

التقييم والتشخيص المبكر لطفل التوحد

Early assessment and diagnosis of autistic children

بلال بن علي^{1*}، نايل بن حميدة²¹جامعة زيان عاشور الجلفة (الجزائر)، billal.benhamida@univ-djelfa.dz²جامعة زيان عاشور الجلفة (الجزائر)، nail.benalia@univ-djelfa.dz

تاريخ النشر: 2025/07/24

تاريخ القبول: 2025/07/18

تاريخ الإرسال: 2025/07/07

ملخص

المفاهيم المرتبطة به، بما في ذلك أسبابه، وتصنيفاته، والمشكلات المصاحبة له، إلى جانب عرض لأهم النظريات التي حاولت تفسير هذا الاضطراب. كما تتناول الدراسة الخصائص السلوكية والعقلية التي تميز أطفال طيف التوحد، وتبرز معايير التشخيص المعتمدة والأساليب المعتمدة للكشف المبكر عنه. ويأتي ذلك في إطار الهدف الأساسي للمداخلة، والمتمثل في التقييم والتشخيص المبكر لطفل التوحد

Abstract

This study aims to shed light on Autism Spectrum Disorder (ASD) by exploring key related concepts, including its causes, classifications, associated challenges, and the main theories explaining the disorder. The study also examines the behavioral and cognitive characteristics of children with ASD, highlights diagnostic criteria, and emphasizes the importance of early detection. This is all aligned with the main objective of the presentation: the early assessment and diagnosis of children with autism

*المؤلف المرسل

1. مقدمة

يُعد اضطراب التوحد من الاضطرابات النمائية المعقدة التي ما تزال تحظى باهتمام واسع من قبل الباحثين والمختصين في مختلف الميادين العلمية، نظرًا لعدم التوصل إلى أسباب دقيقة ومحددة تؤدي إلى ظهوره. وعلى الرغم من تعدد الدراسات العلمية المتقدمة في هذا المجال، إلا أن ما توفر حتى اليوم لا يتجاوز نطاق الفرضيات، ومن أبرزها: العوامل البيولوجية، الوراثية، الكيميائية، الجينية، الأيضية، والبيئية، إضافة إلى فرضيات تتعلق بتناول الأم لبعض الأدوية أثناء الحمل، وفرضية اللقاحات والتسمم

وتُعد عملية التشخيص حجر الأساس في رسم مسار العلاج المناسب للأطفال المصابين بالتوحد، حيث يُمكن التشخيص الدقيق من تحديد أساليب التدخل الفعالة بناءً على الخلفية النمائية للحالة. فالتشخيص هو عملية منهجية تهدف إلى إصدار حكم علمي حول سلوك معين وفق معايير محددة، مع توضيح جوانب القوة والضعف في ذلك السلوك، بما يُسهم في تطبيق برامج علاجية مبكرة (غانم أحمد، 2013 ص30)

ومن الضروري أن يتم تشخيص اضطراب التوحد ضمن إطار برنامج شامل ومتكامل، يُعدّ من قبل فريق متعدد التخصصات، ويغطي جميع جوانب النمو: الجسدية، الحسية، الحركية، العقلية، الانفعالية، والاجتماعية. إذ يُسهم هذا التكامل في إبراز مظاهر القصور بدقة، ومن ثم تقديم خدمات علاجية وتأهيلية شاملة تسهم في تحسين مختلف نواحي النمو لدى الطفل، دون التركيز على جانب واحد فقط. ويتفق أغلب الباحثين على أهمية التشخيص المتكامل أو متعدد الأبعاد، بما يشمل من تقييم طبي وصحي، نفسي، أسري، اجتماعي، وتربوي. ومن هنا، تبرز أهمية التشخيص المبكر بوصفه مدخلًا أساسيًا للبدء في تقديم التدخلات العلاجية المناسبة في الوقت الملائم.

2. تعريف طيف التوحد

يُعد اضطراب التوحد من الاضطرابات النمائية المعقدة التي يصعب تقديم تعريف موحد لها، نظرًا لتعدد التخصصات التي تناولته واختلاف الخلفيات العلمية للباحثين المهتمين به. ومع ذلك، تتفق معظم التعريفات على أنه ليس مرضًا بالمعنى التقليدي، بل يُنظر إليه كمتلازمة تُميزها مجموعة من الأعراض

والسلوكيات النمطية، أهمها: ضعف في التواصل والتفاعل الاجتماعي، تأخر أو اضطراب في اللغة، وجود أنماط سلوكية متكررة، ومقاومة التغيير.

