد عن ذلك فلن يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب التوحد .

3. نقص طول ومحيط جذع المخ لديهم ، علماً بأنّ جذع المخ يلعب دوراً حيوياً في عمليات التنفس وتناول الطعام .
4. عدم وجود جزأين أساسيين من أجزاء جذع المخ، لديهم يتمثل أولهما: في النواة الوجهية التي تتحكم في عضلات الوجه وتكون مسؤولة بالتالي عن التعبير اللفظي؛ بينما يتمثل ثانيهما في الزيتونة العليا وهي التي تلعب دوراً مهماً في توجيه تلك المعلومات المرتبطة بالمثيرات السمعية وتوزيعها.
5. إنّ حوالي 30% تقريبا من الأطفال التوحديين يوجد لديهم زيادة في تركيز مادة السيروتونين التي تعد من الناقلات العصبية؛ وذلك من الصفائح الدموية.

3/ أسباب بيئية، عصبية، كيمائية:-

يذكر (القذافي، 65:1994) أنّه لم يتم بعد التوصل إلى تحديد العوامل المباشرة لحدوث إعاقة التوحد؛ ولذلك بقيت هذه العوامل غير معروفة إلا أنّ بعض الباحثين قد يرجع العوامل المؤدية إلى ظهور الأعراض إلى الاضطرابات العصبية نتيجة المشكلات المرتبطة بالتفاعلات الكيميائية الحيوية بالمخ، كما قد يرجعها البعض الآخر إلى أسباب بيئية، بينما ترى فئة ثالثة أنّ الأسباب تعود إلى العوامل المشتركة ما بين العصبية والبيئية .

ترى (غندور، 2000) أنّ أحد أسباب الإصابة بالتوحد هو وجود خلل في عدد الخلايا العصبية في بعض من أجزاء الدماغ مع اختلاف حجم بعضها وقلة عدد التشابك فيما بينها، مقارنة مع الأطفال غير المصابين بالتوحد، فمن المعروف علمياً أنّ عملية التعلم والإدراك تجرى في الدماغ على شكل تكاثر كمية التشابك ما بين الخلايا وليس على شكل ازدياد في عدد الخلايا العصبية؛ ولذلك فإنّ انخفاض عدد هذه الشبكات العصبية يمكن أن يدل على فقر في التجارب وفي المعلومات؛ مما يحدو بالطفل المصاب بالتوحد إلى السلوك الذي يدركه دون تفريق بين اختلاف المواقف التي يتعرض لها.

4/ الالتهابات الفيروسية :-

إنّ بعض الفيروسات يمكن أن تدخل إما في مرحلة حياة الجنين أو في الطفولة المبكرة إلى الأغشية الأنفية الحلقية، وتؤدي إلى تشوهات أو مشكلات في الدماغ؛ مما يزيد العلاقة بين الفيروسات والإصابة بالتوحد خلال المرحلة الأولي من حياة الجنين، أو في مرحلة الطفولة المبكرة .

كذلك وجد أنّ هناك علاقة بين الإصابة بفيروس الحصبة الألمانية وتطور سلوكيات توحدية لدى الأطفال.

5/ التلوث البيئي :-

تعد العوامل البيئية ذات تأثير كبير في إثارة العوامل الأساسية المسببة للتوحد؛ لذلك توكد الدراسات بعدم تعرض المولود في المراحل المبكرة من ولادته إلى مجموعة من الملوثات التي تؤثر فيه بشكل أو بآخر منها، حددها (الخالدي ، 2005 :16) **في الآتي :**

1/ مادة الزئبق :-

تؤثر هذه المادة في تصرفات الطفل الحركية وعدم القدرة على أداء الوظائف، كما أنّها تؤدي إلى تأخر في نمو خلايا الدماغ وتلفه وعدم الاتزان العصبي .

2/ زيادة مادة الرصاص :-

أثبتت الدراسة التي قام بها "ليوندون" في بريطانيا أنّ الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية تكون نسبة الرصاص في أجسامهم أعلى من الأطفال العاديين .

3/ أول أكسيد الكربون :-

يعد التلوث به قد يؤدي تشوهات خلقية، وإلى اضطراب في الحركة خاصة في المراحل الأولى من الحمل؛ حيث إنّ الجنين حساس لأي نقص في قدرة تحميل الأكسجين في الخلايا، وقد يؤدي تسمم الأكسجين إلى وفاة الجنين، أو تلف في خلايا الدماغ .

4/ الأدوية :-

إنّ تناول الأم الحامل لأي نوع من الأدوية غير المخصصة لها أثناء فترة الحمل قد يتسبب هذا في حدوث حالة اضطراب للجنين .

5/ التدخين والمشروبات الكحولية :-

إنّ تناول الأم الحامل للكحول أو التدخين أو تعاطي أي نوع من أنواع المخدرات أو المنشطات قد يكون سبباً في حدوث إعاقة أو اضطراب لدى المولود.

أعـراض الـتـوحــد :-

إنّ التعرف على الأعراض الحقيقية لهذه الإعاقة يساعد بصورة كبيرة في عملية التشخيص السليم؛ لأنّ بعض هذه الأعراض قد تتشابه مع أعراض بعض أنواع من الإعاقات الأخرى كالإعاقة العقلية أو صعوبات التعليم، وربما أيضاً مع بعض أعراض الفصام الطفولي أو الاكتئاب فإنّ من الضروري الإلمام بتفاصيل هذه الأعراض مع الأخذ في الحسبان بما يلي :-

- إنّه ليس من الضروري أن تظهر جميع هذه الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعاني من إعاقة التوحد، بل قد يظهر بعضها في حالة معينة ويظهر البعض الآخر في حالة أخرى .

- إنّه قد يتباين ظهور هذه الأعراض من حيث الشدة أو الاستمرارية أو السن الذي تبدأ فيه الأعراض في الظهور .
- وقد أشار كل من (اورنتز ورتفو،1973) Orntiz or Ritvo إلى أنّ إعاقة التوحد يجب التعرف عليها من ملاحظة السلوك، وأنّ هذه السلوكيات عبارة عن أعراض تعكس شذوذ النمو، وتتضمن هذه الجوانب تنظيم الإدراكات، أنماط الحركة، المقدرة على التعلق، اللغة، والسرعة في النمو ومع أنّهما لا يوافقان على وجهة النظر القائلة بأن إعاقة التوحد يجب أن يتم التعرف عليها وتشخيصها بوصفها أعراضاً سلوكية. كذلك هناك عدد من الأعراض التي يمكن أن نستدل بها على أن الطفل توحدي كما ذكرها (أحمد، 2013 :11) ما يلي :

1. إنّ الأطفال التوحديين لا يظهرون استعدادا للاستجابة للمثيرات ولا يميلون إلى معانقة الأم أو الابتسام .
2. إنّ الأطفال التوحديين لديهم قدرة على ممارسة الكلام، أو قد لا توجد لديهم هذه القدرة .
3. إنّ الأطفال التوحديين يرغبون في الحفاظ على ثبات البيئة ، وعدم إجراء أي تغيرات لأوضاع الأشياء من حولهم
4. إنّ بعض الأطفال التوحديين يبدي رغبة قوية في الالتصاق ببعض الأشياء مثل: إطار سيارة ، لعبة مكسورة ، الحائط .
5. إنّ معظم الأطفال التوحديين يعانون من تدن في مستوى الأداء العقلي بوجه عام.

