



دور الإرشاد الأسري القائم على التدخل المبكر لتحسين تواصل الأسرة مع طفلها
من ذوي اضطراب طيف التوحد

إعداد الباحثة

أ/عبير إبراهيم سماحة

دور الإرشاد الأسري القائم على التدخل المبكر لتحسين تواصل الأسرة مع طفلها من ذوي اضطراب طيف التوحد

عبير إبراهيم إبراهيم سماحة
طفولة مبكرة للفئات الخاصة، كلية رياض الأطفال، جامعة المنصورة، مصر.
البريد الإلكتروني: abeersamaha78@gmail.com

الملخص:

تهدف هذه الورقة البحثية إلى استعراض وتحليل دور الإرشاد الأسري القائم على التدخل المبكر في تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث يعد التوحد اضطرابًا تطوريًا يؤثر على مجموعة متنوعة من المجالات، ومنها التواصل والتفاعل الاجتماعي، تشير الأبحاث السابقة إلى أهمية التدخل المبكر للأطفال التوحديين بهدف تحسين تجربتهم الحياتية والاجتماعية، تتناول هذه الدراسة أدوار الإرشاد الأسري في تقديم الدعم والتوجيه للعائلات التي تواجه تحديات في التعامل مع احتياجات وصعوبات أطفالها التوحديين فيما يخص التواصل، يتمحور التدخل حول تزويد العائلات بأدوات وإستراتيجيات تعزز من قدرة الأطفال على التواصل، بما في ذلك استخدام التواصل غير اللفظي والتعبيرات البصرية، ومن خلال استعراض الأدبيات المتاحة ودراسة حالات سابقة، تبين هذه الدراسة أن الإرشاد الأسري القائم على التدخل المبكر قد يسهم في تحقيق تقدم ملحوظ في مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين، وقد يشمل هذا التقدم تحسين التفاعل الاجتماعي وقدرات الاتصال بالآخرين في مختلف السياقات، وتسلط هذه الدراسة الضوء على أهمية دور الإرشاد الأسري القائم على التدخل المبكر كوسيلة فعالة لتحسين التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتُظهر النتائج أن تقديم الدعم والإرشاد للعائلات يمكن أن يكون له تأثير إيجابي على تطور المهارات الاجتماعية والتواصلية لهؤلاء الأطفال، وبالتالي يسهم في تحسين نوعية حياتهم ومشاركتهم في المجتمع.

الكلمات المفتاحية: التدخل المبكر، الإرشاد الأسري، اضطراب طيف التوحد، التواصل، المهارات التواصلية.

The role of family counselling based on early intervention to enhance family communication with their child with Autism Spectrum Disorder.

Abeer Ibrahim Ibrahim Samaha

Early childhood for special groups, Faculty of Kindergarten, Mansoura University, Egypt.

Email: abeersamaha78@gmail.com

Abstract:

This research paper aims to review and analyze the role of family guidance based on early intervention in improving communication skills in children with autism spectrum disorder, as autism is a developmental disorder that affects a variety of areas, including communication and social interaction. Previous research indicates the importance of early intervention for children. With the aim of improving their life and social experience, this study addresses the roles of family counseling in providing support and guidance to families who face challenges in dealing with the needs and difficulties of their monotheistic children with regard to communication. The intervention revolves around providing families with tools and strategies that enhance children's ability to communicate, including the use of non-verbal communication and visual expressions. By reviewing the available literature and studying previous cases, this study shows that family counseling based on early intervention may contribute to achieving noticeable progress in Communication skills among autistic children. This progress may include improving social interaction and communication abilities with others in various contexts. This study highlights the importance of the role of family counseling based on early intervention as an effective means of improving communication in children with autism spectrum disorder. The results show that providing support and guidance to families can have a positive impact on the development of these children's social and communication skills, thus contributing to improving their quality of life and their participation in society.

Keywords: early intervention, family counseling, autism spectrum disorder, communication, communicative skills.

دور الإرشاد الأسري القائم على التدخل المبكر لتحسين تواصل الأسرة مع طفلها من ذوي اضطراب طيف التوحد

مقدمة:

يعد اضطراب طيف التوحد أحد الاضطرابات النمائية العصبية والذي يتميز بخلل في كل من التواصل الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي بالإضافة إلى أنماط من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة النمطية والمتكررة، وكما يشير (أمجد عبد اللطيف ٢٠٠٧، ٦٧٩) أن لهذا الاضطراب تأثير شديد على نمو الفرد وعلى أسرته والمجتمع الذي يعيش فيه نتيجة لما تفرضه على الطفل المصاب من خلل وظيفي يترتب عليه توقف النمو التطوري في معظم مجالاته المرتبطة باللغة والتواصل والنمو الاجتماعي والإدراك الحسي والانفعالي، مما يعيق عمليات التعلم واكتساب القدرات والمهارات التي تمكنه من التعامل مع الآخرين، وبالتالي يؤدي به للانسحاب للداخل والانغلاق على الذات، وهذا بالتالي يضعف تواصل الطفل بعالمه المحيط، ويجعله يحب الانغلاق ويرفض أي نوع من الاقتراب الخارجي منه.

هذا ويعد للإرشاد الأسري دور رئيسي في تحسين حالة الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد وذلك لأن ميلاد طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد هو مصدر ضغط لجميع أفراد الأسرة مما يترتب على ذلك ضغوط أسرية قد تؤدي إلى تمزيق توازن الأسرة، وخاصة أن اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات التي تحتاج إلى الجهد الشاق لتحسين حالة الطفل، بالإضافة إلى تميزه بمجموعة من الخصائص التواصلية والاجتماعية والانفعالية والمعرفية التي تميزه عن غيره من الأطفال، لذا فإن مثل هذه الأسر تحتاج إلى الدعم والإرشاد بصفة مستمرة ومساعدتهم على تفهم حالة طفلهم ومساعدته في الوصول به إلى أفضل حالة يمكن أن يصل إليها.

يعد التدخل المبكر ذو أهمية بالغة بالنسبة لذوي الإعاقة بصفة عامة وللطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد بصفة خاصة لأنه يساعد في الوقاية من مشكلات النمو التي قد يتعرض لها، لذا تهدف برامج التدخل المبكر المتمركزة حول الأسرة إلى تحقيق غايات، إما علاجية للوسط الأسري أو إرشادية تعليمية وغالبًا ما تجمع بينهما، وتستمد البرامج المتمركزة حول الأسرة قيمتها أو أهميتها من عدة مبررات أو اعتبارات أساسية، لعل من أهمها ما يلي:

١- إن ميلاد طفل من ذوي الإعاقة في حياة الأسرة غالبًا ما يترتب عليه شعور الوالدين بالصدمة shock؛ نظرًا لتعارض صورته الواقعية مع الصورة المثالية الذهنية التي كونها الوالدان عنه قبل ميلاده، وغالبًا ما تقودهما هذه الصدمة إلى الشعور بالارتباك واهتزاز الثقة بالنفس، وقلة الحيلة وفقدان السيطرة على الموقف، والشعور بالأسى والإحباط والتوتر والقلق والخجل وربما الذنب والاكنتاب وقد ينزع الوالدان إما إلى نكران الإعاقة وتجاهلها ومن ثم إهمال الطفل وتدليله، أو إلى عدم تقبله ورفضه ونبذته وكرهيته، أو إلى الرثاء لحاله والإشفاق عليه وحمايته حماية زائدة لاسيما إذا ما شعرا بأنه أقل مقدرة وتحملًا وكفاءة من أقرانه.

٢- أن البيئة الأسرية قد تؤدي إلى خلق صعوبات توافقية لدى الطفل من ذوي الإعاقة إضافة إلى إعاقته الأساسية، فمن المعلوم أن المنزل يمثل البيئة الأولى الطبيعية التي ينشأ فيها الطفل وينمو، وكلما كانت هذه البيئة مفعمة بأساليب التنشئة السوية وعوامل الاستثارة والتنبيه الحسي والعقلي والاجتماعي والعاطفي المواتية لنمو الطفل، وبفهم احتياجاته ومطالب نموه وإشباعها بالقدر المناسب وفي الوقت المناسب؛ فإن من شأن ذلك كله أن يعمل على الإسراع بنمو الطفل وتعويض نقائصه وقصوراته، والارتقاء بمستوى أدائه وكفاءته الشخصية، والعكس صحيح إلى حد بعيد.

٣- أن البيئة الأسرية ذاتها قد تكون مصدرًا للإعاقة كما في حالة الإعاقة الناتجة عن العوامل الثقافية والحرمان البيئي الأسري *cultural familial retardation* والانحرافات السلوكية؛ كالعدوان والجنوح والسلوك

المضاد للمجتمع، إذ ترتبط هذه الأشكال من الانحرافات بعوامل بيئة وسيطة تتمثل في تدهور المستوى الثقافي والتعليمي الأسري، وتدني الوضع الاجتماعي- الاقتصادي الأسري وسوء التغذية، والبيوت المتصدعة، والتفكك الأسري وسوء العلاقات الأسرية.

٤- أن الأسرة قد تكون عائقاً لدور مراكز ومؤسسات الرعاية حتى في حالة توفير هذه المؤسسات لبرامج تعليمية جيدة لتربية الطفل من ذوي الإعاقة وتدريبه، وذلك ما لم تسهم الأسرة في تيسير تعلم الطفل وفي زيادة معدلاته، وفي استثمار وتوظيف وتعميم ما يتعلمه من مهارات - عن طريق الأخصائيين- في المحيط الأسري من خلال التفاعل مع الوالدين وأعضاء الأسرة، وفي الحياة اليومية، وبحيث لا تنشأ فجوة أو تعارض بين ما يتعلمه ويجري من ممارسات في مركز الرعاية من ناحية، وما يتم في الوسط الأسري من ناحية أخرى ومن أمثلة تلك المهارات التي يتعلمها الطفل ويجب أن تلقى استمرارية وتعزيزاً وتعميماً داخل البيت مهارات العناية الذاتية التي يتدرب عليها من ذوي الإعاقة، ومهارات التواصل التي يتعلمها الطفل الأصم، ومهارات التوجه المكاني والحركة والتنقل، والتأزر والتوازن التي يكتسبها الطفل من ذوي الإعاقة البصرية، وغالباً ما يستلزم ذلك تدريباً خاصاً للوالدين بشكل مواز ويسير جنباً إلى جنب مع تدريب الطفل؛ حتى يتسنى لهما المشاركة في تعليمه وتعزيز الأساليب السلوكية الصحيحة لديه وتثبيتها.

٥- تعاني بعض المجتمعات من عدم توافر مراكز ومؤسسات تعليمية خاصة مجهزة لتقديم الخدمات اللازمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، إضافة إلى قلة عدد الأخصائيين المؤهلين لتخطيط هذه الخدمات وتقديمها وتقييمها، وهو ما يجعل من الضروري " تزويد الوالدين ببعض المهارات الخاصة التي تمكنهم من تقديم جرة تعليمية جيدة لأطفالهم لحين توافر المؤسسات التعليمية الملائمة، أو لإعداد أطفالهم للالتحاق بالمؤسسات القائمة من خلال مساعدتهم على التدريب على بعض مهارات التهيؤ والاستعداد؛ كتركيز الانتباه والجلوس والتعاون مع الآخرين وما إلى ذلك، هذا بالإضافة إلى أنه من خلال تقديم خدمات للوالدين وتدريبهما يزداد بالضرورة عدد الأشخاص القادرين على تربية ذوي الإعاقة " (عبدالمطلب أمين، ٢٠١٠، ٢٧٤-٢٧١).

إن قصور التواصل لدى الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد من أكثر الأعراض وضوحاً، حيث إنهم يقضون معظم وقتهم في أنشطة انفرادية، ويفشلون في الاستجابة لمن حولهم، حيث نجدهم يفشلون في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة حيث يتجنبون التواصل مع الآخرين، هذا بالإضافة إلى انخفاض فهم العديد من الأدوار والمواقف الاجتماعية الذي يجعل تفاعلهم وأدوارهم الاجتماعية في غاية من الصعوبة بالنسبة لهم (هشام محمد، ٢٠١٠، ٢٧٦)، يواجه ذوي اضطراب التوحد صعوبات في القدرة على التواصل بصور ومستويات متباينة وتتمثل في:

○ مرحلة ما قبل التواصل اللفظي:

عندما يصل الطفل من غير ذوي الإعاقة إلى العام الأول، لديه القدرة على سلوك الانتباه المزدوج *joint attention* فهو يمكنه أن يؤشر بإصبعه تجاه شيء معين بينما طفل الأوتيزم يندر أن يكون سلوكه بهذه الكيفية.

○ التواصل غير اللفظي:

الطفل من غير ذوي الإعاقة يتواصل بطريقة غير لفظية حيث يستخدم الإيماءات بمصاحبة الكلام أو التعبير عن انفعاله، ويصاحب ذلك تواصل بصري بينما طفل التوحد تلميحات الوجه وقسماته لا تتوافق مع نبرات الصوت، ولا تنسجم الإيماءات مع الكلام.

○ صعوبات الكلام

يصعب على أطفال التوحد تنمية وتطوير القدرة على الكلام، وغالباً ما يعانون من خرس وظيفي، يصاحب

بمشكلات تواصلية عديدة؛ ولأن القلة من أطفال التوحد الذين يتمكنون من تنمية وتطوير القدرة على الكلام، فإن قدرتهم على الكلام تتصف بالصفات التالية:

أ- المصاداة

وتتمثل في ترديد الكلام المسموع من الصدى، حيث يتم مباشرة بعد سماع الكلام أو مرور بعض الوقت.

ب- اللغة المجازية

وتتمثل عبارات لغوية مجازية خاصة بطفل التوحد يعبر بها عن شيء معين قد لا يفهمه إلا من يحيط به.

ج- الكلمات الجديدة

وهي تسمية أشياء بمسميات خاصة بطفل التوحد، لا يعرفها إلا المحيطون به.

د- الاستخدام العكسي للضمائر

وهي صعوبة في استخدام الضمائر بشكل صحيح. (لطيفة ماجد، ٢٠٠٦، ٢٢٢)

مشكلة الدراسة

إن صدمة الأسرة بميلاد طفل يعاني من اضطراب طيف التوحد يؤثر على طريقة تواصلهم مع طفلهم، لذلك فإن أسر الأطفال التوحديين في أشد الحاجة إلى برامج الإرشاد الأسري التي تساعدهم على معرفة أسباب الإعاقة، وطرق الوقاية منها، والحد من أثارها، وكيفية التعامل مع طفلهم، مما يدفع ذلك الباحثة إلى مساندة هؤلاء الأسر والتخفيف من معاناتهم من خلال التدخل المبكر ببرنامج إرشاد أسري لتحسين التواصل بين الأسرة وطفلها ذوي اضطراب التوحد.

هذا وقد أشارت محكات التشخيص الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) بالدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس (DSM-V, 2013) إلى أن قصور التواصل من أحد المحكات التشخيصية البارزة في تشخيص اضطراب التوحد على النحو التالي :

(أ) قصور متواصل في كل من التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي مع المواقف المتنوعة سواء كان ذلك في المراحل الحالية أو المراحل التي قبلها يتمثل في النقاط الثلاث التالية:

- قصور في التعامل الاجتماعي العاطفي؛ يتراوح على سبيل المثال من شذوذ في الأسلوب الاجتماعي وفشل في تبادل الحوار، إلى تदन في المشاركة في الرغبات والعواطف والوجدان للآخرين، إلى عدم البدء أو الاستجابة للتفاعل الاجتماعي.
- قصور في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي؛ يتراوح من ضعف في تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد، أو قصور في فهم واستخدام الإيماءات، إلى انعدام تام في التعبيرات الوجهية والتواصل غير اللفظي.
- قصور في تطوير العلاقات فهمها والمحافظة عليها؛ يتراوح من صعوبة في تعديل السلوك ليتلاءم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبة في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين الصداقات، إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

ومن خلال مراجعة الباحثة للبحوث السابقة في سياق هذا الموضوع كدراسة كوجل وآخرون "Coogle et al, 2013" ودراسة سيلر وآخرون "Siller et al, 2013" ودراسة بيكلس وآخرون "Pickles et al, 2015" والتي

توصلت إلى أهمية اشتراك الوالدين في برامج التواصل لدى طفلهم التوحدي، كما أشارت دراسة الشوبرنر وآخرون "Ashburner et al,2016"، ودراسة ماتسون وكونست "Matson & Konst, 2014" ودراسة إزرالسون "Tzralson,2011" ودراسة بويد وآخرون "Boyd et al,2010" والتي أشارت إلى أهمية التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كما أشارت دراسة تايلور وآخرون "Taylor et al2013" ودراسة شين وآخرون "Chien et al,2015" إلى أن الأطفال التوحديين يعانون من قصور في التواصل، فقد تبين استخدامها لاستراتيجيات تدخلية متنوعة لتحسين التواصل بين الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرته، وعلى الرغم من وفرة البحوث في هذا الصدد، إلا أنه توجد قلة في البحوث التي استندت إلى برامج تدريبية قائمة على الإرشاد الأسري القائم على التدخل المبكر - في حدود علم الباحثة - لتحسين التواصل بين الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرته، ولا يمكن أن نغفل أهمية دور الأسرة في تنمية جانب التواصل للطفل ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد ارتأت الباحثة في إشراك الأمهات تحديداً في تطبيق هذا البرنامج لمدى تواجدهن مع أبنائهن من هذه الفئة معظم الوقت.

وعليه، **يمكن تحديد مشكلة البحث حيث:** تكمن مشكلة الدراسة الراهنة في محاولة الكشف عن دور برنامج الإرشاد الأسري القائم على التدخل المبكر لتحسين التواصل بين الأسرة وطفلها ذوي اضطراب طيف التوحد.

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشاد أسري قائم على التدخل المبكر لتحسين تواصل الأسرة مع طفلها من ذوي اضطراب طيف التوحد.

أهمية الدراسة:

تحدد أهمية الدراسة الحالية في:-

الأهمية النظرية:

- وتوضح في الموضوع الذي تنصدي له وهو تحسين التواصل بين الأسرة وطفلها ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال برنامج إرشاد أسري قائم على التدخل المبكر.
- إلقاء الضوء على أهمية الإرشاد الأسري من خلال التدخل المبكر وتأثيراته الإيجابية على التواصل لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- عرض الخلفية النظرية لكل من الإرشاد الأسري والتدخل المبكر واضطراب طيف التوحد.