ويُعد "ليو كانر" أول من قدم وصفاً دقيقاً للتوحد عام 1943، عرّفه بأنه اضطراب يظهر منذ الولادة، يؤثر على قدرة الطفل على التواصل مع الآخرين، ويتسم بالتكرار والجمود في السلوك. فيما يعرفه الشريبي على أنه "اضطراب التعلق التفاعلي"، يتمثل في فشل الطفل في إقامة علاقة طبيعية مع الأم، وغياب الاستجابات الاجتماعية الأساسية مثل الابتسامة أو التقليد. (الشريبي 2001، ص160)

كما ورد في تعريف أن التوحد هو "الانطواء على الذات الطفولي"، وهو مفهوم يقترب من الفصام في مظاهره السلوكية (بصل 1990، ص12)

وقد تعددت التسميات التي أُطلقت على هذا الاضطراب مع تطور البحث العلمي، مثل "توحد الطفولة المبكر" و"فصام الطفولة" و"النمو غير العادي". بينما يُعرّفه الراوي بأنه إعاقة نمائية تظهر في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل، وتنتج عن اضطرابات عصبية تؤثر على أداء الدماغ (الراوي وحمام 1992، ص13)

3. السمات السلوكية لدى الأطفال المصابين بالتوحد

يظهر على الأطفال المصابين بالتوحد مجموعة من السلوكيات المميزة التي يمكن ملاحظتها بوضوح، ومن أبرزها:

1. الحركات التكرارية وغير الإرادية

مثل رفرفة اليدين باستمرار، أو التأرجح بتحريك الجسم ذهاباً وإياباً دون سبب واضح. هذه السلوكيات تكون متكررة وتلاحظ في مواقف مختلفة.

2.3. ضعف الاستجابة للمحيط الخارجي

لا يتفاعل الطفل التوحدي بشكل طبيعي مع الأصوات أو الأحداث من حوله، حيث تكون استجابته للمثيرات البيئية ضعيفة أو محدودة جداً.

3.3. التركيز الزائد على مثير واحد

قد يجذب الطفل التوحدي إلى شيء معين بشكل مفرط، ويستغرق فيه طويلاً كطريقة للهروب من القلق أو التوتر، مثل التحديق في جسم معين أو تحريك لعبة واحدة بنفس الطريقة.

4.3. السلوك العدواني وإيذاء الذات

قد يظهر بعض الأطفال سلوكاً عدوانياً تجاه الآخرين، أو يقومون بإيذاء أنفسهم بشكل متكرر، مثل ضرب الرأس بالجدار أو العض.

5.3. مشاكل في تناول الطعام

يعاني العديد من الأطفال المصابين بالتوحد من اضطرابات في الأكل، مثل الامتناع التام عن الطعام أو الإصرار على تناول أطعمة معينة فقط، أو الأكل بكميات كبيرة في أوقات غير منتظمة (شقير 2002ص 31)

4. الجوانب النفسية والعقلية لدى طفل التوحد

إلى جانب السلوكيات الظاهرة، يعاني الأطفال التوحديون من صعوبات نفسية وعقلية تميزهم عن غيرهم، ومنها:

1.4. البرود العاطفي: لا يُظهر الطفل مشاعر الحب أو التفاعل العاطفي بشكل طبيعي، ويبدو أحياناً غير مبالي بمن حوله.

2.4. صعوبة الإحساس بالذات: يشعر الطفل التوحدي كأنه غير مدرك لذاته أو لوجوده، وقد يفتقر إلى فهم من هو أو ما يدور حوله.

3.4. القلق الشديد: يُصاب الطفل بحالة من القلق الحاد، خاصة في المواقف الجديدة أو عند تغير الروتين اليومي.

4.4. ضعف في المهارات الحياتية: يواجه صعوبة في أداء المهارات اليومية البسيطة، مثل ارتداء الملابس أو استخدام الحمام دون مساعدة.