كذلك أشار كانر إلى مجموعة من الأعراض لدى الأطفال التوحديين كما أوضحها (الخالدي، 2005 :9):

1. عدم القدرة على إقامة علاقات سوية مع الآخرين.
2. تأخر واضح في عملية اكتساب اللغة.
3. الانبهار غير العادي بالأشياء والرغبة في تناولها، وتسليط النظر إليها والتفاعل معها وفقاً لسلوك نمطي متكرر .
4. المظهر الجسمي يمكن أن يكون طبيعياً للطفل؛ ولا يشير إلى وجود إعاقة واضحة إلا أن هناك أعراضاً أخرى، نذكر منها (حب سماع الموسيقي – الانطواء على الذات – عدم التواصل اللفظي والبصري)

يرى الباحث أنّه يمكن إجمال أعراض التوحد في :

1. اضطراب الكلام أو عدم الكلام مطلقاً .
2. ضعف في إقامة علاقات اجتماعية والتفاعل مع غيرهم وعدم الرغبة في صحبة الآخرين.
3. ظهور الطفل بمظهر الحزين دون أن يعي ذلك.
4. اضطراب النمو العقلي للطفل في بعض المجالات مع ظهور تفوق ملحوظ أحياناً في مجالات أخرى.
5. إظهار الطفل للسلوك النمطي المتصف بالتكرار خاصة في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة، ويستغرق في التكرار دون كلل.
6. عدم الإحساس الظاهر بالآلام وعدم تقدير المخاطر على الرغم من الأضرار التي قد تلحقهم أو الإيذاء الذي يصيبهم.
7. ظهور الأطفال بمظهر الاختلاف عن الآخرين مع سرعة الانفعال في حالة تدخل أحد في شؤونهم، وشدة غضبهم الذي يظهر فجأة .
8. يبدو الطفل وكأنّه مصاب بالصمم أحياناء

أنـواع الـتـوحـد :-

يرى (الرزيقان، 48:2004) أنّ ماري كولمان (Mary Coleman(1976 مدير العيادة الطبية لبحوث دماغ الأطفال في واشنطن التي قد حددت تصنيف للأطفال المصابين بالتوحد بضعهم في ثلاث مجموعات أساسية هي :-

1/ النوع الأول :-

المتلازمة التوحدية الكلاسيكية: يظهر الأطفال في هذه المجموعة أعراضاً مبكرة، ولكن لا تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة كما يقول كولمان، فإنّ الأطفال في هذه المجموعة يبدؤون بالتحسن تدريجياً ما بين سن الخامسة إلى السابعة .

2/ النوع الثاني :-

متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية: يشبه أطفال هذه المجموعة النوع الأول، ولكن العمر عند الإصابة يتأخر بشهر يقول "كولمان" بأنّ أطفال الفئة الثانية يظهرون أعراضاً نفسية أخرى، إضافة إلى المتلازمة التوحدية الكلاسيكية التي عرضها كانر .

3/ النوع الثالث :-

المتلازمة التوحدية المعاقة عصبياً: يظهر لدى أطفال المجموعة الثالثة مرض دماغي عضوي، متضمنة اضطرابات أيضية ومتلازمات فيروسية مثل: الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي (الصمم والعمى) .

أما (سيفن وماتسون وكووفي وسيفن،1991) Sevin , Matson coeFee and Sevin فقد اقترحوا نظاماً تصنيفياً من أربع مجموعات، هي :-

1/ المجموعة الشاذة :-

يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

2/ المجموعة التوحدية البسيطة :-

يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث، لتكون روتينية، كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفاً عقلياً بسيطاً والتزاماً باللغة الوظيفية.

3/ المجموعة التوحدية المتوسطة :-

ويتصف أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية (مثل التأرجح والتلويح باليد) لغة وظيفية محددة، وتخلف عقلي .

4/ المجموعة التوحدية الشديدة :-

أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعياً، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ

خصائص الطفل التوحدي :-

إحدى الطرائق المهمة لفهم التوحد لدى الأطفال هي النظر إلى الخصائص النفسية والاجتماعية والانفعالية والسلوكية التي تميز هؤلاء الأطفال، وفيما يلي هذه الخصائص:-

أولاً : الخصائص النفسية:-

يمكن تناول أهم الخصائص النفسية لأطفال التوحد في :-

1/ مفهوم الذات لدى ذي التوحد متدن؛ فقد فحصت دراسة (بارناد Barnad 2008) العلاقة بين مفهوم الذات وعامل الذكاء. وتوصلت إلى وجود علاقة سلبية بين الكفاية الاجتماعية ومفهوم الذات

2/ إنّ الطفل التوحدي يولد فطرياً عاجزاً عن الاتصال الانفعالي مع الآخرين ولا يظهر رابطة عاطفية مع والديه ، ولا يشترط فيه اتصال بالعين .

3/ يتضايق أطفال التوحد كثيراً عندما تهتم أمهاتهم بإخوتهم، أو بأطفال غيرهم بسبب امتلاكهم لمشاعر عاطفية فإنّ شعورهم بالغيرة عندما يتحول اهتمام شخص يحبونه إلى شخص آخر أمر محتمل جداً .

4/ يلجأ أطفال التوحد إلى لصراخ والبكاء استجابة للانزعاج أو الإحباط وفي بعض الحالات قد تتجه نوبات الغضب هذه إلى سلوك عدواني نحو الآخرين. وتحدث نوبات الغضب عندما يطرأ تغير على بيئة الطفل التوحدي لاسيما إذا كان التغير يمس جوانب السلوكيات الاستحواذية التي اعتادها الطفل مثل: طريقة أو أنواع الأكل الذي يفضله.

5/ الخجل والشعور بالذنب: الأشخاص التوحديون يعانون صعوبة في تعلم القواعد الاجتماعية للمجتمع، كما يعانون في أكثر الأحيان التأخر الذهني؛ فإنهم قلما يظهرون شعوراً بالذنب أو خجلا؛ فهم لا يفهمون سبباً لأهمية إتباعهم قواعد المجتمع لكي يقبلهم الناس .

6/ الاضطرابات النفسية لدى الأفراد التوحديين تتمثل في الاكتئاب، والحركة الزائدة، وعدم الانتباه، والعدوان، المخاوف والقلق، ويعد الأطفال التوحديون أكثر الأشخاص عرضة للشعور بالقلق؛ وهو أمر طبيعي بالتأكيد؛ نظرا لافتقارهم للقدرة على استخلاص المغزى من المواقف التي يتعرضون لها.

7 / الأطفال التوحديون يكونون أكثر خوفاً من العواصف الرعدية، والأماكن المظلمة، والوجود في الحشود والأماكن المغلقة

8/ يتصف أطفال التوحد بالاضطرابات الذهانية؛ حيث أشارت نتائج دراسة "فولكمر وكوهن" إلى أن معدلات انتشار الفصام بين الأفراد التوحديين تكون مماثلة لما وجد لدى الأسوياء في المجتمع .(مصطفي والشربيني ، 2011: 105)

ثانياً: الخصائص الاجتماعية:-

من الخصائص الاجتماعية كما ذكرها (مصطفي والشربيني، 144:2011):-

لا يستجيب إلى الأوامر التي تصدر من أمه، لا يبدي أي رد فعل تجاه حمل الأم له، لا يظهر أي تعاطف مع من حوله، لا يأتي عند المناداة عليه، لا يستخدم التعبير الوجهي في التعامل مع الآخرين، لا يستطيع تكوين علاقات مناسبة مع الأقران في مثل سنه.