الأهمية التطبيقية:

- إعداد مقياس لمهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- تصميم وتطبيق برنامج إرشاد أسري قائم على التدخل المبكر لتحسين تواصل الأسرة مع طفلها التوحدي.
- التحقق من فاعلية البرنامج المصمم في الدراسة في تحسين التواصل بين الأسرة وطفلها من ذوي اضطراب طيف التوحد.

مصطلحات الدراسة:

اضطراب طيف التوحد Autism Disorder :

يعرف في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الإصدار الخامس بأنه اضطراب نمائي عصبي يتسم بقصور في كل من التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، بالإضافة إلى وجود مجموعة من السلوكيات

والاهتمامات والأنشطة النمطية والمتكررة والتي تؤثر في أداء الطفل (APA,2013).

الطفل التوحدي Autistic Child

هو ذلك الطفل الذي يعاني من قصور في كل من التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، كما يعاني من سلوكيات واهتمامات وأنشطة نمطية ومتكررة تؤثر على أدائه الاجتماعي والوظيفي والأداءات الحياتية الأخرى المهمة، وتتضح هذه الأعراض خلال مرحلة الطفولة المبكرة.

وإجراءً: هو الطفل الذي يحصل على درجات مرتفعة على مقياس تقييم الذاتية لعبد الموجود عبدالمسميع.

Family Counseling الإرشاد الأسري

عملية يتم فيها مساعدة الوالدين ليصبحا فردين مكتملي الأداء يساعدان طفلها ويعطيان قيمة لأسرة ذات توافق جيد (مصطفى نوري ، ٢٠١١ ، ٢٥٦).

Counseling Program البرنامج الإرشادي

يعرف البرنامج الإرشادي في الدراسة الحالية بأنه " برنامج مخطط ومنظم في ضوء مجموعة من الأسس العلمية يهدف إلى تقديم خدمات إرشادية لأسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من أجل تحسين التواصل مع طفلهم.

Early Intervention التدخل المبكر

هو مجموعة من الإجراءات والممارسات التي تهدف إلى معالجة مشاكل الأطفال المختلفة بالإضافة إلى توفير حاجات أسر هؤلاء الأطفال من خلال تقديم البرامج التدريبية والإرشادية (مصطفى نوري ، ٢٠١١ ، ٢٣٥).

Communication التواصل

القدرة على إرسال واستقبال رسالة ذات معنى مع شخص آخر من خلال التقاء العينين واستخدام الإيماءات والأصوات اللفظية لجذب الانتباه والتعبير عن العواطف ومشاركة الأحداث الاجتماعية. (Dehalberg et al.,2007,156)

المفاهيم الأساسية والإطار النظري:

حيث تناولت الباحثة هنا عرضاً للإطار النظري للدراسة، والذي يتضمن أربعة محاور أساسية وهي:

- المحور الأول: اضطرابات التوحد.
- المحور الثاني: الإرشاد الأسري.
- المحور الثالث: التدخل المبكر.
- المحور الرابع: التواصل لدى أطفال التوحد.

وفيما يلي تفصيل ذلك:

المحور الأول: اضطراب التوحد:

يعد اضطراب التوحد أحد أنواع الاضطرابات النمائية العصبية الذي يتسم بقصور في كل من التواصل الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي بالإضافة إلى أنماط من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة النمطية والمتكررة، وكما يشير (أمجد عبد اللطيف إبراهيم : ٢٠٠٧ ، ٦٧٩) أن لهذا الاضطراب تأثير شديد على نمو الفرد وعلى أسرته والمجتمع الذي يعيش فيه نتيجة لما تفرضه على الطفل المصاب من خلل وظيفي يترتب عليه توقف النمو التطوري

في معظم مجالاته المرتبطة باللغة والتواصل والنمو الاجتماعي والإدراك الحسي والانفعالي، مما يعيق عمليات التعلم واكتساب القدرات والمهارات التي تمكنه من التعامل مع الآخرين، وبالتالي يؤدي به للانسحاب للداخل والانغلاق على الذات، وهذا بالتالي يضعف تواصل الطفل بعالمه المحيط، ويجعله يحب الانغلاق ويرفض أي نوع من الاقتراب الخارجي منه.

إن كلمة توحد *Autism* مشتقة من الكلمة الإغريقية "*Aut*" وتعني النفس أو الذات وكلمة "*ism*" تعني الانغلاق، والمصطلح كله يمكن ترجمته على إنه الانغلاق على الذات، وتقترح هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالباً ما يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم، ويبدون قليلاً من الاهتمام بالعالم الخارجي، وتصف الطفل التوحدي بأنه عاجز عن إقامة علاقات اجتماعية، ويفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل مع الآخرين، ولديه رغبة ملحة للاستمرارية في القيام بنفس السلوك، كما يبدون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة. (أسامة فاروق والسيد كامل : ٢٠١١، ٢٦)

هذا ويعرف اضطراب التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية – الإصدار الخامس بأنه اضطراب نمائي عصبي يتسم بقصور في كل من التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، بالإضافة إلى وجود مجموعة من السلوكيات، والاهتمامات، والأنشطة النمطية والمتكررة والتي تؤثر في أداء الطفل (APA, 2013) أما الطفل التوحدي فيعرف على أنه الطفل الذي يعاني من قصور في كل من التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، كما يعاني من سلوكيات، واهتمامات، وأنشطة نمطية ومتكررة تؤثر على أدائه الاجتماعي والوظيفي والأداءات الحياتية الأخرى المهمة، وتتضح هذه الأعراض خلال مرحلة الطفولة المبكرة.

أعراض اضطراب التوحد:

تعددت وتنوعت أعراض اضطراب كما أنها تختلف فيما بينها من حيث الشدة والبساطة وذلك حسب توافر الأعراض ونسبتها، وتشمل هذه الأعراض جميع النواحي النمائية المختلفة كالنواحي الاجتماعية والمعرفية واللغوية والحركية، مما يترتب عليه قصور في نمو قدرات الطفل وذلك حسب شدة وبساطة الاضطراب وليس بالضرورة أن تتوافر كل الأعراض بنفس درجة الشدة أو البساطة وإنما قد تختلف الأعراض في شدتها وبساطتها حسب توافر السمة فمثلاً قد يعاني طفل التوحد من قصور شديد في اللغة ولكن يعاني من قصور أقل شدة في التواصل الاجتماعي.

كما نجد أيضاً أن هذه الأعراض تختلف من طفل يعاني من اضطراب التوحد إلى آخر فمثلاً قد يتحدث شخص مصاب باضطراب التوحد بطلاقة مستخدماً الكلمات المختلفة ولكن نجد أن غيره يعجز عن نطق كلمة واحدة.

ويوضح جدول (١) أهم الأعراض التي تظهر على الأطفال المصابين بالتوحد.

أهم الأعراض التي تظهر على الأطفال المصابين بالتوحد	
<p>Behavior Styles أنماط السلوك</p> <ul style="list-style-type: none">-النشاط المفرط أو الخمول الزائد .-سرعة الانفعال وفقدان واضح لتدبير الأمور.-صعوبة التألف والتواصل مع الآخرين.-التمسك والإصرار على أفعال معينة.-كثرة البكاء الحاد وغير الطبيعي بمعنى عدم وجود سبب للبكاء.-ضعف التواصل البصري، أو انعدامه كلياً.-عدم الإحساس بمصادر الأخطار.-اللعب المستمر بطريقة شاذة وغير مألوفة.-عدم استشعار الإحساس بالألم.-تردد العبارات والمفردات عند التحدث بلغة غير مفهومة.-الوحدة والعزلة عن الآخرين.-النفور من الانتماء.-التعلق الزائد بأشياء غير مناسبة.-تباين المهارات الحركية بين الخمول التام أو النشاط الشديد.-التعبير عن الرغبات بالإشارات والإيماءات بدلاً من التعبير اللغوي.-الضحك بدون سبب يستدعي الضحك عليه.-حركات غريبة مثل هز الرأس أو هز اليدين بشكل غريب.	<p>Communication التواصل</p> <ul style="list-style-type: none">-الكلمات قد تكون غير مترابطة بمعاني.-قد يستخدم المصاب لغة الإشارة.-تشنت الانتباه وقصر فتراته.-قد تحدث إعاقة في النطق والذاكرة.-الصمت التام أو الصراخ الدائم المستمر بدون مسببات.-صعوبة فهم الإشارة ومشاكل فهم الأشياء المرئية.-عدم التركيز بالنظر لما حوله.-ترديد الكلام الذي يتعلمه.-عدم قدرته على التعبير عن رغباته.-الصراخ والانفعالات الشديدة.
<p>sPlaying Response استجابات اللعب</p> <ul style="list-style-type: none">-القصور في اللعب العفوي أو اللعب الخيالي.-عدم القدرة على مجازاة أفعال الآخرين.-ضعف المبادرة بالمعاب تتطلب تقليد شخصيات أخرى.-الرتابة في اللعب ، فله يعتمد على التكرار والنمطية.-مقاومة التغيير ، فعند محاولة تغيير اللعب النمطي أو توجيهه فإنه يثور بشدة.-المثابرة على اللعب وحده وعدم الرغبة في اللعب مع أقرانه.	<p>Social Interaction التفاعل الاجتماعي</p> <ul style="list-style-type: none">-قد يقضي المصاب وقتاً طويلاً منعزلاً ومنفرداً عن الآخرين.-قد لا يهتم بالأصدقاء .-استجاباته للمؤثرات الاجتماعية تكون مشتتة.-رفض التفاعل والتعامل مع أسرته والمجتمع.-عزلته وعدم تواصله مع الآخرين.-تجاهل الآخرين حتى يظنون أنه مصاب بالصمم.
<p>Sensational Impairment الإعاقة الحسية</p> <p>الاستجابات للأحاسيس بصفة عامة تكون غير طبيعية كالحساسية واللمس وضعف الاستجابة للألم، وتأثر حواس السمع والبصر والتذوق والشم بدرجات متفاوتة.</p>	

(أسامة محمد البطاينة وآخرون: ٢٠٠٩، ٥٧٨-٥٧٩)

ويتضح من العرض السابق لأعراض التوحد، أن هناك مجموعة من الأعراض التي تميز طفل التوحد عن غير من الأطفال المعاقين، وأن هذه الأعراض تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى في حياة الطفل، كما يتضح من العرض السابق اختلاف أطفال التوحد فيما بينهم في ظهور الأعراض المميزة لهذا الاضطراب، كما يتضح أن تلك الأعراض تختلف في شدتها ونسبة حدوثها من طفل يعاني من اضطراب التوحد لآخر.

الأسباب المؤدية لاضطراب التوحد:

الأسباب الغذائية:

قد تكون بعض الأطعمة التي تسبب الحساسية لها علاقة بأعراض التوحد، ويمكن أن يكون عدم التوازن الغذائي يساعد أسبابًا أخرى تؤدي إلى ظهور أعراض التوحد، وهي المواد الكيميائية والمعادن الثلاثة مثل الزئبق والرصاص والزنك، أو الخلل الوظيفي في جهاز الكبد بسبب التسمم الذي يؤدي إلى عدم قدرة الكبد على تنقية السموم أو عدم التوازن في الكيمياء الحيوية في الجسم، وقد يرتبط التوحد بعدم قدرة الطفل على هضم مادتي الجلوتين (*Gluten*) والكازين (*Casein*) لتصبح ذات تأثير محدد كالأفيون، إذ يتحول الأول إلى الجلوتومورفين والثاني إلى الكازومورفين، ولكليهما مفعول مخدر. (قحطان أحمد الظاهر: ٢٠٠٦، ١٩٢-١٩٣)

الأسباب العصبية التشريحية:

إن الدراسات الحديثة لصورة الرنين المغناطيسي التي تقارن الأشخاص المصابين بالتوحد والأشخاص العاديين وجدت أن الحجم الكلي للمخ متزايد لدى المصابين بالتوحد، والنسبة الكبرى للزيادة في الحجم حدثت في كل من الفص القذالي *Occipital Lobe*، والفص الجداري *Parietal Lobe*، والفص الصدغي *Temporal Lobe*، ولم توجد فروقاً في الفصوص الأمامية، وعلى الرغم من أن المتضمنات الخاصة والمسببة لهذا الكبر غير معروفة فإن الحجم الزائد يمكن أن يظهر من ثلاثة ميكانيزمات مختلفة محتملة هي ازدياد الأسباب العصبية، نقص الموت لأسباب عصبية، وازدياد إنتاج أنسجة المخ غير العصبية مثل: الخلايا الجليالية أو الأوعية الدموية وعلى الرغم من أن هذه البيانات لم يتم التعرف عليها بصورة تفصيلية محددة باعتبارها عجزاً عصبياً تشريحياً لدى التوحد فإنه يُفترض أن المخ الذي يزيد نفسه يمكن أن يكون علامة بيولوجية للتوحد، أما الفص الصدغي فإنه يُعتبر منطقة حرجة من شذوذ المخ بالنسبة للتوحد، وهذا الاقتراح قائم على التقارير الخاصة بالأعراض المشابهة للأوتيزم لدى بعض الناس المصابين بتلف في الفص الصدغي؛ فعندما تتلف المنطقة الصدغية في الحيوان فمن المتوقع أن يفقد السلوك الاجتماعي، ويظهر القلق والأرق والسلوك الحركي المتكرر. (محمد أحمد خطاب: ٢٠٠٩، ٤٥-٤٦)

أسباب نفسية وأسرية:

يرى البعض أن التوحد يحدث بسبب عوامل نفسية أسرية بالدرجة الأولى، وذلك يرجع إلى ممارسات الوالدين غير المنسقة أو غير المترابطة في رعايتهم لأبنائهم، وكذلك البرود العاطفي اتجاههم، وأيضاً باردون وقاسون، ولديهم عدائية لا شعورية اتجاه طفلهم التوحد، وأيضاً يحدث بسبب عجز هؤلاء الأطفال عن الحصول على الاهتمام والتعزيز من قبل والديهم على سلوكهم الاجتماعي المناسب. (فهد بن حمد المغلوث: ٢٠٠٦، ٥٣-٥٤)

من خلال العرض السابق لمجموعة الأسباب والتي من المحتمل أن تؤدي إلى ميلاد طفل يعاني من اضطراب التوحد، نجد أنه مازال هناك غموض حول الأسباب الرئيسية المحددة لهذا الاضطراب، وأنه قد تتداخل مجموعة من الأسباب مع بعضها لينتج عنها هذا الاضطراب، لذا فما زال البحث قائماً حول معرفة الأسباب الحقيقية الكامنة وراء حدوث اضطراب التوحد.

الخصائص المميزة لاضطراب التوحد:

الخصائص اللغوية للطفل التوحد:

تتسم الخصائص اللغوية لدي الطفل التوحد بما يلي:

١. عندما يبدأ الطفل التوحد في استخدام اللغة يمكن تعلم أسماء الأشياء ولكن ذلك يكون محدوداً باستثناء

- الأطفال التوحدين ذوي الأداء الوظيفي العالي فإنهم يمكنهم أن يطوروا مفردات كثيرة ويستخدمونها في الحديث مع الغير مما يؤكد أن تطورهم للغة يعتمد علي مستوي عمرهم العقلي.
٢. هناك صعوبات في النطق عند الطفل التوحدي ليست ناتجة عن الإصابة بالتوحد بل هي نتيجة للتطور الذهني المتأخر الذي يصاحب التوحد في حالات كثيرة حيث يوجد أطفال توحديين لديهم ذكاء طبيعي أو قريب من الطبيعي، ولكن لديهم صعوبات تعلم في النطق مثل الأطفال الطبيعيين هذا ما يدل علي أن صعوبات النطق عند التوحديين هي مثلها عند الطبيعي.
٣. يلاحظ أن الطفل التوحدي لغته تنمو ببطء أو لا تنمو على الإطلاق وفي أغلب الأحيان يستخدم الإشارات بدلا من الكلمات ولا يستخدم الحديث للتواصل ذي المعني، وإلى جانب ذلك فإن الانتباه يتسم بقصر مداه حوالي % 50 من الأفراد التوحديين يستخدمون اللغة الغير لفظية أو اللغة اللفظية محدودة وتكون في حدها الأدنى.
٤. صعوبات جملة في علم دلالات الألفاظ وتطورها.
٥. يستخدمون كلمات خاصة بهم للدلالة على أشياء معينة.
٦. ندرة استخدام تشير إلى القدرات العقلية.
٧. التعبير اللغوي أسهل من الفهم اللغوي أي مصاعبهم في الفهم اللغوي تفوق عادة مصاعبهم في التعبير اللغوي. (أسامة فاروق السيد كامل: ٢٠١١، ٩٨-٩٩)

الخصائص الاجتماعية:

التحديق Eye-Gaze :

يقضي الطفل المولود حديثاً نسبة لا بأس بها من فترة استيقاظه وهو يحرق بنظره نحو أمه أو من يقدم له الرعاية، أما طفل التوحد يفتقد الملامح الخاصة بالطفل الرضيع بسرعة كبيرة؛ كما أن مظهر هؤلاء الأطفال يتباين بدرجة كبيرة، وغالبية العلاقات الاجتماعية تُبنى على اتصال العين، وطفل التوحد يتطلع إلى الأشياء ويراهها جيداً إلا أن هذا الاضطراب (فقد الاتصال بالعين) يتضح جلياً عندما يتحدث إليه الآخرون. (أسامة فاروق السيد كامل: ٢٠١١ "ب"، ١٥٠).

الانتباه المشترك Joint Attention :

يشير بارون- كوهين "Baron-Cohen, 1995" إلى أن من الخصائص الاجتماعية التي تميز أطفال اضطراب التوحد عن غيرهم من الأطفال المعاقين هو قصور الانتباه المشترك، فالانتباه المشترك هو قدرة الطفل على تتبع إشارات ونظرات الآخرين، وإدراك الشيء المشار إليه كموضوع للانتباه المشترك، وبالمثل مشاركة النظر إلى هذا الشيء أو الإشارة إليه (Reichow, et al., 2011, 172)، ويتكون الانتباه المشترك من مكونين رئيسيين هما:

- الاستجابة للانتباه المشترك Responding to joint attention ، وتشير إلى استخدام الطفل لسلوكيات تتبع الانتباه والتي تتمثل في التفات الرأس و توجيه النظر للشريك.