5.4. انخفاض القدرات العقلية العامة: يظهر لديه تأخر في مستوى التفكير أو التحليل أو الفهم، مقارنةً بأقرانه من نفس العمر.

6.4. القصور في الانتباه المشترك: لا يشارك الطفل اهتمامه مع الآخرين، مثلاً إذا أشار شخص إلى شيء ما، لا يتبع الطفل نظرة الشخص ولا يهتم بالمثير المشترك

7.4. الخوف من أشياء عادية: قد يشعر الطفل بالخوف الشديد من مواقف أو أشياء طبيعية مثل صوت حافلة، أو رؤية حيوان يتحرك.

8.4. امتلاك بعض المهارات الفريدة: بعض الأطفال المصابين بالتوحد لديهم مهارات مميزة، مثل القدرة على عزف مقطوعة موسيقية بعد سماعها مرة واحدة فقط، أو القيام بعمليات حسابية معقدة بطريقة

ماهرة (الزريقات، 2004، ص 41)

5. أنواع وتصنيفات اضطراب التوحد:

يُعد اضطراب التوحد من الاضطرابات النمائية التي لا تتخذ شكلاً واحداً، بل تظهر بدرجات ومستويات متفاوتة بين الأفراد. وقد قُدمت عدة تصنيفات لتوضيح هذه الفروقات، ومن أبرزها:

1.5. التصنيف حسب كانر (Kanner)

أشار كانر إلى أن التوحد لا يُعد اضطراباً واحداً موحدًا، بل يشمل مستويات مختلفة من حيث الأعراض والقدرات، ويمكن تقسيمه إلى ثلاث فئات رئيسية:

- متلازمة التوحد الكلاسيكية (ClassicAutism): تظهر الأعراض على الطفل في سن مبكرة، مثل الصعوبات في التواصل والتفاعل الاجتماعي، مع سلوكيات نمطية واضحة، لكن دون وجود علامات لخلل عصبي كبير. وغالبًا ما يلاحظ بعض التحسن في سلوك الطفل وقدراته بين عمر 5 إلى 7 سنوات.
- متلازمة الطفولة الفُصامية (ChildhoodDisintegrativeDisorder): تتشابه أعراضها مع النوع الأول، لكن تظهر في مرحلة لاحقة (بعد سنوات من النمو الطبيعي)، حيث يبدأ الطفل بفقدان مهارات مكتسبة، ويصاحبها أعراض نفسية إضافية مثل القلق الشديد أو الانسحاب الاجتماعي.
- متلازمة التوحد المصحوبة بإعاقة عصبية: في هذا النوع، يعاني الطفل من اضطراب عضوي في الدماغ، وقد تكون هذه الإعاقة ناتجة عن اضطرابات أيضية أو أمراض فيروسية مثل الحصبة، أو ناتجة عن حالات مثل الصمم أو العمى بسبب الحرمان الحسي. (Knablock, 1983)

2.5. تصنيف سيفن وماتسون

- قدّم هذان الباحثان تصنيفًا يعتمد على شدة الأعراض والقدرات العقلية والسلوكية، ويتضمن أربع مجموعات رئيسية:
- المجموعة الشاذة (AtypicalAutism): يظهر على أفراد هذه المجموعة بعض أعراض التوحد، ولكن بشكل أقل شدة، ويتميزون بمستوى ذكاء أعلى من المتوسط.
 - مجموعة التوحد البسيطة (MildAutism): يعاني الأفراد هنا من مشاكل اجتماعية، مثل ضعف في التفاعل الاجتماعي، والاعتماد على الروتين اليومي، وقد يظهر لديهم تخلف عقلي بسيط، لكن يمكنهم استخدام اللغة لأغراض وظيفية (خطاب، 2009، ص52)
 - مجموعة التوحد المتوسطة (ModerateAutism): تتميز هذه الفئة باستجابات اجتماعية ضعيفة، وسلوكيات نمطية ملحوظة مثل التأرجح أو رفرفة اليدين، مع استخدام محدود جدًا للغة، ووجود تخلف عقلي واضح، وانعدام المهارات التواصلية.
 - مجموعة التوحد الشديدة (SevereAutism): أفراد هذه المجموعة يعانون من عزلة اجتماعية شديدة، وافتقار للمهارات الوظيفية، إضافة إلى تخلف عقلي ملحوظ يؤثر على كافة جوانب حياتهم.