تعتمد تنمية المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي على:

- تطوير القدرة على التحكم في التركيز والانتباه، وهذا من خلال مهارات الجلوس والنظر والاستماع الجيد.
- تطوير الوعي بالأطفال الآخرين بالمجموعة، وهذا من خلال أنشطة تبادل الأدوار.
- التركيز على الاستخدام الاجتماعي للغة، وهذا من خلال مهارات الاختيار والتحية والطلب.
- تكوين أسس فهم العالم المحيط بهم من خلال الأنشطة المرتبطة بخبراتهم وأمور حياتهم اليومية.
- على التواصل الفاعل، والتواصل يكون بالقدرة على التعبير وتفسير المعلومات من خلال إشارات إرادية أو لا إرادية.

ثالثاً : الخصائص الانفعالية :-

من الخصائص الانفعالية للطفل التوحدي كما ذكرها (بدر، 2010: 179) :-

نقص المثابرة والدافعية، لا يعرف معنى الخوف والقلق، نقص القدرة على الاستجابة السريعة لعدم الفهم الواضح،

لا ينتبه كثيراً للمثيرات التي من حوله ،النوم متقطع ولا يستمر لأكثر من ثلاث ساعات متواصلة، الاستجابة غير المناسبة للمثيرات البيئية من أصوات أو حركات، عدم إدراك الطفل بهويته الذاتية .

رابعاً: الخصائص السلوكية :-

الطفل التوحدي سلوكه محدود وضيق المدى، كما أنّه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة، وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين .

يرى روث سوليفان أنّه من الممكن أن نقدم وصفاً سلوكياً لحالات التوحد، وأنّ الملامح الرئيسية للتوحد يمكن أن تكون الوحدة وعدم الاستجابة للآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم. (سليمان، 2001: 111)، ومن الخصائص السلوكية لطفل التوحد: الانشغال الزائد بالأشياء أو إجرائها، الأساليب الحركية المتكررة (تقليب اليد والأصابع)، القيام بحركات جسمية غريبة (المشي على أطراف الأصابع) ، القيام بحركات عصبية متكررة (اللعب بالشعر – عض الجسم – ضرب الرأس) باليد أو بالحائط (بدر، 2010: 179)، أما (بطرس،180:2007) فيحدد الخصائص السلوكية في: السلوك العدواني المتمثل في إيذاء الشخص الآخر أو تحطيم الممتلكات ويقذفون بالحاجيات المادية معبرين عن درجة عالية من التوتر والقلق. كذلك من الخصائص السلوكية كما حددها (يوسف، 2000: 148) اضطراب الأكل وهو اختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات؛ فهم يرفضون مضغ الطعام الصلب ولا يأكلون أو يشربون إلا ما اعتادوا عليه فقط، كما يأكلون مواد غير صالحة، اضطراب الإخراج وعدم التحكم فيه، والتبول اللاإرادي، أيضاً من الخصائص السلوكية للطفل التوحدي: اضطرابات النوم ومن أكثر أشكال اضطرابات: النوم الأرق، فرط النوم النفسي (الإفراط في النوم)، وغالباً ما تكون هذه الحالة مصحوبة باضطرابات عقلية .

خامساً : الخصائص الحركية:-

يوصف الأطفال التوحديون ببعض جوانب النمو الحركي غير الطبيعية؛ فهم يقفون بطريقة خاصة بهم حيث يقفون ورؤوسهم منحنية إلى الأسفل، كما أنّهم ينظرون أو يحملقون تحت أقدامهم ،وتبدو

أطرافهم ملتفة حول بعضها ، كما أنّهم لا يحركون أيديهم إلى جانبهم أثناء حركتهم ، وتبدو حركات الأطفال التوحديين متكررة في معظم الأحيان، فقد يضربون الأرض بأقدامهم بشكل متكرر .

ويعاني أطفال التوحد من ارتخاء في عضلات الجسم، ويكون لديهم ضعف في التناسق الحركي، وأنّهم يمارسون المشي على رؤوس أصابع القدمين وأنّ من لديه تأخر في الأنشطة الحركية الكبيرة .

وهذا يظهر مدى شيوع وانتشار المشكلات الحركية لدى الأفراد التوحديين، كما كشفت النتائج أنّ تلك المشكلات الحركية تنحسر وتنخفض بتقدم العمر، وربما بسبب التعاقب النمائي الطبيعي، أو بسبب برامج التدخل التي تعرض لها الأطفال، أو لكلا الأمرين معاً (الجرواني، 2013: 47)

ويصل الطفل التوحدي إلى مستوى من النمو الحركي يكاد يماثل الطفل العادي من نفس سنه مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو، إلا أنّ هناك بعض جوانب النمو الحركي تبدو غير عادية؛ فالأطفال التوحديون لهم طريقة خاصة في الوقوف، فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية.

وفي أوقات أخرى يبدو الأطفال التوحديون في موقف استثارة ذاتية لأنفسهم ، فهم مثلاً يحاولون وضع أيديهم حول أو أمام أعينهم ،ويدورون حول أنفسهم لفترات طويلة دون أن يبدو عليهم شعور بالدوران، بل إنّ الفئات شديدة الإعاقة منهم قد يصل بهم الأمر إلى إيذاء أنفسهم . ويعد فرط الحركة مشكلة حركية شائعة لدى الأطفال التوحديين الصغار . في حين أنّ نقص الحركة أقل تكراراً لديهم (سليمان ، 2001 : 114)

سادساً: الخصائص العقلية والمعرفية :-

يغلب على الأطفال التوحديين انتقائية الانتباه فيما يتعلق بأحداث البيئة التي يعيشون فيها، كما أن حواس الطفل التوحدي ليست متمايزة مثل حواس الطفل العادي. فالطفل التوحدي قد يغطي عينيه حين يسمع صوتاً لا يحب أن يسمعه وأن كثيراً من الأطفال التوحديين لديهم قصور معرفي يصعب تفسيره في ضوء ما أطلق عليه "كانر" سلوك العزلة الاجتماعية لكونها السبب لدى جميع الأطفال التوحديين، ومن الخصائص المعرفية لدى الأطفال التوحديين كما أوضحها (الجرواني ،42:2013) هي:-

1/ تشتت الانتباه :-

إنّ كثيراً من مشكلات التعلم والسلوك عند الأطفال التوحديين ترجع إلى تشتت في استيعاب المعلومة الحسية، وإنّ الأطفال التوحديين يعانون من قصور في الانتباه والتركيز وعدم اكتمال المهام والميل إلى الحركة باستمرار، وتشتت في الانتباه للأشياء والأشخاص. وضعف الانتباه يعد من أكثر مظاهر الاضطراب انتشارا بين الأطفال التوحديين. ومن كل ذلك يتضح أنّ قصور الانتباه والتركيز سمة

أساسية من سمات الأطفال التوحديين وأنّ الانتباه له أهمية كبيرة في التحصيل الأكاديمي واستيعاب المعلومات الحسية.

2/ مشكلات الإدراك :-

الإدراك هو: العملية التي من خلالها يتم التعرف على المعلومات وتفسيرها أو هو: عملية إعطاء المثيرات أو المنبهات أو المعلومات الحسية معانيها ومدلولاتها. ومن ثم فإنّ الإدراك عملية عقلية ومعرفية تقوم على إعطاء المعنى والدلالات والتفسيرات للمثيرات أو المعلومات الحسية وأنّ الكشف المبكر عن الوظائف الإدراكية يعد أمراً مهماً وحيوياً لتشخيص وعلاج الصعوبات الإدراكية التي تشيع لدى نسبة لا يستهان بها من الأطفال. والأطفال التوحديون يظهرون قصوراً في العمليات الإدراكية حيث برهنت بعض النظريات المعرفية على أنّ التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية رئيسة ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة.