- المبادرة بالانتباه المشترك Initiating joint attention ، وتشير إلى استخدام الطفل لسلوكيات الانتباه والتي تتمثل في الإشارة وتنظيم مشاركة الانتباه مع الشريك للانتباه للأشياء والأحداث. (Roos et al., 2008,)

(276-277; Vismara, & Lyons, 2007, 214-215)

اللعب *Playing* :

إن أطفال التوحد بوجه عام لا يبدون الاهتمام نفسه الذي يبديه الأطفال الآخرون بالدمى والألعاب، وعدم اهتمام الطفل بالألعاب يكون إحدى العلامات الإنذارية للتوحد، وفي كثير من الأحيان يعزى افتقارهم إلى الاهتمام بالألعاب إلى عدم معرفتهم لطريقة الحصول على نتائج ممتعة منها، وفي كثير من الحالات عندما يتم تعليم أطفال التوحد كيف يلعبون بالأشياء يزداد اهتمامهم بالدمى ويصبحون أكثر قوة في استخدامها إلا أنهم لا يصلون إلى حدود طبيعية.

ونقدم فيما يلي وصفاً لتطور سلوكيات اللعب بالأشياء لدى الأطفال التوحد:

أ - **اللعب الحسي الحركي:** أطفال التوحد أكثر تعلقاً باللعب الحسي، ويهيمن اللعب الحسي الحركي عليهم لسنوات أكثر بكثير من الأطفال الطبيعيين، ويأتي استعمالهم للأشياء متكرراً ولا مرونة فيه، ومن تصرفاتهم مع الأشياء أنهم يشمونها أو يتذوقونها أو يتحسسونها .

ب - **اللعب التنظيمي:** عند مقارنة أطفال التوحد بغيرهم من الأطفال فيما يتعلق بهذا النوع من اللعب، نجد أطفال التوحد يميلون لتفضيل صف الأشياء في صفوف، وعندما يحاول شخص آخر أن يغير من ترتيب الأشياء يغضبون بشدة .

ج - **اللعب الوظيفي:** اللعب الوظيفي الذي يمارسه أطفال التوحد يختلف في كميته ونوعه، فمن حيث الكمية يكون انشغال أطفال التوحد باللعب الوظيفي أقل مما يفعله الأطفال الآخرون، ومن حيث النوع يختلف لعب أطفال التوحد عن لعب الأطفال الطبيعيين والأطفال المتأخرين ذهنياً، فبينما يستخدم معظم الأطفال الألعاب مستفيدين من كامل إمكاناتها، يتجه طفل التوحد على الأرجح إلى الاهتمام بخاصية واحدة أو اثنتين من خصائص اللعبة، كما يميل أطفال التوحد إلى استعمال بعض الأشياء دون أن يعرفوا معرفة حقيقية لأي شيء تستخدم؛ فقد يستعملون الصحن لتحريكها في حركة دائرية، أو قد يستخدمون دمية لخبطها بقوة على الأرض، وحيث إن اللعب الوظيفي يتعلق بالتطور الإدراكي فقد يتعلم بعض أطفال التوحد اللعب بالدمى حسب وظائفها مثل: أن يستخدم فرشاة الشعر لتمشيط شعر الدمية إلا أن استكشافهم لكل خصائص الدمى ووظائفها يبقى محدوداً.

د - **اللعب الرمزي / التمثيلي:** جميع أشكال هذا النوع من اللعب تتسم بالضعف وندرة الحدوث لدى أطفال التوحد؛ إلا أن البحوث الحديثة أشارت إلى أن بعض أشكال اللعب قد تلاحظ لدى أطفال التوحد:

- ١) **بديل الشيء:** وهذا هو أكثر أنواع اللعب الرمزي شيوعاً لدى أطفال التوحد حيث يستطيعون أن يتظاهروا بأن شيئاً ما هو شيء آخر غير ما هو في الحقيقة، فيمكنهم أن يتظاهروا بأن إصبع الموز هاتف إلا أنه وحتى عندما يبدل أطفال التوحد الأشياء بغيرها، فإن لعبهم يبقى مفتقراً إلى صفات التخيل والتغيير.
- ٢) **نسبة صفات غير صحيحة:** إن نسبة المشاعر العاطفية إلى الأشياء "كالتظاهر بأن دمية العروسة حزينة" يندر وجودها في لعب أطفال التوحد، لكن هؤلاء الأطفال قد ينسبون البرودة إلى صورة لقطعة الأيس كريم، أو الحرارة إلى صورة فرن.
- ٣) **الإشارة إلى شيء غائب:** هذا هو أقل نوع من اللعب الرمزي يلاحظ لدى أطفال التوحد، فلا يلعبون بأشياء وهمية لا وجود لها.
- ٤) **التظاهر بأنه شخص آخر:** يندر أن يشاهد أطفال التوحد وهم يتظاهرون بكونهم أشخاصاً آخرين، ومع ذلك هناك بعض منهم وخاصة أصحاب الأداء العالي يمكن مشاهدتهم وهم يأخذون دور شخص آخر وبخاصة أدوار الشخصيات الخيالية، لكن تمثيلهم للعب يتكرر عدة مرات كما يرونه في الفيلم تماماً وبدون تغيير، وبالإضافة إلى ذلك يندر أن يعبروا عن مشاعرهم العاطفية وتعبيرات الوجه التي تمثلها الشخصيات. (وفاء

على الشامي: ٢٠٠٤، ١٦٦-١٦٦)

الخصائص الحسية:

يُظهر أطفال التوحد استجابات غير عادية للخبرات الحسية، تختلف من طفل لآخر من حيث الدرجة والشدة وطريقة الاستجابة إليها، وفيما يلي أهم هذه الاستجابات:

- استجابات غير عادية للمثيرات السمعية: يُظهر بعض أطفال التوحد حساسية مفرطة لبعض الأصوات، وقد يُغطي أذنيه أو يغضب وينزعج عندما يسمع أصواتاً معينة مثل أصوات مكبرات الصوت أو الصراخ العالي أو المكثفة الكهربائية، وقد يتجاهل الاستجابات للأصوات العالية فيبدو وكأنه أصم لا يسمع، في حين يستجيب لأصوات منخفضة معينة قد تُثير اهتمامه مثل فتح علبة الشيكولاتة.
- استجابات غير عادية للمثيرات البصرية: يُظهر بعض أطفال التوحد استجابات غير طبيعية للمثيرات البصرية، فبعضهم يضع يديه على عينيه عند رؤيته لأضواء ساطعة.
- استجابات غير عادية للمثيرات اللمسية: يُظهر أطفال التوحد حساسية للمثيرات الحسية اللمسية المتمثلة في حاسة اللمس والنوق والشم والإحساس بالألم والحرارة، فبعضهم يتعدون ويتجنبون لمس الآخرين، أو يرفضون ويتجنبون أن يلمسهم أحد، كما لا يشعر بعضهم بالألم عندما يتعرضون للسقوط أو الأذى، ولا يشعرون بدرجات الحرارة أو البرودة. (محمد عودة: ٢٠١٥، ٩١)

الخصائص الحركية:

يصل طفل التوحد إلى مستوى النمو الحركي الطبيعي مثل الطفل العادي، لكن هناك بعض الجوانب في النمو الحركي تبدو غير عادية، فأطفال التوحد لهم طريقة خاصة في الوقوف، فهم يقفزون ورؤوسهم منحنية وأذرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع وأحياناً يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو إلى الخلف بشكل متكرر وأحياناً يرفرفون بأيديهم وأحياناً يضعون أيديهم على أعينهم وأحياناً على آذانهم وأحياناً يدورون حول أنفسهم أو حول الغرفة. كما يُعد فرط الحركة مشكلة شائعة لدى أطفال التوحد، وأحياناً نقص الحركة ثم تتحول إلى النشاط الزائد وأحياناً العدوانية ونوبات الغضب، وغالباً تكون بدون سبب ظاهر أو فوري وسلوك إيذاء الذات يكون ضرب الرأس – العض – شد الشعر ويظهر ضعف في الانتباه وضعف في التركيز وتظهر مشاكل في الطعام والتغذية واضطرابات في الإخراج والتبول. (هلا السعيد: ٢٠٠٩، ٨٢-٨٣)

الخصائص السلوكية:

السلوكيات النمطية:

تعد السلوكيات النمطية من أكثر المشكلات السلوكية التي تدل على احتمالية معاناة الطفل من اضطراب التوحد، فقد أشار الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية – الإصدار الخامس – إلى أن اضطراب التوحد يتسم بأنماط من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة النمطية المتكررة، يتمثل في اثنين على الأقل مما يلي:

- ١- نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء أو الكلام كـ (أنماط حركية، الصداء اللفظي، أو صف الألعاب أو قلب الأشياء، عبارات غير مفهومة).
- ٢- الإصرار على نفس الأشياء، والالتزام غير المرن بالروتين، وأنماط طقوسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي كـ (الغضب عند وجود تغييرات بسيطة، جمود التفكير، طقوس التحية، الإصرار على تناول نفس الطعام أو تناوله بطريقة معينة).
- ٣- اهتمامات شاذة من حيث طبيعتها وشدتها كـ (التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء، أو التقيد بصورة مبالغ فيها، أو

المواظبة على الاهتمام بشيء محدد).

٤- فرط أو تدني في تفاعل المدخلات الحسية أو اهتمام غير عادي للجوانب الحسية من البيئة ك (عدم الاكترات الواضح للألم / الحرارة، الاستجابة السلبية لأصوات معينة أو مقاومتها، الإفراط في شم أو لمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركات).

وتذكر (وفاء علي الشامي : ٢٠٠٤ ب ، ٣٧١-٣٧٢) أن السلوكيات النمطية والمتكررة هي سلوكيات يظهرها الأشخاص ذوي اضطراب التوحد بصورة متكررة، وتكون هذه السلوكيات في معظم الأحيان منتظمة في تكرارها، وهناك أسماء مختلفة لهذه السلوكيات، وهي تستعمل جميعها لتعني الشيء نفسه: السلوك النمطي Stereotypical behavior، والسلوك التكراري Repetitive behavior، وسلوك الإثارة الذاتية Self stimulatory behavior، وأكثر السلوكيات النمطية حدوثاً في اضطراب التوحد هي ررفة الأيدي، إلا أن السلوكيات النمطية تظهر في أشكال عديدة بعضها مرتبط بالحواس، وبعضها الآخر يرتبط بحركة الأطراف (اليدين والرجلين)، ومنها ما يرتبط بحركة الجسم، وهناك سلوكيات لا ترتبط بالحركات، بل ترتبط بالتفكير أو بطقوس محددة، وإلى جانب ذلك هناك سلوكيات تتعلق بالأشياء وسلوكيات أخرى لا تتعلق بها، ومن أمثلة هذه السلوكيات ما يلي :-

- تحريك كامل الجسم حول نفسه.
- أرجحة الجسم من الخصر وما فوق ذلك.
- الحملقة في الأضواء.
- الحملقة في الأشياء اللامعة.
- ررفة اليدين خلال الضوء أو أمام الوجه.
- تدوير الأشياء حول نفسها.
- تذوق الأشياء كحس الأقدام أو النوافذ.
- شم الأشياء.
- لمس الأنسجة المختلفة بصورة متكررة و لفترات طويلة كقطعة قماش.
- القفز - المشي على أطراف أصابع القدمين.
- الأفكار المتكررة أو التساؤل المستمر.
- الموسيقى: حيث أن معظم الأشخاص ذوي اضطراب التوحد، وليس كلهم، مفتونون بالموسيقى، وقد يسمعون نفس الألحان أو الأغاني المسجلة مرات ومرات.
- الأفلام، وألعاب الكمبيوتر، وخاصة التي تصدر أصواتاً ميكانيكية خفيفة وحركات متكررة كالألعاب التليفزيونية.

سلوك الإيذاء الذاتي والسلوك العدواني:

إن عدوان الطفل التوحدي غالباً ما يكون نحو ذاته ليخفف الشعور بالقلق والتوتر، وقد يظهر السلوك العدواني للطفل التوحدي أثناء اللعب مع الآخرين، ويقوم بدفعهم بيديه أو أخذ اللعبة من أيدي الطفل الآخر، فهذا يعد من وجهة نظر الآخرين عدواناً على الآخر، إلا أنه ناتج عن عدم قدرة الطفل التوحدي على التفاعل المشترك أو التفاعل الاجتماعي مع الآخرين مما ينتج عنه السلوك العدواني، حيث تلاحظ العدوانية لدى التوحديين بشكل نمطي (كضرب الرأس في الحائط أو الأرض، العض، الخدش، شد الشعر) وعنيف وبصورة متكررة وغالباً ما تكون دون أي سبب ظاهر أو فوري، (أسامة فاروق والسيد كامل: ٢٠١١ "أ" ، ٧٥)

الخصائص البدنية:

وتذكر (هلا السعيد : ٢٠٠٩ ، ٨٣) أن الخصائص البدنية تتلخص في الآتي:

- (١) غالبًا يكون المظهر العام جذابًا.
- (٢) الطول يكون أكثر قامة مقارنة بالأطفال في السن نفسه.
- (٣) عدم الثبات في استخدام اليد اليمنى أو اليسرى حيث التردد وأحيانًا التبادل بين اليمنى واليسرى مما يدل على اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن واليسر.
- (٤) اضطراب في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم.
- (٥) يتعرض أطفال التوحد منذ طفولتهم المبكرة لأمراض الجزء العلوي من التنفس وحالات الربو والحساسية ونوبات ضيق التنفس والسعال.
- (٦) يُعانون من اضطرابات معوية وأحيانًا الإمساك أو شلل في حركة الأمعاء.

تشخيص اضطراب التوحد:

تعد عملية تشخيص اضطراب التوحد من العمليات الشاقة نظراً لتشابه أعراض اضطراب التوحد من أعراض بعض الاضطرابات الأخرى، وفيما يلي سيتم توضيح محكات تشخيص اضطراب التوحد بناءً على محكات التصنيف الدولي العاشر للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية، ومحكات الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس.

إن تشخيص اضطراب التوحد غالبًا ما يكون عملية من مرحلتين، تشمل المرحلة الأولى تقييم التنمية الشاملة الصحية للطفل من خلال الزيارات مع طبيب الأطفال أو مقدمي الرعاية الصحية في مرحلة الطفولة المبكرة حيث يتم توجيه الأطفال الذين يظهرون بعض المشاكل التنموية لمزيد من التقييم، بينما تتضمن الخطوة الثانية تقييمًا شاملاً يقوم به فريق من الأطباء وغيرهم من المهنيين. (Garza et al., 2018 , 267)

أولاً : التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 :

وفي التصنيف الدولي العاشر للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩، ٢٦٦) أوضح إلى أنه لا يكون هناك في العادة مرحلة سابقة أكيدة من التطور السوي لكنها إن وجدت لا تتجاوز السنة الثالثة من العمر ويشتمل التشخيص على مجموعة من النقاط الآتية:

١- اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل وتتضمن:

- التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والانفعالية.
- فقدان الاستجابة لمشاعر الآخرين أو عدم تعديل السلوك وفقاً للإطار الاجتماعي أو كليهما.
- استخدام ضعيف للرموز الاجتماعية.
- تكامل ضعيف بين السلوكيات الاجتماعية الانفعالية والتواصلية وخاصة فقدان التبادل الاجتماعي- العاطفي.

٢- اختلالات كيفية في التواصل وتتضمن:

- عدم الاستخدام الاجتماعي لأي مهارة لغوية قد تكون موجودة.
- اختلال في ألعاب الخيال والتقليد الاجتماعي.
- ضعف المرونة في التعبير اللغوي.
- فقدان نسبي للقدرة على الإبداع والخيال في عمليات التفكير.
- فقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين.
- استخدام خاطئ للأشكال المختلفة من النبرات وأساليب التوكيد للتعبير عن الرغبة بالتواصل.

- عدم استخدام الإيماءات المصاحبة التي تساعد في التأكيد أو تساعد على التواصل الكلامي.

٣- أنماط من السلوك والاهتمامات والأنشطة تتسم بمحدوديتها وتكرارها ونمطيتها وتتضمن:

- الميل نحو فرض قدر من التصلب والروتين على نطاق واسع من أوجه الأداء اليومي وينطبق ذلك عادة على الأنشطة الجديدة كما ينطبق على العادات المألوفة وأنماط اللعب.
- الإصرار على أداء بعض الأعمال الروتينية من خلال طقوس خاصة لا تؤدي وظيفة بعينها.
- انشغالات نمطية ببعض الاهتمامات مثل التواريخ أو الطرق أو الجداول الزمنية.
- أنماط حركية أو اهتمام خاص بعناصر غير وظيفية في الأشياء مثل رائحتها أو ملمسها.
- مقاومة لأي تغيرات في روتين أو تفصيلات البيئة الشخصية مثل (تحريك التحف أو قطع الأثاث).

ثانياً: الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس:

تعد محكات التشخيص الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) بالدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس (DSM-V, 2013) هي المحكات الحديثة لتشخيص اضطراب طيف التوحد والتي تتمثل فيما يلي:

(أ) قصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي يتمثل في النقاط الثلاث التالية:

- ١- قصور في التعامل الاجتماعي العاطفي؛ يتراوح من شذوذ في الأسلوب الاجتماعي وفشل في تبادل الحوار، إلى انخفاض في المشاركة مع الآخرين، إلى عدم البدء أو الاستجابة للتفاعل الاجتماعي.
- ٢- قصور في سلوكيات التواصل غير اللفظي والتي تستخدم في التفاعل الاجتماعي؛ يتراوح من قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى ضعف في التواصل البصري ولغة الجسد، أو ضعف في فهم واستخدام الإيماءات، إلى تدنٍ التعبيرات الوجهية والتواصل غير اللفظي.
- ٣- قصور في تطوير العلاقات وفهمها والحفاظ عليها؛ يتراوح من عدم ملاءمة السلوك للسياقات الاجتماعية المختلفة، إلى ضعف في مشاركة اللعب التخيلي أو قصور في تكوين الصداقات إلى عدم الاهتمام بالأقران.