3.5. التصنيف حسب مستوى الكفاءة الوظيفية

- يركز هذا التصنيف على مستوى الأداء العقلي والوظيفي للطفل، ويُقسم الأطفال إلى فئتين:
- أطفال ذوو كفاءة وظيفية مرتفعة: يتمتع هؤلاء الأطفال بمعدل ذكاء ضمن أو فوق المعدل الطبيعي، ويُظهرون قدرات جيدة نسبيًا في بعض المهارات الأكاديمية أو الحياتية.
 - أطفال ذوو كفاءة وظيفية منخفضة: يكون مستوى الذكاء لديهم أقل من المتوسط، مع ضعف كبير في المهارات العقلية والاجتماعية (Johnson & Marlow, 2009، ص 480)

4.5. متلازمة السافانت (Savant Syndrome)

تُعد هذه المتلازمة من الحالات النادرة، حيث يظهر على بعض الأفراد المصابين بإعاقات عقلية أو اضطرابات نمائية خلل في نمو القدرات الذهنية والاجتماعية، إلا أنهم يتمتعون بمهارات استثنائية في مجالات محددة. مثلاً: قد يمتلك الفرد قدرة خارقة على عزف مقطوعة موسيقية من السمع فقط، أو إجراء عمليات حسابية معقدة بسرعة. ويُلاحظ وجود تفاوت شديد بين الأداء العالي في مجال معين، والمستوى العام للقدرات العقلية والتطورية للفرد.

6. المراحل الأساسية لتقييم وتشخيص اضطراب طيف التوحد

إن تقييم وتشخيص اضطراب طيف التوحد ليس إجراءً بسيطاً أو سريعاً، بل هو عملية متعددة الخطوات تتطلب تضافر جهود مختصين من مختلف التخصصات، وتُبنى على ملاحظة دقيقة، أدوات مقننة، وجمع معلومات من مصادر مختلفة. وقد قسّمت هذه العملية إلى ثلاث مراحل رئيسية:

1.6. المرحلة الأولى: المعاينة الأولية (Screening Stage)

الهدف: التعرف المبكر على الأطفال الذين يُحتمل إصابتهم بالتوحد. وفي هذه المرحلة، يتم ملاحظة سلوك الطفل من قبل الأشخاص المحيطين به مثل: الأهل في المنزل، المعلمين في الروضة أو المدرسة وتُستخدم أدوات فحص مبسطة (كاستبيانات أو ملاحظات سلوكية) للكشف عن العلامات الأولية، مثل: ضعف التواصل البصري، تأخر الكلام أو عدم استخدام اللغة، العزلة الاجتماعية. وأهمية هذه المرحلة ليست تشخيصية، ولكنها خطوة استباقية للتمييز بين الأطفال الذين يحتاجون إلى تقييم معمق والذين لا تظهر عليهم مؤشرات واضحة.

2.6. المرحلة الثانية: مرحلة التشخيص المتخصص (Diagnostic Assessment)

الهدف: التأكد من الإصابة بالتوحد من خلال فحوص دقيقة ومقننة. وعند الاشتباه في وجود التوحد، يتم توجيه الطفل إلى فريق من المختصين، مثل: طبيب نفسي أو طبيب أعصاب أطفال، أخصائي تحليل السلوك، أخصائي نطق وتواصل، أخصائي نفسي تربوي. أما الإجراءات في هذه المرحلة تشمل: استخدام مقاييس تشخيص معتمدة مثل:

- DSM-5 (الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية)

- ADOS (جدول ملاحظة التوحد)

- إجراء مقابلات مع أولياء الأمور حول التاريخ النمائي والسلوكي للطفل

- ملاحظة سلوك الطفل في بيئات مختلفة (البيت - العيادة - المدرسة)

- تقييم مستوى الذكاء والقدرات اللغوية والاجتماعية

والنتيجة: تحديد ما إذا كان الطفل يعاني فعلاً من اضطراب طيف التوحد، وتصنيف درجة

شدته، إن وُجد.