3/ نقص الذكاء :-

يعاني معظم الأطفال التوحديين من التراجع العقلي طبقاً لمقاييس الذكاء، والأطفال التوحديون، يتراوح مستوى الوظيفة الذهنية لديهم بين النقص البالغ الشدة والمستوى فوق المتوسط، وهناك نسبة تتراوح من 5-10% من هؤلاء لديهم قدرات عقلية مرتفعة ونسبة ذكاء مرتفعة أيضاً، وأنّ أكثر من نصف هؤلاء الأطفال تقل نسبة ذكائهم عن 50 درجة، و19% منهم لا تزيد نسبة ذكائهم اللفظية عن 70 درجة

ولكن هذه النسب قد تغيرت؛ حيث توضح الإحصاءات الحديثة التي نشرها الاتحاد القومي للدراسات والبحوث الخاصة باضطراب التوحد بالولايات المتحدة (2003م) أنّ حوالي 90% تقريباً في الأقل من الأطفال التوحديين يقع مستوى ذكائهم في حدود الإعاقة العقلية البسيطة أو المتوسطة ونادراً ما نجد أطفال التوحد يقل معدل ذكائهم عن مثل هذا المستوى .

وقد أجريت في العقدين الماضيين العديد من الدراسات التي هدفت إلى تقييم القدرات الذكائية للأفراد التوحديين اعتمادا على مقياس وكسلر إذ أظهرت هذه الدراسات أنّ العديد من الأفراد التوحديين لديهم نمط متميز من القدرة الذكائية، وقد أشارت معظم الدراسات وليس كلها إلى أنّ معامل الذكاء الأدائي أعلى من معامل الذكاء اللفظي .

4/ ضعف الـذاكـرة :-

إنّ طبيعة وظيفة الذاكرة عند التوحديين كانت تحت الدراسة منذ عدة عقود ، وإنّ البيانات التجريبية لقدرات الذاكرة عند الأطفال التوحديين قليلة ومتناقضة، والنتائج توضح وتدعم أنّ قدرات

الذاكرة ومستوى الاستجابات المكتسبة متساوية عند الأطفال العاديين والأطفال المتخلفين عقلياً في مهام الذاكرة، وأنّ الأطفال التوحديين لم يبينوا أي نوع من العجز في الذاكرة .

سابعاً : الخصائص اللغوية :-

ومن أبرز المشكلات المتعلقة بالتواصل مع الدلائل المهمة التي تميز الأطفال التوحديين كما أوضحها (الجرواني ، 2013 : 41) هي :-

- عدم تطور الكلام بشكل كلي والاستعاضة عنه بالإشارة أحياناً، وهذه الصفة هي الغالبة لدى أكثر من نصف الأفراد التوحديين .
- اقتصار اللغة على بعض الكلمات النمطية مثل: ترديد بعض العبارات أو أن يصدر الطفل التوحدي كلاماً غير معبر ولا يخدم غرض التواصل، إضافة إلى صدى الصوت الذي يسمعه الطفل في أوقات وأماكن غير مناسبة، وتوجد مثل هذه المشكلات لدى ربع أطفال التوحد تقريباً
- تطور اللغة بشكل طبيعي مع حدوث مشكلات تتعلق بعدم الاستخدام المناسب للغة كالانتقال من موضوع إلى آخر ، وعدم القدرة على تفسير نبرات الصوت والتعبيرات الجسمية المصاحبة للغة، إضافة إلى المشكلات المتعلقة بارتفاع الصوت أو انخفاضه؛ بحيث لا تتناسب مع الموقف وكذلك المشكلات المتعلقة باللغة الاستقبالية.

وأهم الخصائص اللغوية لحالات التوحد التي تعد أساساً لفهم حالات التوحد وقياسها وتشخيصها، هي:

- مشكلات في اللغة الاستقبالية بشكل عام، مشكلات في اللغة التعبيرية بشكل عام، مشكلات في سماع اللغة حيث يبدو الطفل التوحدي وكأنه لا يسمع، مشكلات في فهم اللغة، مشكلات في تنفيذ اللغة، مشكلات في التعبيرات الجسدية في اللغة (تعبيرات الوجه واليدين والقدمين والرأس)، مشكلات في تقليد اللغة ،مشكلات في ربط الرموز بمعناها ،مشكلات في نطق اللغة، مشكلات في تركيب الجملة المكونة من كلمة واحدة ،مشكلات في تركيب الجملة المكونة من كلمتين ،مشكلات في الحوار اللغوي مع الآخرين، مشكلات في ترديد اللغة والأصوات.

الفرق بين الإعاقة العقلية والتوحد هي :-

1) طفل الإعاقة العقلية لا يعاني مشكلة رجع الصدى؛ بينما يعاني طفل التوحد من ذلك .
2) طفل الإعاقة العقلية أسهل في التعامل معه وتدريبه وفي تنفيذ البرامج التأهيلية؛ بينما يحتاج طفل التوحد إلى جهود فائقة .
3) الطفل التوحدي يعاني من قصور في الانتباه عكس الطفل الذي يعاني من الإعاقة العقلية؛ كذلك المتخلفين عقلياً أفضل من التوحديين في استجاباتهم للانفعالات السلبية مثل الحزن والخوف .

4) تقل العيوب الجسمية لدى التوحدي مقارنة بالمعاق عقلياً .
5) يستطيع الطفل المعاق عقلياً من تقليد الآخرين بينما يعجز الطفل التوحدي على القيام بذلك .
6) يتمتع الطفل التوحدي بمهارات حركية دقيقة بعكس الطفل المعاق عقلياً.
7) هناك تفاوت بين مستوى الذكاء اللفظي وغير اللفظي لدى أطفال التوحد، بينما مستوى الذكاء اللفظي وغير اللفظي يكون متساويان لدى أطفال الإعاقة العقلية .
8) طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك وبكاء أو صراخ بينما لا يحدث هذا في حالة الطفل المعاق عقلياً .

علاج التوحد :-

طرائق علاج التوحد:-

أولاً : العلاجات الطبية:-

يجب أن نضع في الحسبان أنّه لا يوجد من العقاقير ما فيه شفاء ناجح وناجع لحالات التوحد، ولكن هذه العقاقير تخفف من حدة بعض الأعراض مما يساند أو يسهل عملية التعليم والتعلم، أو يقلل من النشاط الزائد أو يقلل من حدة السلوك العدواني أو يهدئ من ثورات الغضب، أو من السلوكيات النمطية. ومساعدة الطفل التوحدي على ممارسة حياته التعليمية والاجتماعية بشكل سوي إلى حد ما، ويجب الوضع في الحسبان أنّ لكل طفل تكوينه الفيسولوجي الذي يختلف عن الآخر وبالتالي، تختلف استجابته للدواء . (عامر، 2008 :122)

ومن العلاجات الطبية :-

أ) علاج المشكلات الغذائية والهضمية :-

لقد أُعطيت المشكلات الغذائية أهمية احتمالية أن تكون سبباً في التوحد، الأطفال المتوحدون غالباً ما تكون لديهم منفرات قوية من الطعام، أو حب وتفضيل لبعض الأطعمة. وأشارت أدلة إلى أنّ الأطفال المتوحدين لديهم صعوبات في الكاسين (بروتين حليب البقر والجلوتين)؛ واعتماداعلى ذلك فإنّ الدراسات تشير إلى أهمية التزويد بفيتامين ب6 في الغذاء وهذا يمكن أن يساعد في بعض الحالات.