(ب) أنماط من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة النمطية والمتكررة، يتمثل في اثنين على الأقل مما يلي:

- ١) نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء أو الكلام كـ (أنماط حركية، الصداء اللفظي، أو صف الألعاب أو قلب الأشياء، عبارات غير مفهومة).
- ٢) الإصرار على نفس الأشياء، والالتزام غير المرن بالروتين، وأنماط طقوسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي كـ (الغضب عند وجود تغيرات بسيطة، جمود التفكير، طقوس التحية، الإصرار على تناول نفس الطعام أو تناوله بطريقة معينة).
- ٣) اهتمامات وشاذة من حيث طبيعتها وشدتها كـ (التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء، أو التقيد بصورة مبالغ فيها، أو المواظبة على الاهتمام بشيء محدد).
- ٤) فرط أو تدني في تفاعل المدخلات الحسية أو اهتمام غير عادي للجوانب الحسية من البيئة كـ (عدم الاكتراث الواضح للآلم / الحرارة، الاستجابة السلبية لأصوات معينة أو مقاومتها، الإفراط في شم أو لمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركات).

(ج) هذه الأعراض تظهر بوضوح في مرحلة الطفولة المبكرة.

(د) هذه الأعراض تسبب تدنياً واضحاً في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني وكذلك في الأداءات الحياتية الأخرى

المهمة.

(هـ) أن لا تعود هذه الاضطرابات إلى أحد أسباب الإعاقة العقلية (الاضطرابات العقلية التطورية) أو تأخر في النمو العام. (APA,2013,50)

أما بالنسبة للتشخيص الفارق بين اضطراب التوحد والاضطرابات الأخرى، فقد سبق وأشرنا إلى أن اضطراب التوحد قد تتشابه أعراضه مع أعراض مجموعة من الاضطرابات، لذا على المتخصصين أثناء التشخيص مراعاة ذلك، ومن الاضطرابات التي قد تتداخل تشخيصها مع تشخيص اضطراب التوحد ما يلي:

التوحد والإعاقة العقلية:

بالرغم من تماثل الأطفال المعاقين عقليا مع الأطفال المصابين بالتوحد في بعض المظاهر والخصائص، مثل: قصور السلوك التكيفي الذي يحدث في فترة النمو، وكذلك انخفاض مستوى الأداء العقلي عن المتوسط، إلا أنه توجد اختلافات واضحة بين الإعاقة العقلية والتوحد بينها (فراج، ٢٠٠٢، ٧٥-٧٧) فيما يلي:

١. يتميز الطفل المعاق عقلياً بنزعه إلى التقرب والارتباط بوالديه والتواصل معهما، وهي خاصية غائبة تماماً في حالة أطفال التوحد.

٢. الطفل المعاق عقلياً من الممكن أن يكون حصيلة لغوية، ويمكن أن يستخدم حتى القليل منها مبكراً في التواصل مع أفراد أسرته وأقرانه، على خلاف الطفل التوحد.

٣. لا يعاني الطفل المعاق عقلياً من مشكلة التردد التلقائي المتكرر للكلام Echolalia التي يعاني منها أطفال التوحد.

٤. أن الطفل المعاق عقلياً لا يندفع في ثورات غضب يؤدي فيها ذاته كأطفال التوحد.

٥. لا يعاني طفل المعاق عقلياً من قصور في استعمال الضمائر، كما يفعل طفل التوحد الذي يخلط مثلاً بين "أنا" و "أنت".

٦. أطفال التوحد غالباً ما يكون نموهم اللغوي متوقفاً أو محدوداً وحتى إذا وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات، فمن النادر أن يستخدمها في التواصل، بل ويتجنب التقاء العيون مع المحادثين له، وهي خصائص نادرًا ما توجد لدى الطفل المعاق عقلياً.

٧. في الحالات القليلة التي يمكن فيها تطبيق اختبار ذكاء فردي، نجد أن هناك تفاوتاً كبيراً بين مستوى الذكاء اللفظي (الذي يكون أكثر انخفاضاً) ومستوى الذكاء غير اللفظي (الذي غالباً ما يكون أكثر ارتفاعاً) لدى أطفال التوحد، في أن مستوى كل من الذكاء اللفظي وغير اللفظي يكاد يكون متساوياً لدى الأطفال المعاقين عقلياً.

٨. قد يبدأ الطفل التوحد فجأة في نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يستمر طويلاً، وبدون سبب ظاهر، بينما لا يحدث هذا في حالة الطفل المعاق عقلياً.

٩. التوحد إعاقة يولد بها الطفل، وتظهر أعراضها مبكراً في حدود زمنية أقصاها ٣٠ شهراً، أما الإعاقة العقلية فقد يولد بها الطفل، وقد يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدي إلى تلف في المخ، أو نتيجة إصابة بمرض (كالتهاب السحائي أو الحمى الشوكية)، أو نتيجة التلوث البيئي (مثل الرصاص أو الزئبق).

التوحد واضطراب اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط:

جدول رقم (٢) يوضح التشخيص الفارق بين التوحد واضطراب اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط.

م	المحــــــــك	اضطراب التوحد	اضطراب اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط
١	الحدوث	٢-٤ في كل ١٠	٥ في كل ١٠
٢	نسبة حدوثه بين الذكور والإناث	٣-٤: ١	يتساوى الجنسان أو قريباً من التساوي
٣	التاريخ الأسري في التأخر اللغوي أو المشكلات اللغوية	يظهر في حوالي ٢٥% من الحالات	يظهر في حوالي ٢٥% من الحالات
٤	الصمم المرتبط	نادر جداً	ليس نادراً
٥	التواصل غير اللفظي	بدائي غير متطور	موجود
٦	شدوذ اللغة	أكثر شيوعاً	أقل شيوعاً
٧	مشكلات النطق	أقل تكراراً	أكثر تكراراً
٨	مستوى الذكاء	غالباً ما يوجد ضعف حاد	خلالها يمكن أن يحدث ضعف، أقل تكراراً من الحدة
٩	نمط نسب اختبارات الذكاء	متفاوت، منخفض في الدرجات اللفظية عنه لدى مرض عسر الكلام -Dysphasia، انخفاض في الاختبارات الفرعية للفهم عنه لدى مرض عسر الكلام	متساو أكثر، على الرغم من أن نسبة الذكاء اللفظية أكثر انخفاضاً عن نسبة الذكاء الأدائية
١٠	ضعف الحياة الاجتماعية، الأنشطة الطقوسية	أكثر شيوعاً وأكثر حدة	تغيب أو إذا وجدت تكون أقل حدة
١١	اللعب التخيلي	غائب أو طقوسي	موجود بصورة غير عادية

(حسن مصطفى: ٢٠٠٣، ٥٧١)

التوحد واضطراب الريت (Rett's disorder):

يوضح (عثمان لبيب: ٢٠٠٢، ١٣١) أن هذا الاضطراب يصيب عادة الإناث على عكس التوحد التي تصيب الذكور بدرجة أكبر و يظهر اضطراب الريت بعد خمسة أشهر من النمو الطبيعي للطفل حيث يحدث تدهور وانتكاسة في النمو، ويمكن تمييز اضطراب الريت عن اضطراب التوحد من الجوانب التالية:

١. يظهر الطفل التوحدي قصوراً في النمو في وقت مبكر، أي منذ الميلاد، بخلاف اضطراب الريت الذي

- يظهر بعد خمسة أشهر ويستمر مع تقدم العمر.
٢. يعاني الطفل المصاب بالريرت من عدم التوازن وغياب التناسق الحركي بينما الطفل التوحدي يؤدي ذلك بشكل جيد.
٣. يعاني الطفل المصاب بالريرت من اضطراب التنفس ونادراً ما يوجد ذلك لدى الطفل التوحدي.
٤. يعاني الطفل المصاب بالريرت من فقدان الوظائف اللغوية على عكس التوحدي الذي يستخدم اللغة مع وجود قصور فيها.
٥. يعاني الطفل المصاب بالريرت من وجود نوبات صرع والتي تظهر في وقت مبكر وتتصف بالعنف على عكس الطفل التوحدي فتكون نادرة وإذا ظهرت فإنها تكون في مراحل متقدمة من العمر.

الأساليب العلاجية المستخدمة مع أطفال التوحد:

العلاج بالفن Art Therapy:

إن العلاج بالفن هو نظام يمزج بين عناصر العلاج النفسي، والعمل الإبداعي، عن طريق استخدام الوسائط الفنية المختلفة في أنشطة فنية تشكيلية، يستطيع المريض من خلالها التعبير والتواصل غير اللفظي والتنفيس والكشف عن اللاشعور من خلال إسقاط المشاعر والانفعالات والصراعات في المنتج الفني، ومن ثم الحديث عنها، مما يساعده على الاستبصار بحقيقة المشكلات الكامنة وراء مرضه، والعمل على حلها. (عفاف أحمد ونهى مصطفى: ٢٠٠٤، ٣٦)

فالفن هو الوسيط الناجح في علاج الاضطرابات المختلفة التي يعاني منها الكثير من الأفراد سواء أكانوا كباراً أم صغاراً أم عاديين أم غير عاديين، كما أن الأنشطة الفنية هي من أهم الأنشطة لأطفال التوحد وذلك لأنها تساعد هؤلاء الأطفال في تنمية إدراكهم الحسي وذلك من خلال تنمية الإدراك البصري لديهم عن طريق الإحساس باللون والخط والمسافة والحجم أيضاً مثل الطفل العادي، وأيضاً تدرب الأنشطة الفنية الأطفال على كيفية استخدام بعض الأدوات والخامات التي تمهد للإمساك والتحكم فيما بعد في أدوات الكتابة. (سهى أحمد : ٢٠٠٢ ، ١٤٠)

العلاج بالتكامل السمعي Auditory integration training :

ويقوم العلاج بالتكامل السمعي على أساس أن أطفال التوحد مصابين بحساسية في السمع (فهم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية)، لذا فهذه الطريقة تقوم على تحسين قدرة هؤلاء الأطفال عن طريق فحص السمع أولاً ثم يتم وضع سماعات إلى أذان الأشخاص الذين يعانون من اضطراب التوحد بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل ديجيتال، بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة، أو زيادة الحساسية في حالة نقصها، ويشمل الاستماع لهذه الموسيقى مدة (١٠) ساعات بواقع جلستين يومياً كل جلسة لمدة (٣٠) دقيقة، وهذا التدخل يؤدي إلى زيادة الحساسية الصوتية أو السمعية أو تقليلها ويؤدي ذلك إلى تغيير موجب في السلوك التكيفي، وينتج نقصاً في السلوكيات السيئة. (هلا السعيد: ٢٠٠٩ ، ١١١)

العلاج بالحياة اليومية Daily life therapy :

يبنى هذا المنهج مدرسة هيجاشي *Hegashi school* في اليابان وهي من مدارس التربية الخاصة في اليابان، ويركز البرنامج على التدريب البدني الشديد الذي ينتج عنه إطلاق مادة الأندروفينات التي تحكم القلق والإحباط إضافة إلى برنامج موسيقى مكثف بالإضافة إلى الفن والدراما مع السيطرة على السلوكيات غير المناسبة.

ويعتمد برنامج العلاج بالحياة اليومية على خمسة مبادئ أساسية هي:

1. التعليم الموجه للمجموعة وفيه يتم تعلم أطفال التوحد في فصل دراسي مع أطفال العاديين دون ضغطاً عليهم.
2. تعليم الأنشطة الروتينية من خلال جداول الأنشطة.
3. يعتمد البرنامج على تدريب الأطفال للاعتماد على أنفسهم في جميع شؤون حياتهم.
4. تقليل مستويات النشاط غير الهادف حيث تمثل التربية الرياضية دعامة أساسية في البرنامج، حيث إن التمرينات الرياضية تؤدي إلى تعديل سلوكه للمؤثرات الخارجية، وتقلل فترات الأرق، وتساعد على السيطرة على القوة الجسمية، مع التأكيد على أهمية ممارسة هذه الهوايات والأنشطة في بيئة اجتماعية تشجع الاختلاط والتفاعل الاجتماعي وتنمي المهارات الاجتماعية. (إسماعيل محمد بدر: ١٩٩٧ ، ٧٣٠)

العلاج بالتكامل الحسي *Sensory integration therapy*:

يقوم العلاج بالتكامل الحسي على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل بين جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم، وبالتالي فإن خللاً في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل (حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التذوق) قد يؤدي إلى أعراض التوحد، ويقوم هذا النوع من العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها، ولكن في الحقيقة ليس كل أطفال التوحد يظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي، ومشكلات اللغة عند أطفال التوحد، ولكن لا يعني ذلك تجاهل المشكلات الحسية التي يعاني منها بعض أطفال التوحد، حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل. (هلا السعيد ، ٢٠٠٩ : ١١٢)

النظريات المفسرة لاضطراب التوحد:

هناك مجموعة من النظريات التي اهتمت باضطراب التوحد، والتي أشارت إلى جوانب القصور لدى أطفال التوحد، ومن أمثلة تلك النظريات ما يلي:

أولاً : نظرية العقل:

تعد نظرية العقل من النظريات التي لاقت اهتماماً واسعاً في الآونة الأخيرة وذلك لما لها من دور رئيسي في تفسير اضطراب التوحد، إن نظرية العقل تتكون من مجموعة من المهام والتي أوضحتها هيلن " ، 2003, Helen 200-202" في بحثها عن نظرية العقل والتوحد إلى تلك المهام علي النحو التالي:

- التظاهر *Pretend* وتختبر هذه المهمة القدرة على استخدام دمية كلعبة مستقلة في سيناريو تخيلي، وتشمل هذه المهمة على أربع مواقف قصيرة تقتصر على الأم والطفل، ويُطلب من الطفل إكمال كل مشهد باستخدام الدمية من الأم للقيام بحدث منطقي في السيناريو (على سبيل المثال: استحمام الطفل).
- الرغبة *Task* وتختبر هذه المهمة القدرة على التنبؤ بالفعل بناءً على أشياء مرغوبة، ففي القصص نجد أن الشخصية الرئيسية تتطلع إلى شيء ما وهذا الشيء قد يكون في مكان من مكانين مسمين بالقصة، وتفشل الشخصية في العثور على الشيء المطلوب في المكان الأول، إن أسئلة هذا الاختبار تكون ما إذا كانت الشخصية ستستمر في البحث عن الشيء المرغوب، ولماذا؟.
- الإدراك / المعرفة *Perception/Knowledge* وتختبر هذه المهمة القدرة على استنتاج المعرفة من المواقف الإدراكية، في كل محاولة لاحظ الأطفال أن دمية واحدة تنظر في الصندوق ودمية أخرى تلمس الصندوق وبعد ذلك يُطلب من الأطفال ما إذا كان أحد الدميتين السابقتين تعرف ما الذي يوجد بداخل

الصندوق.

- الاعتقاد الزائف وتغير المكان *Location-Change False Belief* وتتضمن هذه المهمة على قصص التي يتم فيها نقل شيء ما في عدم وجود الشخصية الأساسية، يتم توجيه أسئلة للأطفال عن المعرفة والتنبؤ والتبرير.
 - الاعتقاد الزائف للمكونات غير المتوقعة *Unexpected-Contents False Belief* ففي هذه المهمة يشاهد الأطفال مجموعة من الحاويات Containers المألوفة والتي تحتوي على أشياء غير متوقعة يتم طرح مجموعة من الأسئلة على الأطفال عن التغيير التمثيلي والاعتقاد الزائف.
 - إخفاء الملصقات *Sticker Hiding* ويتطلب من الطفل في هذه المهمة أن يقوم بإخفاء ملصق في يديه ويقوم الباحث بتخمين مكان الملصق، وإذا خطأ الباحث في إجابته يظل الطفل محتفظاً بالملصق في يديه ويتم تسجيل عدد المرات التي يستطيع فيها الطفل إخفاء الملصق عن الباحث.
 - الاعتقاد الزائف من الدرجة الثانية *Second-Order False Belief* وفيه يتم إخبار الطفل بمجموعة من القصص يكون فيها قد حصل الطفل على مكافئة من والده دون علم أمه، في هذا الاختبار يتم الحكم على ما إذا كان الأب يفكر ويعرف ما يفكر فيه الطفل ويعرفه أم لا.
 - الأكاذيب والنكات *Lies and Jokes* تهتم هذه المهمة باختبار قدرة الطفل على التمييز بين الأكاذيب والنكات الساخرة؛ ففي كل قصة تقوم الشخصية الأولى بنطق مجموعة من الكلمات الكاذبة وأن الشخصية الثانية على علم بأن هذه الكلمات كاذبة، ففي هذه المهمة يستلزم التعرف على ما إذا الطفل على دراية بأن الشخصية الأولى تعرف أن الشخصية الثانية على علم بالكلمات الكاذبة.
 - السمات *Traits* تهتم هذه المهمة باختبار قدرة الطفل على الحكم على نوايا الآخرين اعتماداً على ما لديه من معلومات عن سماتهم الشخصية.
 - الالتزام الأخلاقي *Moral Commitment* يتم عرض قصة على الطفل تحكي عن اثنين من الأصدقاء يخططان للمقابلة، يقوم أحد الصديقين بإلغاء ميعاد المقابلة دون علم الصديق الآخر، وفي نهاية القصة يطلب من الطفل بإصدار حكم أخلاقي وتبرير استجابته.
- فنظرية العقل تساعد الفرد على التنبؤ وفهم وتفسير سلوك الآخر، كما تساعده في التمييز بين العالم الحقيقي والعالم العقلي وفهم العلاقة النسبية المتبادلة بين الحالات الذهنية والعالم السلوكي المادي، كما تساعده على فهم وتفسير وتخمين وتوقع الأحداث الجديدة التي يتعرض لها الفرد؛ حيث إن فهم ومعرفة الفرد بالحالات الذهنية والعاطفية للآخرين جزء مهم من الذكاء الاجتماعي كما يساعده في بناء تصوره لحالاته الذهنية المستقبلية، وبناءً على ما سبق فإن طفل التوحد يعاني من قصور في التعرف على التعبيرات الوجهية والحالات الذهنية للآخرين، وإن قصور مهام نظرية العقل لدى أطفال التوحد يعود إلى قصور ميكانيزمات الإدراك الاجتماعي.

ثانياً: الوظائف التنفيذية:

تعد نظرية الوظائف التنفيذية من النظريات الحديثة التي لاقت اهتماماً واضحاً من قبل الباحثين، وتهتم تلك النظرية بوصف مجموعة من العمليات التي تتداخل في العديد من النشاطات – التي لم يتم حتى الآن إيجاد تعريف محدد وواضح لها مثل حل المشكلات، والكف، والمرونة المعرفية، والطلاقة اللفظية، والذاكرة العاملة، والتخطيط.

هذا ويعد قصور الوظائف التنفيذية لدى ذوي اضطراب التوحد من الأسباب الأساسية التي يواجهها هؤلاء الأطفال في المواقف الحياتية اليومية والتي تتمثل في اختلال في الوظائف التنفيذية، بما في ذلك الإجراءات والاستراتيجيات غير المنظمة التي تبرزها المبادرة المتدنية، والتحفيز على الأشياء، والصعوبات التي تثير المفاهيم الجديدة، وعدم

وجود تثبيط للإجراءات غير الملائمة (Han & Chan , 2017 , 20) ، يؤدي القصور في الوظائف التنفيذية كما أشارت نتائج العديد من الدراسات كدراسة لوبيز وآخرون " Lopez et al . , 2005 " ، ودراسة بويد وآخرون " Boyd et al . , 2009 " ، ودراسة سوييز وآخرون " South et al . , 2007 " ، ودراسة كيستر " Kester , 2011 " ، ودراسة ليموندا وآخرون " LeMonda et al . , 2012 " ، ودراسة ويندلكين " Wendelken , 2013 " إلى ضعف في كل من الانتباه والانتباه المشترك، واللعب الظاهري، والتواصل، وكذلك ظهور العديد من المشكلات السلوكية كالسلوكيات العصابية، والسلوكيات التحفظية، والسلوكيات غير المرنة، والسلوكيات النمطية والتكرارية.

نظرية التماسك المركزي:

تم صياغة مفهوم التماسك المركزي لأول مرة على يد فريث " Frith , 1989 " وتعد تلك النظرية من النظريات السيكولوجية المعرفية *cognitive-psychological theories* التي اهتمت بتفسير اضطراب التوحد، حيث تهتم تلك النظرية بنمط معالجة المعلومات فهي تشير إلى الميل إلى معالجة المعلومات المُدخلة وسياقاتها وهذا يساعد الفرد على التعرف على المعنى العام للمعلومات على حساب الانتباه للتفاصيل الدقيقة. (Noens & Berckelaer-Onnes , 2008 , 209-210)

يعاني ذوي اضطراب التوحد من ضعف في التماسك المركزي الأمر الذي يجعلهم ينشغلون بالاهتمام بالتفاصيل الثانوية الجزئية على حساب المعنى العام للسياق، فالأفراد ذوي التطور الطبيعي يميلون إلى معالجة المعلومات الواردة من البيئة التي يعيشون فيها وربطها مع المواد الأخرى ذات الصلة بها وجعلها في قاعدة معرفة الفرد وذلك لتشكيل فهم متماسك عن عالمهم، ويعد هذا الميل إلى دمج المعلومات المتنوعة التي يحصلون عليها في بناء معرفي متماسك لا يساعدهم فقط في فهم عالمهم بل يساعدهم أيضاً في استدعاء المعلومات، وتقتصر نظرية التماسك المركزي أن الأفراد ذوي اضطراب التوحد بدلاً من أن يقوموا بدمج المعلومات على مستوى منخفض في كل متماسك، فإنهم يمكنهم معالجة المعلومات بطريقة أكثر تدريجياً من أسفل إلى أعلى. (Lee , 2001 , 5)

المحور الثاني: الإرشاد الأسري:

لقد أورد في القرآن الكريم لفظ الإرشاد والرشد في العديد من الآيات، فعلى سبيل المثال في قوله تعالى " قُلْ أُوجِي إِلَيَّ أَنَّهُ اسْتَمَعَ نَفَرٌ مِّنَ الْجِنِّ فَقَالُوا إِنَّا سَمِعْنَا قُرْآنًا عَجَبًا (١) يَهْدِي إِلَى الرُّشْدِ فَآمَنَّا بِهِ وَلَنْ نُشْرِكَ بِرَبِّنَا أَحَدًا(٢) " (سورة الجن ، ١-٢)، وكذلك في قوله تعالى " وَتَرَى الشَّمْسَ إِذَا طَلَعَتْ تَزَاوَرُ عَن كَهْفِهِمْ ذَاتَ الْيَمِينِ وَإِذَا غَرَبَتْ تَقْرِضُهُمْ ذَاتَ الشِّمَالِ وَهُمْ فِي فَجْوَةٍ مِّنْهُ ذَلِكَ مِنْ آيَاتِ اللَّهِ مَن يَهْدِ اللَّهُ فَهُوَ الْمُهْتَدِ وَمَن يُضِلِّ لَّنْ تَجِدْ لَهُ وَلِيًّا مُّرْشِدًا " (سورة الكهف، ١٧) .

فالإرشاد عملية فنية تتم بين طرفين أحدهما العميل الذي يواجه التحديات، والآخر يسمى المرشد والذي يقوم بتقديم المساعدة للعميل للتغلب على التحديات والعقبات التي تواجهه وذلك من خلال برنامج إرشادي يتكون من عدة مراحل تبدأ من بناء العلاقة الإرشادية، والتشخيص، والتخطيط للبرنامج الإرشادي وتنفيذه، وتنتهي بالتقويم.

هذا ويعرف الإرشاد الأسري على أنه العملية التي يتم فيها مساعدة أعضاء الأسرة لتفهم الحياة الأسرية، وتعلم مهارات حل مشكلاتها لتحقيق الاستقرار، والتكيف، والسعادة الأسرية (يوسف موسى: ٢٠١٣ ، ٧٢١)، كما يعرف على أنه مجموعة من التوجيهات العلمية التي تقدم لأسرة المعوق لاسيما الوالدين، بهدف تدريب وتعليم أفراد الأسرة على اكتساب المهارات والخبرات التي تساعدهم على مواجهة المشكلات المرتبطة بوجود طفل معوق في الأسرة سواء ما يتعلق بالتنشئة الاجتماعية لهذا الطفل، أو ما يتعلق بتأهيله باستخدام كل الوسائل المتاحة، أو تلك التي يمكن إتاحتها لتقليل الآثار المترتبة على الإعاقة حتى يبلغ الطفل المعوق أقصى استفادة ممكنة من قدراته. (غادة صابر:

(٢٠١٣، ١٠٠)

كما عرف الإرشاد الأسري على أنه أحد طرق الإرشاد والعلاج النفسي، والذي يتم فيه مراجعة المشكلات المتعلقة بكامل أفراد الأسرة ثم معالجتها، وذلك في إطار الوحدة الأسرية. (هالة عبد السميع وهالة فاروق: ٢٠١٣، ٤٠٩)، ويُعرف أيضاً على أنه عملية يتم فيها مساعدة الوالدين ليصبحا فردين مكتملي الأداء يساعدان طفلهما ويعطيان قيمة لأسرة ذات توافق جيد (مصطفى نوري القمش: ٢٠١١، ٢٥٦)، كما يعرف الإرشاد الأسري هو العملية التي يتم من خلالها تقديم العون للمسترشد من قبل المرشد عن طريق فهم بعض الأمور الاجتماعية، وهنا يجب أن يكون المرشد مرناً في تفكيره وتناوله للأمور بعقلانية ونفس واعية كما أنها تتطلب مهارات مختلفة تتطلب أن تكون موجودة لدى المرشد من أهمها صحة وتوازن نفسي ونضج اجتماعي وسعة إطلاع وانفتاح فكري لقبول الآخر (هناء أحمد: ٢٠١٤، ٣٨٣).

أسس الإرشاد الأسري:

يقوم الإرشاد الأسري على حقيقة مؤداها أن معظم الخلافات التي تنشأ بين البشر إنما هي نتيجة اضطرابات العلاقات القائمة بينهم، واضطراب العلاقات داخل الأسرة، ومن أسس الإرشاد الأسري ما يلي:

- **استعداد الإنسان للتوجيه والإرشاد:** يوجد لدى الإنسان العادي استعداد للتوجيه والإرشاد حيث إنه عندما يشكل عليه أمر ما، يشعر بحاجة أساسية تدفعه لطلب التوجيه والإرشاد النفسي، حيث أن الإنسان العادي تكون لديه القدرة على الاستبصار بحالته، مما يشعره بالرغبة في التغيير فيقبل على الإرشاد بنفسه وبدون تأفف، ويثق في عملية الإرشاد ويتوقع الاستفادة منها، وهذا ما يعود عليه بالفائدة الكبيرة، ويحقق الهدف من عملية الإرشاد وهذا دليل على أن لدى الإنسان استعداد قوي لتغيير السلوك غير الصحيح واستبداله بسلوك أفضل.
- **حق الفرد في الاستفادة من التوجيه والإرشاد:** من حق المسترشد (تلميذاً أو طالباً أو عاملاً . . . الخ) على المجتمع الذي يعيش فيه في مراحل النمو جميعها، والتعليم والاستفادة من خدمات التوجيه والإرشاد ليحقق سعادته في حياته الشخصية والمهنية.
- **حق الفرد في تقرير مصيره بنفسه:** من المبادئ الأساسية للتوجيه والإرشاد النفسي، الاعتراف بحرية المسترشد وحقه في تقرير مصيره بنفسه، فالشخص الحر هو الذي يتمكن من معرفة ذاته وبنميتها، ويسعى لحل مشكلاته حين يواجهها، ويسعى لتحقيق مزيد من الحرية في إطار من المسؤولية في ضوء خبرات الماضي وظروف الحاضر وتطلعات المستقبل، وأن من أهم مظاهر الحرية هي حرية الاختيار وحرية اتخاذ القرار وحرية تقرير المصير، فالتوجيه والإرشاد ليس إجباراً وإنما يقدم اختياراً، فهو عملية تعاونية تهدف إلى مساعدة المسترشد في المشكلة التي يعاني منها، واقتراح الحلول واتخاذ القرار المناسب بشأن حياته، فليس هناك من هو أعرف بالفرد من نفسه.
- **تقبل المسترشد:** إن عملية الإرشاد هي عملية تعاونية، وهي تقوم على أساس تقبل المرشد للمسترشد من دون شروط ومهما كان سلوكه، ولكن لا يتقبل سلوك الشاذ أو المنحرف ولكنه يساعده في تغيير هذا السلوك واستبداله بسلوك سوي.
- **استمرار عملية الإرشاد:** يحتاج الإنسان إلى التوجيه والإرشاد النفسي من الطفولة وحتى نهاية الحياة، وعادة ما يقوم الوالدان بمهمة التوجيه والإرشاد في الطفولة المبكرة، كما يقوم الوالدان والمعلمون بهذه المهمة في المدرسة، ويحتاج الفرد إلى التوجيه والإرشاد في المرحلة الجامعية، سواء أكان عند اختيار التخصص الدراسي، أم عندما تواجهه مشكلات تتعلق بدراسته أو بعلاقاته مع الآخرين؛ كما تستمر عملية

الإرشاد بعد تخرج الطالب من الجامعة عند ممارسته لمهنته أو عند الزواج أو عند التقاعد أو عندما تواجهه مشكلات شخصية ويعجز عن مواجهتها بنفسه، فالتوجيه والإرشاد عمليتان مستمرتان ما دام الفرد على قيد الحياة، وهذا يتطلب من الموجهين والمرشدين القيام بمسئولية التوجيه والإرشاد وتقديم المساعدة اللازمة لكل محتاج إليها.

- **الفروق الفردية:** يختلف الأفراد كماً وكيفاً في جوانب الشخصية جميعها (الجسمية، العقلية، الانفعالية، والاجتماعية)، فلكل فرد شخصيته المستقلة التي يتفرد بها عن الآخرين نتيجة العوامل الوراثية والعوامل البيئية بالرغم من وجود اتفاق نسبي بين الأفراد في كثير من الأمور نتيجة الخبرات المشتركة بين هؤلاء الأفراد، بالرغم من اختلاف شخصياتهم، وهذا ما يسهل عليهم التوافق مع البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها، ولذلك لا بد من مراعاة مبدأ الفروق الفردية أثناء ممارسة التوجيه والإرشاد، وإن المشكلة تختلف بطبيعتها من شخص لآخر وكذلك طريقة علاجها.

- **الاهتمام بالجوانب الاجتماعية للفرد:** فالإنسان كائن اجتماعي يعيش في مجتمع فيؤثر فيه ويتأثر به ويقوم بأدوار اجتماعية معينة، كما توجد مؤسسات اجتماعية مختلفة تسهم في تنشئة الفرد وتعدده للدور الاجتماعي المنوط به.

- **الميثاق الأخلاقي:** على الفرد الذي يقوم بمهمة التوجيه والإرشاد أن يتمتع بأخلاقيات الإرشاد، وعليه الالتزام ببعض المبادئ الأخلاقية لمهنة التوجيه والإرشاد. (هيفاء بنت عبد الرحمن: ٢٠١٤، ٥٧٥٦-٥٧٥٧)

حاجات أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد للإرشاد الأسري:

إن صدمة الأسرة بميلاد طفل يعاني من اضطراب التوحد يؤثر على طريقة تواصلهم مع طفلهم ذوي اضطراب التوحد، لذلك فإن أسر الأطفال التوحديين في أشد الحاجة إلى برامج الإرشاد الأسري التي تساعدهم على معرفة أسباب الإعاقة وطرق الوقاية منها، والحد من آثارها، وكيفية التعامل مع طفلهم.

إن للإرشاد الأسري دور محوري في اكتساب أطفال التوحد العديد من المهارات وتحسين حالتهم، فكما هو معروف أن وجود طفل يعاني من التوحد يمثل مصدر ضغط لجميع أفراد الأسرة مما يترتب على ذلك ضغوط أسرية قد تؤدي إلى تمزيق توازن الأسرة، وخاصة أن اضطراب التوحد من الاضطرابات النمائية العصبية التي تحتاج إلى الجهد الشاق لتحسين حالة الطفل، بالإضافة إلى تميزه بمجموعة من الخصائص التواصلية، والاجتماعية، والانفعالية والمعرفية التي تميزه عن غيره من الأطفال، لذا فإن مثل هذه الأسر تحتاج إلى الدعم والإرشاد بصفة مستمرة ومساعدتهم على تفهم حالة طفلهم ومساعدته في الوصول به إلى أفضل حالة يمكن أن يصل إليها.

إن إرشاد أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد ليس بفائدة فقط للأسرة بل بفائدة للطفل كذلك، فإرشاد أسر أطفال التوحد يساهم في تخفيف الضغوط والتوتر الذي يتعرضون له، ويساهم في تخفيف الوصمة الاجتماعية التي قد يشعرون بها عند قيام طفلهم بمجموعة من السلوكيات غير الملائمة اجتماعية وقد تجعلهم يبتعدون عن الكثير من أقرانهم وينعزلون بابنهم، هذا بالإضافة إلى أن الإرشاد الأسري يساهم في تكيف الأسر مع ابنه مما ينعكس ذلك بالإيجاب على طفل التوحد.

أهداف إرشاد أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

إن إرشاد أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد مجموعة من الأهداف يمكن توضيحها على النحو التالي:

١. المحافظة على وحدة الأسرة وتماسكها، فكل فرد في الأسرة هو شخصية مستقلة وله كيانه المستقل،

- بالإضافة إلى كونه عضواً فعالاً في الأسرة ويمثل مع بقية أعضاء الأسرة وحدة اجتماعية متكاملة.
٢. تحقيق الانسجام والتوازن في العلاقات بين أعضاء الأسرة وفتح قنوات الاتصال بينهم ليتمكنوا من مناقشة مشكلاتهم بصراحة، والتعبير عن انفعالاتهم تجاه بعضهم البعض بحرية والتعرف على الخلل الوظيفي الذي تسرب إلى العلاقات الأسرية والذي أدى إلى اضطراب هذه العلاقات.
٣. مساعدة أفراد الأسرة في تقوية القيم الأسرية الإيجابية، وإضعاف القيم السلبية لدى أعضاء الأسرة.
٤. مساعدة أفراد الأسرة في تحقيق مزيد من الفعالية في أداء المهام الاجتماعية ومزيد من التوافق النفسي في جو أسري مُشبع بالأمن والأمان.
٥. مساعدة أفراد الأسرة في تنمية علاقات إيجابية مع الآخرين سواء من أعضاء الأسرة، أم من خارجها.
٦. مساعدة أفراد الأسرة في تحديد السلوك الجديد الذي يروونه مناسباً لعلاج مشكلاتهم، وتدريبهم على كيفية القيام به. (هيفاء بنت عبد الرحمن : ٢٠١٤ ، ٥٧٥٣-٥٧٥٤)

كما ترى الباحثة أن إرشاد أسر أطفال التوحد مجموعة من الأهداف والتي تتمثل في الآتي:

١. إعطاء الأسرة معلومات كافية عن اضطراب التوحد من حيث الأعراض، والمسببات، وكيفية التعامل معه.
٢. إعطاء الأسرة الفرصة للمشاركة في تحسين حالة ابنهم من خلال تدريبهم على كيفية التعامل معه.
٣. التخفيف من المشكلات النفسية والضغط التي تواجه أسرة طفل التوحد.