ب) محاولات ضبط الشذوذ الكيميائي في الدماغ :-

لقد استخدمت الأدوية والفيتامينات وغيرها من المواد الفاعلة البيولوجية في محاولات لضبط وعلاج حالة الدماغ لدى الأطفال المتوحدين بشكل مباشر. وقد استخدمت علاجات متعددة لفاعليتها في علاج الحالات النفسية الشديدة لدى الكبار . فقد استعمل الفينوثيازي بفاعلية ونجاح في علاج

الفصام، واستعمل الليثيوم في علاج الاضطرابات الانفعالية (الهوس – الاكتئاب). كذلك عقار الفنفلورامين يعمل على خفض مستويات السيروتنين في الدم ، بسبب مستويات هذه المادة في دم الأطفال المتوحدين، لقد لوحظ بعض التحسن بعد تناول الأطفال المتوحدين لهذا العقار؛ كذلك الدوبامين مستخدم في تنظيم مستوىات النشاط الحركي والوظائف الأخرى، كما أنّ عقار هالوبيريدول Halopridol من العقارات المهدئة التي تخفض نشاط الدوبامين الذي يمكن أن يساعد الطفل التوحدي، كما أنّ العديد من أطفال التوحد تنتابهم نوبات الصرع وخصوصاً أولئك الأشخاص المصابون بالتوحد لأسباب طبية فهؤلاء يعطون أدوية مضادة للصرع ليتم ضبط النشاط الكهربي غير المنتظم في الدماغ ويضبط من خلال أدوية تخفض النشاط العصبي الزائد وخصوصا في القشرة الدماغية فعطاء الطفل التوحدي أي عقار دوائي يتفاعل مع النظام الكيميائي للدماغ فانه يساهم بشكل ما في تنظيم الحالات الحركية والانفعالية وقد أجريت العديد من الدراسات عن استخدام العقاقير الطبية في علاج التوحد. وقد أوضحت نتائجها فاعلية في خفض النشاط الزائد، وسلوك إيذاء الذات، والعدوانية. إلا أنّ هناك مشكلة أخرى لاستخدام العقاقير الطبية تتمثل في وجود تأثيرات جانبية لكثير منها . (الشخص والسرطاوي ، 1999 :436)

ثانياً: العلاج بالدمج الحسي :-

المعالجة بالتكامل الحسي هي علاج حسي حركي للأطفال المصابين بالتوحد. وهي علاقة بين الخبرات الحسية والأداء السلوكي الحركي والتدخل . (مصطفي والشربيني، 2011 :206)

وتعمل هذه الطريقة وفقاً لمبدأ استثارة جلد الطفل، وهذه الإثارة تتكون من نشاطات كالتأرجح في أرجوحة معلقة في السقف والدوران في دوائر على كرسي مخصص لذلك . لقد أشارت بعض الدراسات إلى أنّ التدريب بالدمج الحسي ربما يكون مفيداً للأطفال التوحديين . (الرزيقان، 2004 :303)

وتشمل الأدوات اللازمة للعلاج من خلال الدمج الحسي على سبيل المثال هي :-

- أرجوحات، زلاجات، فراش ووسائد، أنفاق مصنوعة من مواد بلاستيكية .
- دمي حسية ككرات من قماش ، وأنابيب مصنوعة من البلاستيك من نوع قابل للطي والمط .
- أحواض مليئة بكرات مصنوعة من البلاستيك وأدوات أخرى .
- صلصال ومواد لنشاطات حركية دقيقة .

ثالثاً: العلاج بالغناء والموسيقي:-

تعد الموسيقي هي الفن الوحيد الذي يمكن أن يحسه ويشعر به الأطفال التوحديون ويحرك وجدان الطفل التوحدي؛ لأنّها تتضمن في حد ذاتها عاملاً طبيعيا أشبه بالتيار الكهربائي من شأنه أن

يؤثر في الأعصاب، بغض النظر عن مستوى النمو ونسبة الذكاء وهو الأمر الذي يجعل التوحديين أو المعاقين عقلياً يقبلون على الموسيقي أكثر من أية أنشطة أخرى، فضلاً عن أنّ الطفل التوحدي يميل إلى الموسيقي وينجذب إليها. (مصطفي والشربيني، 2011: 206)

رابعاً: تنقية أو فلترة الإثارة البصرية:-

أشارت دونا ويليام إلى الخبرات البصرية بأنّها مضطربة، وأشارت إلى أنّ ارتداء نظارات مظللة منعت الضوء الساطع ، وهذا ساعدها على التركيز على المعلومات المفيدة، وضبط هدفها نحو المعرفة، ومعظم الآباء يجدون أنّ المشكلات البصرية للأطفال التوحديين يمكن ضبطها من خلال تبسيط البيئة وإزالة الاختلافات المؤلمة وإثارة ملفتة للنظر. (الرزيقات، 2004 :303)

خامساً : العلاج بالدمج اللمسي :-

إضافة إلى استخدام الاستراتيجيات البصرية التي تجذب انتباه الطفل، وكذلك تساعده على زيادة مدة التواصل البصري مع الأشياء للمجال اللمسي ونتعامل مع المشكلات في الجانب اللمسي من خلال:

1. اللعب في الماء.
2. اللعب في الرمال والطين.
3. تحسس الأوجه الناعمة والخشنة (مصطفي والشربيني، 2011 :210)

سادساً: علاج قصور المهارات الاجتماعية:-

أ) التدريب على المهارات الاجتماعية:-

1. البيئات الطبيعية: إنّ أفضل طريق لإنجاز علاج أي سلوك لابد أن يكون في تلك البيئة التي يظهر فيها السلوك بشكل طبيعي.
2. الدمج الاجتماعي: توفير التعليم عن طريق الدمج يزيد من النجاح الذي يمكن أن يحققه الأطفال في تعلم التفاعل الاجتماعي المناسب .
3. تدريب الآباء على تشجيع أخوة الطفل للتفاعل معه اجتماعياً.
4. أفكار اللعبة (تمثيل الأدوار): إنّ دمج الأطفال التوحديين مع أقرانهم العاديين في اللعب يحسن من التفاعل الاجتماعي بينهم .
5. لعبة إلقاء التحية: يلقي أحد المعالجين التحية على طفل ما، ويقوم هذا الطفل بعد ذلك بدوره برد التحية له.

ب) العلاج باللعب :-

- يسهم في بناء الجانب الجسمي .
- في جلسات اللعب يخرج انفعالاته المختلفة (خوف – قلق – توتر) من خلال الألعاب المتنوعة .
- يتعلم الطفل من خلال اللعب مع الآخرين ومشاركتهم في أداء الأدوار.
- اكتساب مهارات العمل الجماعي .
- من خلال أنشطة اللعب بأشكالها المختلفة يتفاعل الطفل مع مواد اللعب والأشخاص المحيطين به .