نظريات الإرشاد الاسرى:

النظرية الاستراتيجية لـ "هيلى":

- ترجع أصول النظرية الاستراتيجية إلى بداية السبعينات بجهود متميزة من هيلى Haley وزوجته فى ذلك الوقت و"مادينز" Madanes و"جاكسون" Jacson و"تزلنيك" Watzlawick إلا أن هيلى هو من أبرز رواد هذا التوجه.
- ولتصميم استراتيجية فعالة لمساعدة الأسرة على التغلب على المشكلة الحالية، يشير كورى Corey إلى أن هيلى أكد على أن المرشد الاستراتيجي يمر بمراحل خلال المقابلة التمهيديّة والإرشاد الأسرى ومنها ما يلي:
- ١- المرحلة الاجتماعية Social Stage بهدف جعل أفراد الأسرة يشعرون بالراحة لإشراكهم في الجلسات الإرشادية.
 - ٢- مرحلة المشكلة the problem stage بهدف اكتشاف الأسباب التي تكمن خلف طلب الأسرة للمساعدة، وطلب جميع الأفراد تغيير إدراكهم للمشكلة.
 - ٣- مرحلة التفاعل الأسرى Family interaction Stage وفيها يعطى المرشد اهتماماً عظيماً بكيفية تحدث أفراد فيما بينهم عن المشكلة الحالية، ويبدى المرشد اهتماماً خاصاً بنماذج السلوك التالية: القوة، الهرمية، نماذج التواصل، الجماعات الفرعية، بهدف تحديد الاستراتيجيات الإرشادية التي يمكن استخدامه في الجلسات المستقبلية.
 - ٤- مرحلة وضع الهدف Goal-setting stage وفيها يعمل المرشد والأسرة معاً لتحديد طبيعة المشكلة، وفي هذا الشكل الأخير من الجلسة الأسرية التمهيديّة، غالباً ما يتم صياغة العقد contract الذى يحدد أهداف وطرق التدخل التي بمقتضاها تتحقق أهداف الأسرة. (أحمد عبد اللطيف وسامي محسن: ٢٠١٢، ١٧٩-١٨٠)

نظرية الإرشاد الأسرى متعدد الأجيال لبوين:

تنسب هذه النظرية إلى ميرى بوين Bowen M الذي يعد أحد الرواد الذين أسهموا في تطور حركة الإرشاد الأسرى، حيث ينظر إلى نظريته في النسق الأسري - التي تعد بمثابة نموذج نظري/ إكلينيكي Theoretical/clinical تضم مبادئ التحليل النفسي وتطبيقاته - على أنها إرشاد أسرى متعدد الأجيال يقوم على الافتراض القائل بإمكانية فهم الأسرة عبر تحليلها طبقاً لمنظور أجيال ثلاثة، وبذلك، يتضح أن هذه النظرية تمتد بجذورها إلى التحليل النفسي، حيث ينظر أنصار هذه النظرية إلى أن ما يعانيه الفرد من أعراض ما هو إلا انعكاس لتجسيدات أو تشبيهات مجازية لنوع العلاقة الوالدية، والتي لا تخرج عن كونها نتاجاً لصراعات الآباء التي لم تحل مع الأسرة الأصل، وهنا يتعاضد دور المرشد في تحليل المعاني اللاشعورية للتواصل الأسرى والكشف عن العوامل اللاشعورية المرتبطة بالمشكلة.

ونظراً لأهمية النسق الأسرى، يؤكد أنصار "بوين" على ضرورة العمل على تغيير أفراد الأسرة ضمن نطاق نسقهم الأسرى لصعوبة حل المشكلات التي تطفو على حياة الأسرة، إلا عبر فهم أنماط العلاقات داخل الأسرة (صاحبة المشكلة) ومواجهتها بفاعلية، أي أن التغيير لا بد أن يحدث في وجود جميع أفراد الأسرة وليس صاحب المشكلة فقط في حجرة الإرشاد، ولعل ممارسة الإرشاد الأسرى طبقاً لنظرية بوين مرتبطة بهدفين رئيسيين هما:

١. تقليل ظهور أعراض القلق الأسرى.

٢. العمل على زيادة مستوى تمايز الذات لدى كل فرد من أفراد الأسرة.

إن نظرية بوين تهدف إلى تشجيع كل فرد من أفراد الأسرة للتحرك نحو التفرد بشكل يُسهل على كل فرد أن يصير متميزاً عن أسرته غير ملتصق بها، والعمل على تجنب أو تقليل الشحنات الانفعالية التي تظهر في التواصل بين أفراد الأسرة والمسئولة عن القلق الأسرى.

ومن أهم فنيات نظرية بوين: الرسم البياني، طرح الأسئلة، ويؤكد ميرو وكوتمان على أن دور المرشد الأسرى يقوم على إقناع الوالدين بتقبل فكرة وقوع المشكلة الأساسية في الأسرة على عاتقهم، وأن يكون هو - أي المرشد- والوالدان مثلثاً علاجياً مع التزامه بالحيادية (الموضوعية)، وعدم تورطه عاطفياً في المشكلة أو المثلث، وفي هذه العلاقة، يعمل المرشد كاستشاري أو مدرب لمساعدة كل طرف على أن يصير أكثر تمايزاً عن الطرف الآخر وعن الأسرة ككل وهكذا، يرى بوين أن المرشد لا ينبغي أن يتورط في نسق الأسرة الانفعالي، وإنما عليه أن يبقى غير مندمج مع هذا النسق ليستطيع أن يعمل معه ويوجهه الوجهة الصحيحة. (أحمد عبد اللطيف وسامي محسن: ٢٠١٤، ١١٧-١١٨)

النظرية البنائية في الإرشاد الأسرى structural family counseling

ترجع هذه النظرية إلى بداية الستينات من القرن العشرين مع أبحاث العالم مينوشن minuchin، وتعرف بالنظرية البنائية للإرشاد الأسرى، وذلك لأنها تبحث عن تغيير الأبنية أي الاتحادات والانشقاقات داخل الأسرة، حيث يهتم بالتركيز على الحدود بين الأنظمة الفرعية داخل الأسرة خاصة بين الوالد والابن؛ فالنظرية البنائية تركز على التواصل والوظيفة، والقوى البنائية كمحاولة لتغيير نسق الأسرة وبنائها، وتكوين حدود بنائية متنوعة، وتغيير مصادر القوى أي التحالف وإعادة تشكيل الأسرة.

والنظرية البنائية تنظر إلى الفرد صاحب المشكلة على أنه بمثابة مؤشر لبناء أسرى يعاني من خلل، وإحداث تغيير لدى الفرد ينبغي أن يحدث التغيير ضمن بناء الأسرة وما يتضمنه من أنساق فرعية؛ ومن أهداف التوجه الأسرى البنائي ما يلي:

- ١- زيادة التفاعل بين أفراد الأسرة عن طريق فك الحدود الجامدة بين أعضاء النسق الأسرى.
 - ٢- العمل على خلق بناء هرمي فعال، يتحمل فيه الوالدان مسئولية أبنائهما، مع إتاحة الفرصة لهؤلاء الأبناء للتعبير عن آرائهم.
 - ٣- تحسين الأداء الوظيفي الأسرى عن طريق إحداث تغيير في بناء النسق الأسرى، وتغيير النماذج التفاعلية والحاكمة للقواعد.
- فالهدف الأساسي في تلك النظرية هو إعادة بناء النسق الأسرى من خلال تغيير تنظيم الأسرة وتغيير وظائفها، حيث يعتبر ذلك السبيل الوحيد لتنمية قدرة الأسرة على مواجهة مشكلاتها، ولكي يتحقق ذلك يجب أن تكون التدخلات مباشرة وعملية وموجهة بالفعل.

وفيما يتعلق بفنيات النظرية البنائية، يرى كوري Corey أن النظرية البنائية قد استفادت من فنيات العديد من المداخل الإرشادية الأخرى، واقترب بالتدريج من الانتقائية في فنياته ومن أهم فنيات الإرشاد الأسرى البنائي: الخريطة الأسرية، تمثيل الأدوار، إعادة الصياغة، وفيما يتعلق بدور المرشد الأسرى في النظرية البنائية، فاندماج المرشدين في العمل مع الأسر يساعدهم على رسم خريطة للبيئة الأسرية تحدد فيها أولاً العوامل التي تسهم في اضطراب الأداء الأسرى، ثم بعد ذلك توظيف الفنيات التي تساعد على تغيير الطرائق التي يتعاملون بها. (تركي حسن عبد الله: ٢٠١٦، ٤٤٥-٤٤٦)

نظرية التواصل لساتير:

تعد فريجينا ساتير (Satir V (1983) رائدة هذه النظرية في الإرشاد الأسرى مؤكدة على أهمية الترابط الأسرى في نموذج أطلقت عليه "الإرشاد الأسرى المشترك Conjoint Family counseling"، وتؤكد هذه النظرية على التواصل والخبرة الانفعالية للأسرة، والطلاق في التعبير والابتكار وافتتاح الفرد على الآخرين وخوض المخاطر، مما يشكل محاور أساسية في نظرية التواصل.

وتهتم ساتير بتدريب الأسر على السيطرة على المشاعر الشخصية، والاستماع إلى بعضهم البعض، وتدعيم الصلة، وإبداء الوضوح، ومناقشة الاختلافات بموضوعية، فضلاً عن تأكيدها على مهارات التواصل لمساعدة أعضاء الأسر ليصبحوا أكثر وعياً، وبالتالي يتضح أن اتباع الأسرة والمرشد لاستراتيجيات ساتير، وتحرير أعضاء الأسرة أنفسهم من الماضي، وتحسين العلاقات فيما بينهم، يسهم في تكوين أسرة ذات تفاعل إيجابي يضيف على أعضائها - أو بمعنى آخر أنساقها الفرعية - مناخاً صحياً ينعكس على ذوات أعضائها.

لذلك يرى أصحاب هذا الاتجاه، أن الاستراتيجية الجوهرية لفهم كيفية تفاعل أعضاء الأسرة يتم من خلال تحليل عملية التواصل بين أعضاء الأسرة، ويركز المرشد الأسرى على:

١. كيفية إرسال واستقبال أعضاء الأسرة الرسائل.

٢. طرق التواصل داخل النسق الأسرى ذاته.

ويذهب ميرو وكوتمان (Murro & Kottman (1995) إلى أن اتجاه ساتير يهدف إلى إعادة بناء أساليب التواصل الأسرية السالبة، المتمثلة في أسلوب المصلح، اللوام المحلل للمسئولية، المثير للربكة، والتي توصف بأنها غير فعالة، وتعوق التواصل المباشر المفتوح، وحث الأسرة على تقليل الرسائل الخفية.

إن الأهداف الأساسية لهذا الاتجاه تتمثل، في حث الأسرة على التواصل الواضح، وانتشار الوعي Expanding of awareness، وتعزيز احتمالات النمو، وخاصة تقدير الذات، والتوافق مع المتطلبات الحياتية، وتسهيل عمليات

التغيير، هذا بالإضافة إلى الأهداف التالية التي حددتها ساتير (١٩٨٣) هي كما يلي:

١. يجب أن يكون كل عضو في الأسرة قادراً على تدوين ما يراه، أو ما يسمعه أو ما يشعر به، أو ما يفكر فيه بأمانة.
٢. يجب أن تتخذ شؤون الأسرة من خلال احتياجات الأفراد، واتخاذ آرائهم في تلك الاحتياجات.
٣. التمايز، يجب الاعتراف به صراحة، واستخدامه للنمو داخل الأسرة.
٤. تقوية وتعزيز مهارات التكيف في الأسرة .

ومن أهم فنيات نظرية التواصل لساتير؛ تجسيد الأسرة، إعادة بناء الأسرة، الجينوجرام، تحليل الأجزاء وفيما يتعلق بدور المرشد في نظرية التواصل، يؤكد كوري Corey على أن المرشد يلعب دوراً هاماً في توجيه وإرشاد أعضاء الأسرة، خلال عملية التغيير، فالمرشد يعمل كمسهل Facilitator وأداة للتغيير في العملية الإرشادية، لذلك يعد المرشد من وجهة نظر ساتير نموذجاً للتواصل الفعال ومصدراً شخصياً لنمو هذا التواصل في الأسرة، وذا قدرات خاصة في ملاحظة الموقف الأسري، وأن حدوث التغيير في العلاقات الأسرية مسئولية المرشد وأعضاء الأسرة أيضاً (علي عبد النبي : ٢٠٠٥، ١٣٨ - ١٣٩).

المحور الثالث: التدخل المبكر:

بدأت فكرة التدخل المبكر منذ اوائل الستينات وبدأت كنوع من الجوانب الوقائية طبيياً وبدأ أول مفهوم واضح لبرامج التدخل المبكر في عام ١٩٨٦ في الولايات المتحدة الأمريكية، اما في البلدان العربية فان أول مركز في المنطقة فكانت في الشارقة منذ عام ١٩٩٢، وجاء التدخل في مرحلة الطفولة المبكرة كتطور طبيعي من التعليم الخاص للأطفال ذوي الإعاقة.

وقد بدأت العديد من خدمات دعم التدخل في مرحلة الطفولة المبكرة كواحدت للأبحاث في الجامعات، في حين أن خدمات الدعم الأخرى قد تم وضعها من قبل منظمات تساعد الأطفال الأكبر سناً، وفي التسعينيات وضعت العديد من الولايات الأمريكية برنامجاً يمكن أن يوصى من خلاله طبيب الأطفال بفحص أو بفرز الأطفال الذين يحتاجون إلى التدخل في مرحلة الطفولة المبكرة وعادة ما يتم تقديم مثل تلك الخدمات مجاناً من خلال المنطقة التعليمية المحلية أو المقاطعة على حسب الولاية.

تعريفات التدخل المبكر:-

- في عام ١٩٧٥: تزويد احتماليات مشاركة الأطفال في الأنشطة وتسهيل تطور الطفل.
- في عام ١٩٧٦: تم تعريفه على أنه مجموعة من الأنشطة والفعاليات والخبرات في أوقات معينة.
- في عام ١٩٧٩: تزويد الأطفال بالفرص التعليمية والخبرات في مرحلة ما قبل المدرسة وتعديل البيئة التعليمية للأطفال.
- في عام ١٩٨١: برامج مخصصة للوصول إلى أهداف محددة من خلال برامج لتطوير القدرات.
- في عام ١٩٨٦: تقديم خدمات علاجية وتعليمية للفئات المستهدفة " منذ الولادة وحتى سن ٦ سنوات " من خلال تقديم خدمات تطويرية تشمل الإرشاد الأسري وتدريب الأهل والزيارات المنزلية والخدمات العلاجية.
- في عام ١٩٩٠: خدمات علاجية وتعليمية للأطفال الصغار وتقديم خدمات الدعم الاستشاري للأهل.
- في عام ١٩٩٢: التعرف على الأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات تربوية خاصة ليحققوا أقصى درجات الأداء الوظيفي.
- في عام ١٩٩٣: اتساق الجهود النظامية المدعمة لإعانة الأطفال الصغار المعوقين والأطفال المعرضون للخلل في النمو منذ فترة الولادة وحتى سن الخامسة ومساعدة أسرهم.

- في عام ١٩٩٧: الإسراع في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعنيين يشمل أيضاً أسرهم.
- في عام ٢٠٠٠: مجموعة الجهود التي تبذل في تحديد الأطفال الذين يكونون أكثر تعرضاً لخطر الإعاقة قبل أو أثناء وبعد الولادة.
- في عام ٢٠٠٢: نظام خدمات تربوية علاجي ووقائي يقدم للأطفال منذ الأيام الأولى لمن هم خطر حسب المنظور العلمي الذي يعتمد على التاريخ الأسري.
- في عام ٢٠٠٤: تقديم خدمات متنوعة طبية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم، والذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين قابلية للتأخر أو الإعاقة.
- في عام ٢٠١٣: تقديم الخدمات الدعم لزيادة الثقة والقدرة لدى الأسر وتعليمهم كيفية تقديم الفائدة المرجوة لأطفالهم من خلال مجموعة منظمة من البرامج والخدمات تصمم بشكل فردي لتلائم مع حاجات الطفل وأسرته.
- في عام ٢٠١٥: تم تعريفه على أنه نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تقدم لأطفال منذ الولادة وحتى سن ٦ سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة.

وقد أجمع العلماء والباحثين وأدرك المختصين في التربية الخاصة والممارسون لها بأهمية التدخل المبكر مع الأطفال المعرضين للخطر والأطفال من ذوي الإعاقة، حيث أكدوا على أهمية المؤثرات البيئية والمتغيرات المحيطة في تشكيل عملية التعليم خاصة ان القدرات العقلية غير ثابتة في مرحلة ما بعد الولادة مباشرة، فالنمو ليس نتاج البيئة الوراثية فقط ولكن البيئة الاجتماعية تلعب دوراً حاسماً، لذلك تزويد الطفل بالخبرات المبكرة سيساعد في تنمية قدراته المختلفة.

وهنا يلعب التدخل المبكر دوراً حيوياً في منع أو الحد والتقليل من خطر التعرض للتأخر أو خطر التعرض للإعاقة ولذلك يقع على كاهل أولياء الأمور والمعلمين في المدارس والروضات والحضانات واجب الكشف عن الإعاقة لدى الطفل أو الكشف عن إمكانية حدوث الإعاقة للطفل مستقبلاً. واستناداً لما سبق يمكن تعريف التدخل المبكر بأنه:

تقديم الدعم والمساندة وتعزيز الثقة والكفاءة للأباء ومقدمي الرعاية لتقديم الفائدة المرجوة لتطوير قدرات الأطفال للانخراط في المجتمع بشكل فاعل من خلال مجموعة منظمة من البرامج والخدمات تصمم بشكل فردي لتلائم مع احتياجات وأولويات الطفل وأسرته

فالتدخل المبكر له تأثير إيجابي على جوانب النمو المختلفة سواء في الجانب العقلي أو الجانب الانفعالي أو الجانب الاجتماعي أو الجانب اللغوي والسلوكي وأثبتت الأبحاث التي تمت على نمو الطفل أن معدل النمو والتعليم الإنساني هي عملية أكثر سرعة في سن الروضة، وبالتالي فهي الفترة التي يمكن فيها مواجهة الصعوبات المختلفة التي يعانيها الطفل ولأهمية التدخل المبكر بينت دراسات (لوثر هامر) التي أجريت على الأطفال ذوي الإعاقة في سنوات حياتهم المبكرة في ألمانيا أن لبرامج التدخل المبكر فاعلية كبرى في إصلاح الانحرافات النمائية الممكنة لديهم.