سابعاً: علاج التوحد بالقرآن الكريم:

إنّ القرآن الكريم فيه شفاء لكل داء وللأمراض جميعاً سواء كانت نفسية أم عضوية؛ فالقرآن الكريم يعطي صحة بدنية وطاقة روحية ونفسية يستطيع بها الفرد مقاومة الأمراض والشدائد مهما كانت شدتها، وقد قال رسول الله - صلى الله عليه وسلم-: إنّ لكل داء دواء فتداوا ولا تداووا بحرام. فالقرآن الكريم عندما ينادي بالقدوة والمثل الصالح فهذا يمكن أن يعد من أساليب العلاج للتوحد وقراءة القرآن للطفل التوحدي يمكن أن تكون فيه سكينة ودواء له، فالقراءة الجماعية للقرآن يمكن أن تسهم في الربط والدمج الاجتماعي. واتباع الرقية الشرعية يمكن أن تسهم في تخفيف حدة هذا الاضطراب ولو تلمسنا العديد من الآيات القرآنية لوجدنا فيها الشفاء والعلاج للعديد من الأمراض والاضطرابات والعمل على تحقيق التوافق والتوازن النفسي، يقول تعالى {الَّذِينَ آمَنُواْ وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُم بِذِكْرِ اللّهِ أَلاَ بِذِكْرِ اللّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ }الرعد28 ويقول تعالى {وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاء وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلاَ يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إَلاَّ خَسَاراً }الإسراء82 ويقول تعالى {وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ {79}وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ 80 }الشعراء.

الدراسات السابقة :-

أولاً : الدراسات العربية :

دراسة (سهير الصباح ، وعبد الله الطيطي (2008)

(بعض السمات النفسية والاجتماعية للطفل التوحدي في المحافظات الشمالية من وجهة نظر المختصين وأمهات الأطفال التوحديين) جامعة القدس:

هدفت الدراسة إلى التعرف على أهم السمات النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين في المحافظات الشمالية من وجهة نظر المختصين وأمهات الأطفال التوحديين، تناولت الدراسة: هل هناك فروق في السمات النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين في المحافظات الشمالية من وجهة نظر

المختصين تبعا للمتغيرات (جنس الإخصائي – التخصص – المؤهل العلمي – سنوات الخبرة) ومن وجهة نظر الأمهات تبعاً للمتغيرات (عمر الأم – مكان السكن – المستوى التعليمي للأم – عمر الأم) .

أظهرت النتائج أنّ متوسطات السمات النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين من وجهة نظر المختصين كانت مرتفعة، وأكثرها انتشاراً سمة الانسحابية، وأقلها اضطراب السلوك الحسي. كما بينت الدراسة أنّه لم يكن هناك فروق تبعاً لمتغير الجنس والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة، في حين كانت هناك فروق تبعا للتخصص لصالح تخصص علم النفس .

أما بالنسبة للأمهات؛ فقد بينت الدراسة أنّ متوسطات السمات النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين من وجهة نظر الأمهات كانت مرتفعة، وأنّ أهمها سمة الانسحاب، وأقلها اضطراب السلوك الحسي فيما بينت نتائج الدراسة عدم وجود فروق تعزى إلى متغيرات (مهنة الأم – مكان السكن – المستوى التعليمي – عمر الأم) .

دراسة غزال (2007) فعالية برنامج تدريبي لتطوير المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان – الأردن .

تكونت عينة الدراسة من (10) أطفال ذكور يعانون من التوحد ، ممن تراوحت أعمارهم بين (5-9) سنوات، خرجت الدراسة بوجود فروق في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية .

دراسة (أبو السعود 2002) (فاعلية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى عينة من الأطفال التوحديين وآبائهم في مصر)

تكونت عينة الدراسة من (8) أطفال توحديين تتراوح أعمارهم بين (3-6) سنوات، وتم تطبيق قائمة تشخيص التوحد، وقائمة مراجعة المظاهر السلوكية للاضطراب التوحدي، وقائمة مراجعة ردود الأفعال النفسية لوالدي الطفل التوحدي، وأظهرت نتائج الدراسة: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الانفعالات السلبية للوالدين تجاه الطفل التوحدي قبل وبعد البرنامج العلاجي لصالح بعد البرنامج، كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الانفعالات السلبية لأطفال العينة التجريبية قبل وبعد البرنامج لصالح بعد البرنامج، وأشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اضطراب التفاعل الاجتماعي لأطفال العينة التجريبية قبل وبعد البرنامج لصالح بعد البرنامج، إضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات العزلة العاطفية لأطفال العينة التجريبية قبل وبعد البرنامج لصالح بعد البرنامج، ووجود

فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط المشكلات السلوكية لأطفال العينة التجريبية قبل وبعد البرنامج لصالح بعد البرنامج

الدراسات الأجنبية :-

في دراسة مقارنة أجراها (Motvalli and khblock, 2004) حيث هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية التعليم النفسي لفترة قصيرة المدى عند الأطفال التوحديين، وقد تألفت العينة من (10) أطفال توحديين أعمارهم من (24-66) شهراً و(11) طفلاً تراوحت أعمارهم من (30-70) شهراً، وتم استخدام مقياس تقدير التوحد الطفولي، وأظهرت نتائج الدراسة أنّ الأطفال قد ظهر عليهم تحسن كبير في العلامات على المقياس بعد تنفيذ البرنامج التعليمي في مجالات اللغة والمعرفة والتفاعل الاجتماعي.

كما قامت (Will I ams,1999) بدراسة حول التوحدية والمشاعر؛ حيث هدفت إلى وصف كيفية نمو وتطور المشاعر والأحاسيس للأطفال التوحديين، إضافة إلى معرفة كيف ينمو ويتطور إحساس الطفل المتوحد تجاه العالم المحيط به ومعرفة الطريقة التي يمكن بها التدخل لمساعدة الطفل المتوحد في الاتصال الحسي والإحساس بالآخرين، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنّ مشاعر الطفل المتوحد وإحساسه تنمو ببطء، ولابد من التدخل لإنهائها .

إجراءات الدراسة المنهجية

منهج الدراسة:

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي بوصفه المنهج المناسب لمثل هذه الدراسات، فالمنهج الوصفي التحليلي يعد أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كمياً عن طريق جمع البيانات والمعلومات المقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسات الدقيقة (ملحم،2000: 324) وقد عرّف (عثمان، 2006 : 150) البحوث الوصفية بأنّها تلك البحوث التي تقدم وصفاً للظواهر والأحداث أو تحليلها والخروج بنظريات وقوانين لقصد التعميم والتنبؤ .

مجتمع الدراسة:

تمثل مجتمع الدارسة في المختصين بمراكز التوحد بمدينة ودمدني (الجزيرة، تواصل، إيواء) البالغ عددهم (30) مختصاً؛ حيث أُجريت الدراسة بمراكز الجزيرة ، مركز تواصل ، مركز إيواء .

جدول (1) يوضح توزيع مجتمع الدراسة

المراكز	العدد	النسبة المئوية
مركز الجزيرة	12	%40
مركز تواصل	10	%33.3
مركز إيواء	8	%26.7
المجموع	30	%100

عينة الدراسة:

تكوّنت عينة الدراسة من (30) مختصاً بنسبة 100% لمجتمع الدراسة بمراكز التوحد المذكورة بالجدول أعلاه بمدينة ودمدني، حيث تم اختيار العينة بالطريقة القصدية ، وهي عينة تمثل جميع أفراد المجتمع الأصل.

جدول رقم (2) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً للنوع

النوع	العدد	النسبة المئوية
إناث	23	%76.7
ذكور	7	%23.3
المجموع	30	%100

جدول (3) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لعمر الطفل التوحدى

عمر الطفل التوحدى	العدد	النسبة المئوية
أقل من 6 سنوات	14	%46.7
(6 وأقل من12) سنوات	9	%30
12 سنة فأكثر	7	%23.3
المجموع	30	%100

جدول (4) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لدرجة إعاقة الطفل_التوحدي

درجة إعاقة الطفل التوحدي	العدد	النسبة المئوية
شـديـدة	13	%43.3
متوسطة	12	%40
بسيطة	5	%16.7
المجموع	30	%100

أداة الدراســـــة :-

تـم اسـتخدام اسـتبانة لقيـاس الخصـائص النفسـية الاجتماعيـة للطفـل التوحـدي مـن وجهـة نظـر المختصـين أداةً للدراسـة مـن تصـميم الباحـث، وقـد تـم تحكيمهـا مـن قبـل المحكمـين المختصـين في مجـال علـم الـنفس لإجـراء الصـدق الظـاهري، كمـا تـم إجـراء الثبـات حيـث بلـغ معامـل ثبـات الاسـتبيان 0,87 درجـة أيضـا تـم حسـاب الثبـات بطريقـة معامـل ألفاكرونبـاخ ؛حيث بلغ 0,85 درجة.

الأساليب الإحصائية للدراســـــة :-

5.5: الأساليب الإحصائية:

استخدم الباحث في هذه الدراسة الأساليب الإحصائية الآتية :

1 / معامل ارتباط بيرسون :

$$ر = \frac{\text{ن مج س ص} - \text{مج س} \times \text{مج ص}}{\sqrt{\{\text{ن مج س}^2 - (\text{مج س})^2\}\{\text{ن مج ص}^2 - (\text{مج ص})^2\}}}$$

2 / معادلة سبيرمان– براون : Spearman- Brown

$$\frac{2ر}{1+ر}$$

3 / قانون اختبارات (ت) T . Test

$$ت = \frac{م1 - م2}{\sqrt{\frac{(ن1 ع1^2 + ن2 ع2^2)}{ن1 + ن2 - 2}\left(\frac{1}{ن1} + \frac{1}{ن2}\right)}}$$

م1 = الوسط الحسابي للمجموعة الأولى

م2 = الوسط الحسابي للمجموعة الثانية

ع1 = الانحراف المعياري للمجموع الأولى

ع2 = الانحراف المعياري للمجموع الثانية

ن1 = حجم العينة للمجموعة الأولى

ن2 = حجم العينة للمجموعة الثانية

اختبار مربع كاي

$$\text{قيمة مربع كاي} = \left(\frac{\text{مج التكرار المشاهد} - \text{التكرار المتوقع}}{\text{التكرار المتوقع}} \right)^2$$

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

الفرض الأول:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية لدى الطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين .

للتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) لاختبار الفروق في المتوسطات ذات الدلالة الإحصائية .

جدول (5): يوضح الفروق في المتوسطات ذات الدلالة الإحصائية في وجود الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدى من وجهة نظر المختصين

المتغير	وجود الخصائص	حجم العينة	الوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة(ت)	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
الخصائص النفسية الاجتماعية	توجد	23	128.24	7.214	2.765	68	0.023
	لا توجد	**7**	**96.76**	**11.217**			

نلاحظ من الجدول (5) أنّ الوسط الحسابي لوجود الخصائص النفسية الاجتماعية (128.24) بانحراف معياري (7.214)، والوسط الحسابي لعدم وجود السمات النفسية الاجتماعية (96.76) بانحراف معياري (11.217)، حيث بلغت قيمة (ت) (2.765)، بدرجة حرية (68)، ودلالة إحصائية (0.023)، وهي قيمة دالة إحصائياً ،عليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر المختصين في الخصائص النفسية الاجتماعية لدى أطفال التوحد . ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى

مدى تقبل الطفل التوحدي وقابليته للتأهيل والتدريب، وأنّ أطفال التوحد الذين يخضعون للتدخل المبكر يحققون تقدماً وتحسناً في التواصل والتحسن النفسي الاجتماعي، كما أنّ أطفال التوحد الذين يخضعون لتنظيم البيئة وإثرائها بالمثيرات والنشاطات وإخضاع الطفل التوحدي لجلسات التخاطب فإنّها تعمل على إحداث الفارق بين أطفال التوحد. وقد أظهرت الدراسات أنّ الأطفال المصابين بالتوحد يستجيبون جيداً لبرامج التربية الخاصة المتخصصة عالية التنظيم التي تصمم لتلبية الاحتياجات الفردية .

الفرض الثاني:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تبعاً للنوع.

للتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) لاختبار الفروق في المتوسطات ذات الدلالة الإحصائية .

جدول (6): يوضح الفروق في المتوسطات ذات الدلالة الإحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تبعاً للنوع تبعاً للنوع

المتغير	النوع	حجم العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
الخصائص النفسية الاجتماعية	ذكور	7	103.22	8.404	0.612	68	0.543
	إناث	23	101.56	13.837			

نلاحظ من الجدول (6) أنّ الوسط الحسابي للذكور (103.22) بانحراف معياري (8.404)، والوسط الحسابي للإناث (101.56) بانحراف معياري (13.837)، حيث بلغت قيمة (ت) (0.612)، بدرجة حرية (68)، ودلالة إحصائية (0.543)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً مقارنة بالقيمة (0.05)؛ عليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تبعاً للنوع. يرى الباحث أنّ أطفال التوحد سواء كان الذكور أو الإناث يتفقون في انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي الذي يعد من أكثر وأشد الملامح المميزة للاضطراب التوحدي وأنّ معظم الأطفال التوحديين يصعب عليهم التفاعل الاجتماعي وغالباً ما يوصفون بأنّهم في معزل عن الآخرين أو في عالمهم الخاص؛ حيث إنّ فهم الطفل التوحدي للعلاقات الاجتماعية يعد من أصعب الأشياء عليه، فالطفل التوحدي يتسم بنزعة الانطواء عن الوسط المحيط به، ويعيش في عالمه الخاص به ولا يتفاعل مع من حوله أو المحيطين به مفضلاً الوحدة والانزواء؛ وهذا ما يجعله أقل قدرة على مسايرة الآخرين. كما أنّ الطفل التوحدي لا يكترث كثيراً بما يدور حوله من أصوات ومثيرات ولا تثير

عنده الاستجابات؛ لأنّ الأطفال التوحديين لا يظهرون استعداداً للاستجابة للمثيرات، ولا يميلون إلى معانقة الأم أو الابتسام، وأنّ الأطفال التوحديين يرغبون في الحفاظ على ثبات البيئة ، وعدم إجراء أي تغيرات لأوضاع الأشياء من حولهم، ويعد التشخيص الاجتماعي من أهم ما يحدد به اضطراب التوحد والتعرف على مدى قدرة الطفل التوحدي على الانخراط في أنشطة الجماعة والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين ، والاهتمام المشترك مع أقرانه بسبب ما تسببه الإعاقة من قصور لغوي ، وعجز عن الاتصال والتواصل أو النشاط الزائد ، أو عدم توافر القدرة على الانتباه والتركيز.

الفرض الثالث :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تبعاً لعمر الطفل التوحدي .

للتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي ومتوسط أقل الفروق، لاختبار الفروق في المتوسطات ذات الدلالة الإحصائية .