أهمية التدخل المبكر:

- هناك مجالات عديدة يترك التدخل المبكر تأثيرات هامة فيها على الأفراد والمجتمع، ومنها:
- تعديل اتجاهات الأسر ومساعدتها على تقبل الطفل وتدريبه.
- تحسين قدرته على العناية بذاته واكتسابه أنماط سلوكية جديدة تتناسب مع طبيعة الإعاقة.
- أن لخدمات التدخل المبكر أثراً بالغاً في تكيف الأسرة والتخفيف من الأعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود طفل من ذوي الإعاقة لديها.

- يساعد الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو على تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الإدراكية والاجتماعية.
- أن التعليم الانساني في السنوات الأولى أسرع أسهل من التعلم في أية مرحلة مما يزيد أهمية التدخل المبكر.
- تقليل الفجوة بينه وبين أقرانه من خلال التعرف على احتياجاته وتوفيرها.
- أهمية مشاركة الأسرة وإبراز دورها الأساسي في تقديم المعلومات الضرورية وإسهامها في تنفيذ تلك البرامج.
- أن التدخل المبكر جدواه مثمرة ومتعددة على جميع الجوانب (الاقتصادية، الاجتماعية، التربوية،..).
- التدخل المبكر يساهم مساهمة إيجابية وفعالة في تحقيق الدمج الأكاديمي والاجتماعي للأطفال.

المحور الرابع: التواصل لدى أطفال التوحد:

من المعروف أن الإنسان كائن اجتماعي بطبيعته لا يمكنه العيش بمعزل عن الآخرين، فهو ينتمي إلى جماعة ما ويتواصل معها ويكتسب منها القيم والمعايير السائدة، فبدون التواصل لا يمكنه اكتساب تلك القيم والمعايير، فالتواصل قائم بين البشر منذ وجود سيدنا آدم على وجه الأرض، هذا بالإضافة إلى أن التواصل لا يقتصر على الإنسان فقط بل يمتد ليشمل المخلوقات الحية الأخرى، ونستدل على ذلك قول المولى عز وجل في كتابه العزيز (قَالَتْ نَمْلَةٌ يَا أَيُّهَا النَّمْلُ ادْخُلُوا مَسَاكِنَكُمْ لَا يَحْطِمَنَّكُمْ سُلَيْمَانُ وَجُنُودُهُ وَهُمْ لَا يَشْعُرُونَ) (سورة النمل الآية : ١٨) وقد أعطى الله سبحانه وتعالى لسيدنا سليمان القدرة على معرفة لغة الحيوانات و الطيور، ونستشهد على ذلك بقوله تعالى: (وَتَفَقَّدَ الطَّيْرُ فَقَالَ مَا لِيَ لَا أَرَى الْهُدْهُدَ أَمْ كَانَ مِنَ الْغَائِبِينَ (٢٠) لَأُعَذِّبَنَّهُ عَذَابًا شَدِيدًا أَوْ لَأُدْبِحَنَّهُ أَوْ لَيَأْتِيَنِّي بِسُلْطَانٍ مُّبِينٍ (٢١) فَمَكَتْ غَيْرَ بَعِيدٍ فَقَالَ أَحَطَّتْ بِمَا لَمْ تَحِطْ بِهِ وَجِئْتُكَ مِنْ سَبَإٍ بِنَبَأٍ يَقِينٍ (٢٢)) (سورة النمل ٢٠ - ٢٢).

هذا ويعرف التواصل على أنه قدرة الفرد على التعبير من خلال الأفعال واللغة غير اللفظية، والقدرة على الدخول في حوار متبادل أو مناقشة حتى لو كانت بسيطة. (خالد شريف: ٢٠١٥ ، ١٦٣)، كما يعرف على أنه القدرة على إرسال واستقبال رسالة ذات معنى مع شخص آخر من خلال النقاء العيني واستخدام الإيماءات والأصوات اللفظية لجذب الانتباه والتعبير عن العواطف ومشاركة الأحداث الاجتماعية. (Dehalberg et al .,2007 ,156)

ويعرف أيضًا على أنه الأسلوب أو الطريقة التي يتم بها تبادل المعلومات بين الأفراد سواء بالكلمة المنطوقة أو المكتوبة أو بالابتسامة أو الإشارات أو الإيماءات، حركات الجسم، أو حركات اليدين أو تعبيرات الوجه، وهي عملية تبدأ قبل أن يكتسب الطفل القدرة على استخدام الرموز اللغوية، وتزداد قدرة الفرد على التواصل باكتساب اللغة (شادي محمد السيد: ٢٠٠٨ ، ٦٢)، كذلك يعرف بأنه القدرة على إرسال واستقبال رسالة ذات معنى مع شخص آخر من خلال النقاء العيني واستخدام الإيماءات والأصوات اللفظية لجذب الانتباه والتعبير عن العواطف ومشاركة الأحداث الاجتماعية (Pendleton , 2005 , 289) فالتواصل إذاً هو عملية قائمة بين فردين يستطيع من خلال إرسال واستقبال الرسائل ذات المعنى، والتواصل قد يحدث بشكل لفظي أو غير لفظي.

عناصر التواصل

مهما تعددت أشكال عمليات التواصل وإمكاناتها ومجالاتها نجد أن عناصرها تكاد تكون ثابتة في هذه العملية، وهذه العناصر هي:

١. المرسل: هو مصدر الرسالة يصفها في كلمات أو حركات أو إشارات أو صور ينقلها للآخرين.
٢. المستقبل: وهو الشخص أو الجهة التي توجه إليه الرسالة، ويقوم بحل رموزها وتفسير محتواها وفهمها

معناها، وقد يكون شخصاً واحداً أو مجموعة من الأشخاص، ومن هنا نستطيع أن نطلق على المستقبل الفئة المستهدفة من عملية التواصل لتشمل الفرد والجماعة في آن واحد.

٣. الرسالة: تُعرف الرسالة بأنها:

- المحتوى المعرفي الذي يريد المرسل نقله إلى المستقبل.
- الهدف الذي تسعى عملية التواصل لتحقيقه.
- مجموعة من الرموز التي لا يتضح معناها إلا من نوع السلوك الذي يمارسه المستقبل.
- محتوى فكري معرفي يشمل عناصر المعلومة باختلاف أشكالها سواء أكانت مادة مطبوعة أم مسموعة أم مرئية.

٤. قناة التواصل: هي القناة أو القنوات التي تمر من خلالها الرسالة بين المرسل والمستقبل، وهي كثيرة ومتنوعة.

٥. التغذية الراجعة: وهي عملية تعبير متعددة الأشكال، تبين مدى تأثير المستقبل بإحدى وسائل المعرفة أو مدى تأثير تلك الرسائل أو قياس فعالية الوسيلة أو قناة التواصل التي استخدمت في توصيل الرسالة، وهل استطاع المرسل خلق جو من التفاعل والمشاركة مع المستقبل لدفعه لاستيعاب الرسالة والتأثر بها. (مجد هاشم: ٢٠٠٧، ٨٦-٨٧).

أشكال التواصل:

يقسم التواصل الإنساني إلى أشكال مختلفة منها:

أ- التواصل اللفظي Verbal Communication:

ويندرج تحت هذا النوع جميع أشكال التواصل التي تستخدم اللفظ وسيلة لنقل الرسالة إلى المتلقي بحيث يدركه بحاسة السمع أو البصر، ويكون هذا اللفظ مقروءاً أو مسموعاً أو مكتوباً.

ب- التواصل غير اللفظي Nonverbal Communication:

ويندرج تحت هذا النوع جميع أشكال التواصل التي تعتمد على اللغة غير اللفظية وتضم الأشكال التالية:

١- لغة الإشارة Sign Language :

وتتكون من الإشارات البسيطة الأحادية والمعقدة التي يستخدمها الصم في تبادل المعلومات مع بعضهم البعض أو التي يستخدمها غيرهم من الناس كإشارات المرور وإشارات النصر، لتحقيق التواصل مع غيرهم.

٢- لغة الجسد Body Language:

وتتضمن جميع الحركات التي يأتي بها الإنسان لينقل إلى الآخرين ما يريد من معان.

٣- لغة الموضوع Objective Language:

ويقصد بها كل ما يستخدمه المرسل؛ غير الإشارة و لغة الجسد، للتعبير عن المعاني والأحاسيس التي يريد نقلها إلى المتلقي.

٤- الرموز Symbols :

الرمز هو تعبير عن كلمة، أو عبارة، أو صورة، أو شخصية، أو اسم مكان يحتوي في داخله على أكثر من دلالة، يربط بينهما قطبان رئيسيان:

يتمثل الأول: بالبعد الظاهر للرمز وهو ما تتلقاه الحواس منه مباشرة.

يتمثل الثاني: بالبعد الباطن أو البعد المراد إيصاله من خلال الرمز.

وهناك علاقة وطيدة بين ظاهر الرمز وباطنه ويمكن للصورة أن تفقد قيمتها إذا حدث تنافر أو عدم انسجام بين القطبين المذكورين باستثناء بعض الحالات الخاصة والتي تخص طبيعة الرمز ونوعه، فالرمز هو وسيلة من وسائل التواصل سواء كان التواصل منطوقاً أو مكتوباً أو مرسوماً أو غير ذلك.

٥- الشارات Gestures:

تعد الشارات شكل من أشكال التواصل غير اللفظي تتم من خلال أجزاء الجسم المختلفة وتستخدم بدلاً من أو مع أشكال التواصل اللفظي، إن معظم الناس يستخدمون الشارات ولغة الجسم أثناء حديثهم وبعض الشعوب تركز على الشارات أكثر من غيرها، وهذه الشارات تختلف من بيئة لأخرى ومن ثقافة لأخرى، إلا أن بعضها ثابت لا يتغير. (سليمان قسيم: ٢٠١٠، ١٥٩-١٦٢)

معوقات التواصل:

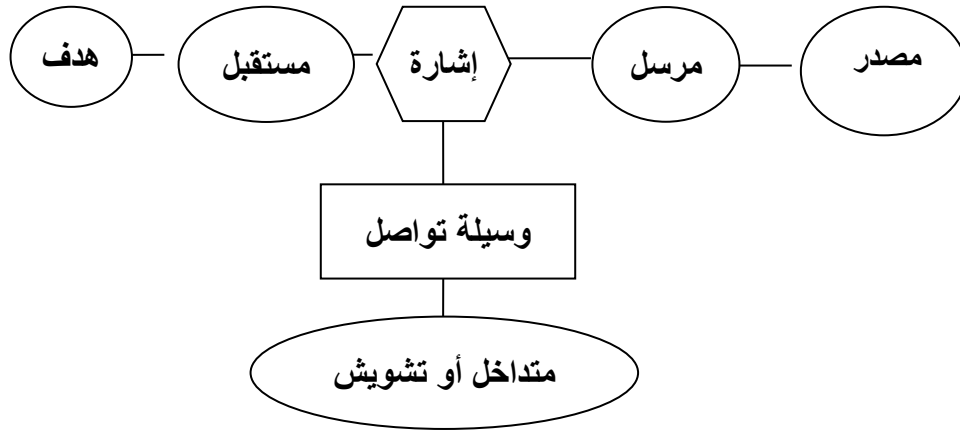
هناك عوامل كثيرة تمثل معوقات وعقبات تحول دون إمكانية تحقيق التواصل بفاعلية ومن العوائق التي تؤثر في نجاح عملية التواصل ما يلي:

- أ) عدم القدرة على التعبير بوضوح عن معنى مضمون الرسالة نتيجة افتقاد الخلفية السليمة من التعليم والثقافة التي تمكن من نقل المعنى بصورة واضحة وسهلة سواء أكانت شفوية أم كتابة.
- ب) عائق الحالة النفسية لمستقبل الرسالة ومدى استعداده لتقبلها، وهذا يتوقف على رد الفعل الإيجابي الذي يستفاد منه.
- ج) ميل الأفراد إلى رفض الأفكار الجديدة وخاصة إذا تعارضت مع معتقداتهم.
- د) سوء العلاقات وفقدان الثقة بين بعض المستويات المشتركة في عملية التواصل (سليمان عبد الواحد: ٢٠١٠، ١٧٧-١٧٨).

نماذج التواصل:

نموذج شانون وويفر: Shannon – Weaver:

ويعد من أكثر نماذج التواصل حيث اعتبر أساساً لتعاريف ونماذج تالية كمحاولة لشرح عناصر التواصل، ويضم هذا النموذج خمسة عناصر هي؛ المصدر – المرسل – إشارة مع ضوضاء – مستقبل ثم هدف (فراس السليتي: ٢٠٠٨، ١٩٤)

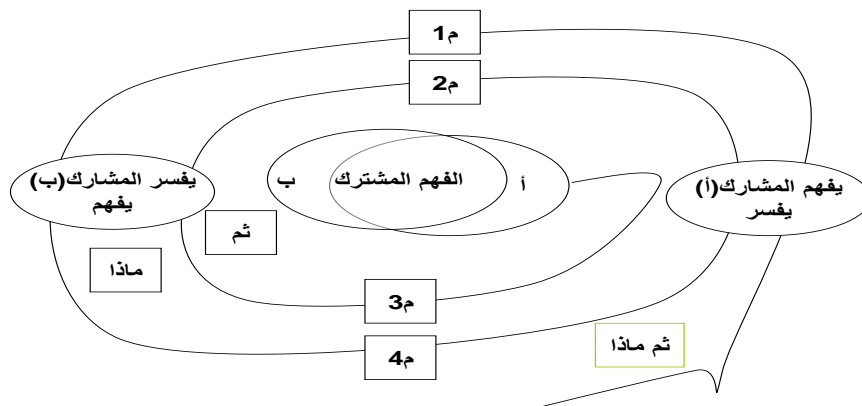


شكل رقم (١) يوضح نموذج شانون وويفر

نموذج روجرز وكنكيد و Kincaid & Rogers:

هو النموذج التواصلي المعروف بنموذج التلاقي حيث يركز على أهمية المعلومات والطريقة التي تربط الأفراد في شبكات اجتماعية؛ فالتواصل عندهما يعني العملية التي ينتج فيها الأفراد معلومات متبادلة، ليصلوا بذلك إلى فهم مشترك وهذه العملية الدائرية تستدعي إعطاء معانٍ للمعلومات المتداولة بين اثنين أو أكثر من الأفراد أثناء تحركهم نحو التلاقي وهذا يدعو أن يتجه فردان أو أكثر إلى التحرك تجاه بعضهما، وأن يتحدا في رأى أو مصلحة مشتركة؛ فكل منهما له ماضٍ يفكر فيه، وتأثيره مؤثرات تستثيره لكي يتفاعل ويتقدم نحو الفهم والتفسير. (سليمان عبد الواحد: ٢٠١٠، ١٦٣-١٦٤)

هذا ويمكن تمثيل الموقف التواصلي وفقاً لهذا النموذج من خلال الشكل التخطيطي التالي:



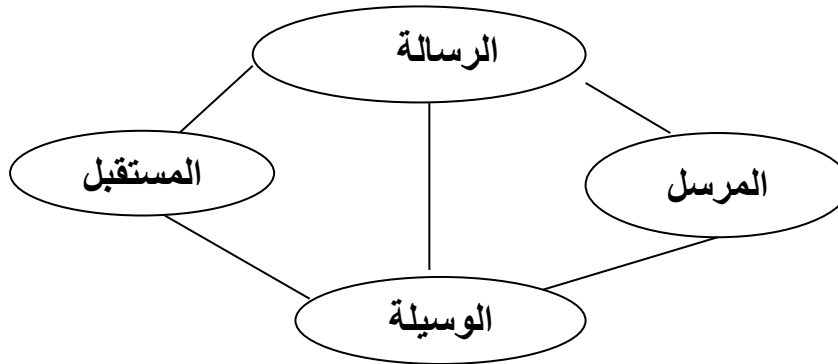
شكل رقم (٢) نموذج التواصل لروجرز وكنكيد

فالتواصل هنا في هذا الشكل التخطيطي هو إرسال واستقبال الرسائل بين فردين يهدفان إلى فهم مشترك للموضوع، والتواصل عملية تفاعلية وليست حدثاً واحداً، ويتضح من الشكل السابق أن الفرد (أ) يبعث برسالة إلى

الفرد (ب) الذي يحاول فهمها وتفسيرها بناءً على هذا الفهم ثم يعيد إرسالها إلى الطرف (أ) وهكذا كنوع من التغذية المرتدة المتبادلة. (سليمان عبد الواحد: ٢٠١٠، ١٦٥)

نموذج برلو Berlo :

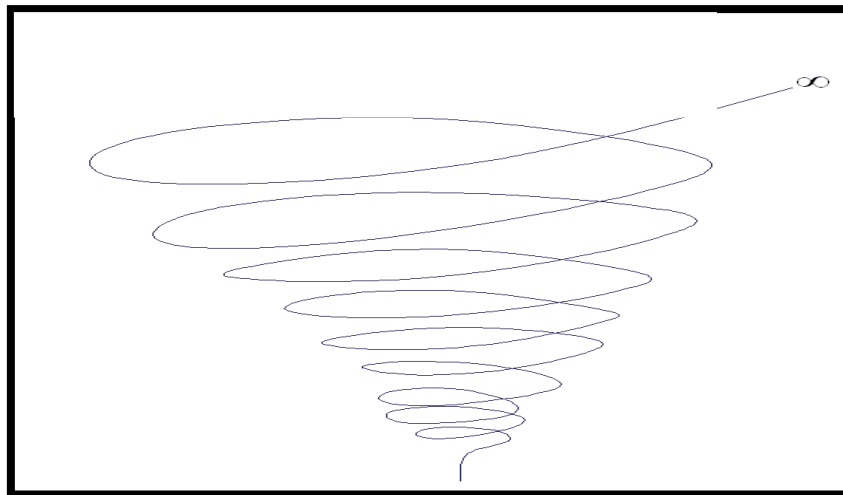
يحتوي هذا النموذج على أربعة عناصر (المرسل - المستقبل - الوسيلة - الرسالة). ويؤكد "برلو" أن التواصل يهدف بالأساس إلى التأثير على الآخرين ولا تواصل دون هدف ويعتبر نموذج برلو مثالاً للتواصل الشخصي، حيث يتوقف نجاحه على مهارات المرسل واتجاهاته. (فراس السليتي : ٢٠٠٨ ، ١٩٥)