جدول (7): يوضح الفروق في المتوسطات ذات الدلالة الإحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدى من وجهة نظر المختصين تبعاً لعمر الطفل التوحدى

المتغير	التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	درجة الحرية	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية
الخصائص النفسية الاجتماعية	بين المجموعات	870.229	435.115	2	3.658	0.031
	داخل المجموعات	7968.756	118.937	67		
	المجموع	8838.986		69		

نلاحظ من الجدول (7) أنّ قيمة (ف) تساوي (3.658) بقيمة احتمالية (0.031)، وهي قيمة دالة إحصائياً، عليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تبعاً لعمر الطفل التوحدي لصالح العمر (10) سنوات فأكثر. لمعرفة أقل الفروق في الخصائص النفسية الاجتماعية لدى للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تبعاً لعمر الطفل التوحدي، تم استخدام اختبار متوسط الفروق LSD، وجدت فروق ذات دلالة إحصائية لصالح (12 سنة فأكثر). ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أنّ المرحلة العمرية (12) سنة فأكثر بأنّ شخصيته تشكلت من المرحلة العمرية السابقة ويعاني فيها الطفل التوحدي من الاضطرابات النمائية

التي تؤثر في العديد من جوانب النمو المختلفة لدى الفرد، فالتوحد يؤثر سلباً في العديد من جوانب كالنمو المعرفي والاجتماعي والانفعالي، مما ينعكس على سلوكه بوجه عام والطفل المصاب بالتوحد تلازمه عملية اختلال التوازن في النمو الشامل وتؤثر في جوانب شخصيته وتظهر فيها أشكال من السلوك غير السوي.

الفرض الرابع:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية لدى الطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تبعاً لدرجة الإعاقة .

للتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي ومتوسط أقل الفروق، لاختبار الفروق في المتوسطات ذات الدلالة الإحصائية .

جدول (8): يوضح الفروق في المتوسطات ذات الدلالة الإحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تبعاً لدرجة الإعاقة

المتغير	التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	درجة الحرية	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية
الخصائص النفسية الاجتماعية	بين المجموعات	39.308	319.654	2	2.433	0.045
	داخل المجموعات	8799.678	131.338	67		
	المجموع	8838.986		69		

نلاحظ من الجدول (9) أنّ قيمة (ف) تساوي (2.433) بقيمة احتمالية (0.045)، وهي قيمة دالة إحصائياً؛ عليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تبعاً لدرجة الإعاقة لصالح ذوي الإعاقة الشديدة، ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أنّ أطفال التوحد ذوي الإعاقة الشديدة يعجزون عن الأداء الوظيفي المرتفع لاعتماده على العزلة التي تجعل العجز واضحاً جداً في التعامل مع الأقران، وضعف تفاعلات الصداقة المختلطة فأطفال التوحد يعجزون ويجدون الصعوبة في التواصل مع الأشخاص الآخرين والتفاعل معهم ويفضلون العمل بمفردهم بعيداً عن عيون الآخرين. ويرجع العزوف إلى صعوبات في فهم أفكار الأفراد الآخرين، والرغبات، والمشاعر، وعجز في القدرة الأساسية لاختيار علاقات انفعالية تؤدي إلى صعوبات في بناء علاقات الإلفة والمودة مع الآخرين .

النتائج :

1 / توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر المختصين في الخصائص النفسية الاجتماعية لدى أطفال التوحد من وجهة نظر المختصين .

2 / لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تبعاً للنوع.

3 / توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تبعاً لعمر الطفل التوحدي لصالح العمر (12) سنوات فأكثر.

4 / توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المختصين تبعاً لدرجة الإعاقة .

التوصيات

1 / حثُّ الأسر على التدخل المبكر لأطفال التوحد .

2/ إنشاء مراكز متخصصة للتوحد في ولايات السودان كافة.

3 / التدريب والتأهيل المستمر للمختصين في مجال التوحد .

4/ القيام بمسح للأطفال المصابين بالتوحد من قبل هيئة متخصصة وأطر متخصصة بالتشخيص.

5/ تبني برامج إرشادية توعوية للتعريف بالتوحد مما يسهل على الأسر التعرف على التوحد: أسبابه ومظاهره، وطرائق التشخيص والتدخل المبكر والتأهيل.

6 / تصميم وتقنين مقاييس تساعد في الكشف عن الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي .

إعداد دليل عن أطفال التوحد وعددهم والأسباب والظروف الاجتماعية والنفسية لهم واحتياجاتهم .

مقترحات الدراسة:-

1/ برنامج الدمج المدرسي لأطفال التوحد في إكساب المهارات اللغوية والاجتماعية .

2/ مدى فاعلية التدخل المبكر في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي لأطفال التوحد .

3/ مدى فاعلية برنامج العلاج بالقرآن الكريم في علاج أطفال التوحد .

المصادر والـمـراجــع :-

1/ القرآن الكريم

2/ أبو السعود، نادية إبراهيم (2000): الطفل التوحدي في الأسرة ، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع ، الإسكندرية – مصر.

3/ أحمد، عبير طوسون (2013): **التدريب الميداني لمسار التوحد والاضطرابات السلوكية**، الطبعة، دار الزهراء، الرياض .

4/ الجرواني وجميل، هالة إبراهيم، سمية طه (2013): **الطفل التوحدي**، دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع ، الإسكندرية – مصر.

5/ الخالدي، خالد عايد الحبوب(2005): **إعاقة التوحد من التعريف إلى التأهيل**، الدليل الخاص بمناسبة يوم التوحد الخليجي .

6/ الرزيقات، إبراهيم عبد الله فرج (2004): **التوحد الخصائص والعلاج** ، دار وائل للطباعة والنشر، عمان – الأردن

7/ العبادي، رائد خليل (2011): **التوحد**، مكتبة المجمع العربي للنشر والتوزيع، عمان – الأردن .

8/ الشخص والسرطاوي، عبد العزيز السيد، زيدان أحمد (1999): **تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً (النظرية والتطبيق)**، دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات العربية المتحدة .

9/ الكردي، السيد عبد اللطيف (2005): **المرجع في التوحد دليل للأسرة والمتخصصين في التشخيص والعلاج**، دار الكتاب الجامعي، العين الإمارات العربية المتحدة .

10/ النمر، عصام (2008): **القياس والتقويم في التربية الخاصة**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان – الأردن .

11/ بدر، إبراهيم محمود (2004): **الطفل التوحدي تشخيص وعلاج** ، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة .

12/ بدر، إسماعيل إبراهيم (2010)، **مقدمة في التربية الخاصة**، دار الزهراء، الرياض .

13/ بطرس، بطرس حافظ (2007): **إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان – الأردن .

14/ جابر والكنافي، جابر عبد الحميد، علا الدين (1989): **معجم علم النفس والطب النفسي**، الجزء الثاني، دار النهضة العربية، القاهرة .

15/ سليمان، عبد الرحمن سيد (2001): **إعاقة التوحد**، طبعة جديدة منقحة، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة .

16/ شحاتة والنجار، حسن، زينب (2003): **معجم المصطلحات التربوية والنفسية**، الطبعة الأولي، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة .

17/ شقير، زينب محمود (2007): **اضطراب التوحد**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة .

18/ عامر، طارق (2008): **الطفل التوحدي**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان – الأردن.

19/ عبد الرحمن، حسن، محمد السيد، منى خليفة على (2004): **دليل الآباء والمتخصصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدي**، دار الفكر العربي، القاهرة .

20/ عثمان، عبد الرحمن أحمد (2006): **مناهج البحث العلمي**، منشورات جامعة السودان المفتوحة – الخرطوم .

21/ مصطفى والشربيني، أسامة فاروق، السيد كامل (2011): **التوحد الأسباب – التشخيص – العلاج**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان – الأردن .

22/ ملحم، سامي محمد(2000)**مناهج البحث في التربية وعلم النفس**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان – الأردن .

23/ مصطفى والشربيني، أسامة فاروق، السيد كامل (2011): **سمات التوحد**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان – الأردن .