شكل رقم (٣) يوضح نموذج برلو

نموذج دانس الحلزوني Dance:

هو نموذج يختلف عن النماذج الخطية السابقة، ليكون نموذجًا حلزونيًا يشير إلى كون عملية التواصل عملية تحويلية معقدة، حيث يشير إلى أننا إذا نظرنا إلى التواصل كعملية، فإننا نكون مرغمين على تكييف دراستنا وأدوات هذه الدراسة لتلائم شيئاً نشطاً يتغير في اللحظة ذاتها التي ندرسه فيها، فهذا الشكل الحلزوني يوضح في أي حدث تواصل يضيف خبرات تواصلية إلى كل الأطراف، ويمكن تمثيل هذا النموذج التواصلي بالشكل التخطيطي التالي:



شكل (٤) نموذج دانس الحلزوني (١٩٦٧)

وإن كان التسليم بأن عملية التواصل أحياناً تكون معقدة ويصعب فهمها إلا أن ثمة درجة من الثبات لبعض عناصر

التواصل يمكن الاعتماد عليها في فهم هذه العملية لتحديد المرسل والمستقبل وما هي الرسالة؟ وكيف تنتقل سمعياً أو بصرياً؟ وإلى ما انتهت إلى غير ذلك من عناصر يمكن تحديدها والاستفادة منها في نجاح عملية التواصل. (سليمان عبد الواحد: ٢٠١٠، ١٦٣-١٦٤)

مشكلات التواصل لدى اطفال التوحد:

يعد قصور التواصل أحد محكات التشخيص الرئيسية الواردة بالدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس (DSM -V,2013) والتي تساهم في تشخيص طفل التوحد والتي يمكن توضيحها كما جاء بالدليل على النحو التالي :

- قصور متواصل في كل من التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي مع المواقف المتنوعة سواء كان ذلك في المراحل الحالية أو المراحل التي قبلها يتمثل في النقاط الثلاث التالية:
 - ١) قصور في التعامل الاجتماعي العاطفي؛ يتراوح على سبيل المثال من شذوذ في الأسلوب الاجتماعي وفشل في تبادل الحوار، إلى تندي في المشاركة في الرغبات والعواطف والوجدان للآخرين، إلى عدم البدء أو الاستجابة للتفاعل الاجتماعي.
 - ٢) قصور في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي؛ يتراوح من ضعف في تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد، أو قصور في فهم واستخدام الإيماءات، إلى انعدام تام في التعبيرات الوجهية والتواصل غير اللفظي.
 - ٣) قصور في تطوير العلاقات فهمها والمحافظة عليها؛ يتراوح من صعوبة في تعديل السلوك ليتلاءم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبة في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين الصداقات، إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

التواصل لدى الأطفال التوحديين من أكثر الأعراض وضوحاً، حيث أنهم يقضون معظم وقتهم في أنشطة فردية، ويفشلون في الاستجابة لمن حولهم، فالأطفال التوحديين يفشلون في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة حيث يتجنبون التواصل مع الآخرين، هذا بالإضافة إلى انخفاض فهم العديد من الأدوار والمواقف الاجتماعية الذي يجعل تفاعلهم وأدوارهم الاجتماعية في غاية من الصعوبة بالنسبة لهم (هشام الصاوي: ٢٠١٠، ٢٧٦)، هذا ويواجه ذوي اضطراب التوحد صعوبات في القدرة على التواصل بصور ومستويات متباينة وتتمثل في:

- **مرحلة ما قبل التواصل اللفظي:** عندما يصل الطفل العادي إلى العام الأول، لديه القدرة على سلوك الانتباه المزدوج *joint attention* فهو يمكنه أن يؤشر بإصبعه تجاه شيء معين بينما طفل التوحد يندر أن يكون سلوكه بهذه الكيفية.
- **التواصل غير اللفظي:** الطفل العادي يتواصل بطريقة غير لفظية حيث يستخدم الإيماءات بمصاحبة الكلام أو التعبير عن انفعاله، ويصاحب ذلك تواصل بصري بينما طفل التوحد تلميحات الوجه وقسماته لا تتوافق مع نبرات الصوت، ولا تتسجم الإيماءات مع الكلام.
- **صعوبات الكلام:** يصعب على أطفال التوحد تنمية وتطوير القدرة على الكلام، وغالباً ما يعانون من خرس وظيفي، يصاحب بمشكلات تواصلية عديدة، ولأن القلة من أطفال التوحد الذين يتمكنون من تنمية وتطوير القدرة على الكلام، فإن قدرتهم على الكلام تتصف بالصفات التالية:
 - أ) **المصاداة:** وتتمثل في ترديد الكلام المسموع من الصدى، حيث يتم مباشرة بعد سماع الكلام أو مرور بعض الوقت.
 - ب) **اللغة المجازية:** وتتمثل في عبارات لغوية مجازية خاصة بطفل التوحد يعبر بها عن شيء معين قد لا يفهمه إلا من يحيط به.

(ج) الكلمات الجديدة: وهي تسمية أشياء بمسميات خاصة بطفل التوحد، لا يعرفها إلا المحيطون به.
(د) الاستخدام العكسي للضمائر: وهي صعوبة في استخدام الضمائر بشكل صحيح. (لطيفة النعيمي: ٢٠٠٦، ٢٢٢)

هذا وقد لخص (محمد عبدالحليم : ٢٠١١، ٩٥-٩٦) صعوبات التواصل لدى أطفال التوحد كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٤) يبين سمات التواصل الاجتماعي لدى أطفال التوحد

العمر	سمات التواصل
من الميلاد حتى (١٨) شهر	<ul style="list-style-type: none">تجنب التواصل البصري.مقاومة الاحتضان من قبل الآخرين.الابتسام متأخر أو غير متواجد.صلب وينقبض الجسم عند حمله من قبل الآخرين.الافتقار إلى التواصل غير اللفظي.رفض محاولات الآخرين للتواصل معه.ضعف في فهم أو تقليد الإيماءات.الافتقار أو ضعف المناغاة.تأخر أو غياب الكلمات الأولى.اللعب بمفرده.عدم الاهتمام بألعاب الأطفال الآخرين.
من (١٨) شهر حتى (٤) سنوات	<ul style="list-style-type: none">الفشل في أخذ الدور.إظهار اللغة متأخرة.عدم القدرة على فهم اللغة.نطق كلمات غير مألوفة (لغة خاصة).هذا بالإضافة إلى سمات المرحلة السابقة.
أكثر من (٤) سنوات	<ul style="list-style-type: none">الافتقار إلى مهارات التقليد.معاملة الأفراد كأشياء.عدم الوعي أو الإدراك لمشاعر الآخرين.مقاومة أو رفض العواطف الجسدية كالثقبلة أو الاحتضان.الافتقار إلى الاستجابات الانفعالية والاجتماعية المناسبة.استعمال قليل للغة التعبيرية.الفشل في المبادرة في المحادثة.استعمال الضمائر بشكل غير مناسب (معكوس).التحدث بنوعية وطبقة صوت غير مألوفة.الإتيان بكلمات غريبة أو تعبيرات من عصور قديمة.هذا بالإضافة إلى سمات المراحل العمرية السابقة.

أهمية التواصل لدى أطفال التوحد:

هذا وترى الباحثة أن للتواصل أهمية بالغة في حياة الأطفال بصفة عامة وفي حياة أطفال التوحد بصفة خاصة، ويمكن توضيح أهمية التواصل بالنسبة لأطفال التوحد في النقاط التالية:

١. يعد التواصل أداة طفل التوحد للتفاعل والانخراط مع من حوله، مما يساهم ذلك في اكتسابه العديد من المهارات والسلوكيات الملائمة اجتماعياً الأمر الذي ينعكس بالإيجاب على تكيفه وتوافقه مع من حوله.
٢. إن افتقاد التواصل لدى طفل التوحد يجعله عرضة للمعاناة من العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية والتي تؤثر بالسلب على حياتهم.
٣. يساعد التواصل على إكساب طفل التوحد الشعور بالانتماء للجماعة والتعاون معهم.

التوصيات:

- ١- تدريب الأسر، والكوادر العاملة بمجال التدخل المبكر والطفولة المبكرة بصفة عامة لمساعدتهم على فهم احتياجات الأطفال وتطوير مهاراتهم في كيفية التعامل مع الطفل وتفعيل فرص التعلم الفطرية ومشاركتهم الإيجابية في المجتمع إلى جانب اكتشاف حالات المتأخرين نمائياً وتصميم برامج تدخل مناسبة تعتمد على مبدأ فردية الخدمات.
- ٢- أهمية تطبيق برامج إرشادية قائمة على التدخل المبكر وفهم احتياجات الأسر حيث يعتبر برنامج شامل يغطي المجالات النمائية الأساسية.
- ٣- برامج التدخل المبكر تقيس المهارات والقدرات الوظيفية التي يعتقد أنها ضرورية حتى يؤدي الأطفال المهارات باستقلالية ويجابهون المطالب البيئية.
- ٤- تعد ملاحظة الطفل في البيئات المألوفة والمعتادة الطريقة الأولى والمفضلة للحصول على معلومات القياس/التقييم، وهذه الميزة للاختبار توفر معلومات هامة عن استجابات الطفل بطريقة وظيفية (متى؟ وأين؟ وكيف؟) وبذلك نحصل على معلومات نمائية وظيفية ذات صلة تربوية يمكن استخدامها لوضع خطط ومحتوى تدخل فردي.
- ٥- تفعيل دور الأسرة كشريك أساسي في برامج التدخل المبكر مما يسمح لأفراد الأسرة بالمشاركة النشطة الفعالة في عمليات القياس ووضع الأهداف والتدخل والتقييم المستمر لطفلهم.
- ٦- يدعم البرنامج الإرشادي القائم على التدخل المبكر وضع الأطفال في بيئات دمجية ويشجع التعاون بين المعلمين والأخصائيين وأفراد الأسرة ومقدمي الرعاية.
- ٧- تنظيم برامج توعوية للأسر والعاملين بالمجال لما لها من أهمية في الكشف المبكر للتعرف على جوانب الاحتياج لدى الطفل والعمل عليها.
- ٨- أهمية وجود برامج داعمة للأسر كبرامج تدريبية تساعدهم على فهم طبيعة أطفالهم وكيفية العمل على تطوير قدراته باستغلال فرص التعلم الفطرية ومن خلال وجود الطفل بالبيئة الطبيعية ومن خلال روتين الأسرة اليومي.

قائمة المراجع:

أ) المراجع العربية باللغة العربية:

- إبراهيم محمد بدر (٢٠٠٨). فعالية برنامج إرشادي في تحقيق التواصل بين الأم وطفلها التوحدي وزيادة سلوكه التكيفي. *مجلة دراسات عربية في علم النفس*، ٧(٣)، ٥٣٩-٥٩٠.
- أسامة فاروق مصطفى (٢٠١٤). فعالية برنامج ارشاد أسري معرفي سلوكي في خفض القلق الاجتماعي وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأبناء ذوي اضطرابات طيف التوحد. *مجلة كلية التربية*، ٢٥ (٩٧)، ٩٨-٣١.
- أمجد عبد اللطيف إبراهيم (٢٠٠٧). تأثير التأهيل الرياضي على خفض مستوى النشاط الزائد وتحسين السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين. المؤتمر السنوي الرابع عشر للإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس (الإرشاد النفسي من أجل التنمية في ظل الجودة الشاملة "نحو توجهات مستقبلية")، ٦٩٧-٧٢٨.
- عبد المطلب أمين القريطي (٢٠١٠). التعرف والتدخل المبكران في مجال الإعاقة. *مجلة الطفولة والتنمية*، ٥ (١٧)، ٢٧٨-١٥٩.
- علا كمال (٢٠١٥). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد. غزة، الجامعة الإسلامية، كلية التربية، رسالة ماجستير.
- كوثر عبد ربه قواسمة (٢٠١٢). فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر لتنمية مهارات التواصل والانتباه لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد في الأردن. *مجلة كلية التربية*، ٢٣ (٩١)، ٦٤-٢٩.
- لطيفة ماجد النعمي (٢٠٠٦). المحاكاة التشخيصية والخصائص اللغوية وسبل التدخل التدريبي للأطفال الأوتيزم: مرشد للوالدين والمعلمين والأخصائيين. *مجلة التربية*، قطر، (٣٥)، ٢١٨-٢٣٢.
- مشيرة علي الدين يوسف (٢٠١٥). فعالية الإرشاد الأسري في تنمية بعض مهارات رعاية الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين. *جامعة الأزهر، مجلة كلية التربية*، ١٦٢ (١)، ٣٧٦-٢٩٣.
- مصطفى القمش (٢٠١١). *اضطرابات التوحد "الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسات علمية"*. الأردن، عمان، دار المسيرة.
- هشام محمد الصاوي (٢٠١٠). برنامج نفسحركي مقترح وتأثيره في الحد من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط لدى الأطفال التوحديين القابلين للتعليم. *القاهرة، مجلة الطفولة والتربية*، ٣٤ (٣)، ٣٢٠-٢٤٩.

ب) المراجع العربية باللغة الإنجليزية:

- Ibrahim Muhammad Badr (2008). The effectiveness of a counseling program in achieving communication between a mother and her autistic child and increasing his adaptive behavior. *Journal of Arab Studies in Psychology*, 7(3), 539-590.
- Osama Farouk Mustafa (2014). The effectiveness of a cognitive-behavioral family counseling program in reducing social anxiety and improving social interaction among children with autism spectrum disorders. *Benha University, Faculty of Education Journal*, 25 (97), 31-98.
- Amjad Abdul Latif Ibrahim (2007). The effect of sports rehabilitation on reducing the level of hyperactivity and improving adaptive behavior in autistic children. *The*

Fourteenth Annual Conference on Psychological Counseling, Psychological Counseling Center at Ain Shams University (Psychological counseling for development in light of comprehensive quality "Towards Future Directions"), 697-728.

- Abdul Muttalib Amin Al-Quraiti (2010). Early recognition and intervention in the field of disability. *Journal of Childhood and Development*, 5(17), 159-278.
- Ola Kamal (2015). The effectiveness of a training program in developing communication skills for mothers of children with autism. Gaza, Islamic University, College of Education, Master's thesis.
- Kawthar Abd Rabbo Qawasma (2012). The effectiveness of a training program in early intervention to develop communication and attention skills among a sample of children with autism disorder in Jordan. Benha University, Faculty of Education *Journal*, 23 (91), 29-64.
- Latifa Majid Al Nuaimi (2006). Diagnostic simulation, linguistic characteristics, and training intervention methods for autistic children: a guide for parents, teachers, and specialists. *Journal of Education, Qatar*, (35) 159, 218-232.
- Mushira Ali Al-Din Youssef (2015). The effectiveness of family counseling in developing some self-care skills among a sample of autistic children. Al-Azhar University, *Journal of the College of Education*, 162 (1), 293-376.
- Mustafa Al-Qamsh (2011). Autistic disorders "causes, diagnosis, treatment, scientific studies." Jordan, Amman, Dar Al Masirah.
- Hisham Muhammad Al-Sawy (2010). A proposed psychomotor program and its effect in reducing attention deficit hyperactivity disorder in teachable autistic children. Cairo, *Journal of Childhood and Education*, No. 3, 249-320.

(ج) المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-(5th Ed)*. Washington, DC.
- Ashburner,J.; Vickerstaff,S.; Beetge,J & Copley,J. (2016). Remote versus face-to-face delivery of early intervention programs for children with autism spectrum disorders: Perceptions of rural families and service providers. *Research in Autism Spectrum Disorders* ,23, 1–14.
- Boedigheimer,T. (2015). Using Video Chat to Improve Communication Skills in Children with Autism Spectrum Disorder. *Master*, Kaplan University.
- Boyd,B.; Odom,S.; Humphreys, B & Sam,A. (2010) . Infants and Toddlers With Autism Spectrum Disorder: Early Identification and Early Intervention. *Journal of Early Intervention* ,32 (2),75-98.

- Carr, T & Lord,C. (2016). A pilot study promoting participation of families with limited resources in early autism intervention. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 25 , 87–96.
- Chien,M.; Jheng,C.; Lin,N.; Tang,H.; Tael,P Tseng,W & Chen,M. (2015). iCAN: A tablet-based pedagogical system for improving communication skills of children with autism. *Int. J. Human-Computer Studies* ,73,70-90.
- Coogle,C.; Guerette,A. & Hanline,M. (2013). Early Intervention Experiences of Families of Children with an Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Pilot Study. *Early Childhood Research & Practice*, 15 (1),1-11.
- Dehalberg, C. ; Cusick, C. ; Hawley, L. ; Newman, J. ; Morey, C. ; Harrison. F, & Whienneck, G. (2007) . Treatment efficacy of social communication skills training after traumatic brain injury: a randomized treatment and deferred treatment controlled trial. *Research of physical medicine and rehabilitation*,(88)12,1561-1573.
- Izralson,G. (2011). Fostering Parental Empowerment in Early Intervention with Children with Autism Spectrum Disorder. *PhD*, Alliant International University, Los Angeles.
- Matson,J & Konst,M. (2014). Early intervention for autism: Who provides treatment and in what settings. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8 , 1585–1590.
- Pickles,A.; Harris,V.; Green,J.; Aldred,C.; McConachie,H.; Slonims,V.; Couteur,A et al (2015). Treatment mechanism in the MRC preschool autism communication trial: implications for study design and parent-focussed therapy for children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(2) , 162–170
- Siller,M.; Hutman,T. & Sigman,M. (2013). A Parent-mediated Intervention to Increase Responsive Parental Behaviors and Child Communication in Children with ASD: A Randomized Clinical Trial. *J Autism Dev Disord*; 43(3): 540–555.
- Taylor,L.; Maybery,M.; Wray,J.; Ravine,D.; Hunt, A. & Whitehouse,A. (2013). Brief Report: Do the Nature of Communication Impairments in Autism Spectrum Disorders Relate to the Broader Autism Phenotype in Parents?. *J Autism Dev Disord*,43, 2984–2989.
- Zaghlawan,H(2011).Aparent-implemented intervention to improve spontaneous imitation by young children with autism . *PhD*, University of Illinois at Urbana-Champaign