3.6. المرحلة الثالثة: التخطيط للتدخل والعلاج (Intervention Planning)

الهدف: وضع خطة علاجية متكاملة ومخصصة لاحتياجات الطفل.. وبعد التأكد من التشخيص، تبدأ مرحلة مهمة تهدف إلى تحسين نوعية حياة الطفل وتطوير قدراته، وتتضمن ما يلي: تحديد نوع التدخل المناسب، علاج سلوكي (مثل تحليل السلوك التطبيقي ABA)، علاج النطق واللغة، العلاج المهني لتنمية المهارات الحركية والحسية. وإشراك الأسرة في خطة العلاج، من خلال تدريبهم على كيفية دعم الطفل في المنزل. مع المتابعة المستمرة والتقييم الدوري لقياس تطور الطفل ومدى فاعلية الخطة. وتكمن أهمية هذه المرحلة: لا يقتصر دور التشخيص على تحديد وجود الاضطراب فقط، بل يتعداه إلى بناء تدخل دقيق يساعد الطفل على الاندماج الاجتماعي وتطوير مهاراته بأقصى ما يمكن. (سهيل، 2013، ص 96)

7. المعايير التشخيصية والأعراض التي تميز اضطراب طيف التوحد

يتم تشخيص اضطراب طيف التوحد بناءً على مجموعة من المعايير السلوكية المحددة التي تفرقه عن غيره من الاضطرابات، وقد تم تحديدها بدقة لتسهيل التعرف على الحالات. وفقًا لما ذكره الجابري فإن هذه المعايير تنقسم إلى قسمين رئيسيين:

1.7. صعوبات مستمرة في التواصل والتفاعل الاجتماعي عبر مواقف وسياقات متعددة

وهذا المعيار يركز على وجود خلل واضح وثابت في الطريقة التي يتواصل بها الطفل مع الآخرين، ويشمل:

- ضعف في التبادل العاطفي والاجتماعي:

الطفل المصاب قد لا يُظهر استجابة عاطفية مناسبة، مثل:

-عدم القدرة على بدء محادثة أو الاستمرار فيها

-عدم مشاركة الآخرين مشاعرهم أو الاهتمام بما يهتمون به

-سلوك اجتماعي غير متوقع أو غريب

- قصور في التواصل غير اللفظي:

-ضعف استخدام الإيماءات أو تعابير الوجه أو التواصل البصري

-صعوبة في فهم لغة الجسد أو تعبيرات الوجه من الآخرين

-ضعف التناسق بين الكلام والإشارة

- صعوبات في بناء العلاقات الاجتماعية أو الحفاظ عليها:

-عدم القدرة على تكوين صداقات

-عدم الرغبة أو الاهتمام باللعب مع الآخرين

-عدم فهم القواعد الاجتماعية أو التفاعل المناسب مع المواقف المختلفة

2.7. وجود سلوكيات متكررة ومقيدة

وتشير إلى أن الطفل يظهر مجموعة من السلوكيات المتكررة أو الروتينية، والتي تميّزه بوضوح، وتشمل:

- حركات متكررة أو استخدام نمطي للأشياء أو الكلام:
- تكرار حركات معينة مثل رفرفة اليدين أو الدوران
- ترتيب الأشياء بنفس الطريقة دائمًا (مثل صف الألعاب)
- تكرار كلمات أو عبارات يسمعها (الصدى اللفظي)
- التمسك الشديد بالروتين وعدم تقبل التغيير:
- الانزعاج الشديد من أي تغيير في الروتين اليومي
- مقاومة التغيير حتى لو كان بسيطاً (مثل تغيير الطريق إلى المدرسة)
- سلوكيات طقسية متكررة، مثل طريقة معينة في التحية أو ترتيب الأشياء
- الانشغال المفرط بمواضيع أو أشياء محددة:
- اهتمام غير معتاد بشيء معين (مثل المراوح، أو الخرائط، أو الأرقام)
- قضاء وقت طويل جدًا في أنشطة أو أفكار محددة، دون الاهتمام بأمور أخرى
- استجابات حسية غير معتادة:
- الحساسية الزائدة أو القليلة تجاه الأصوات، الضوء، اللمس، أو الروائح
- تجاهل الألم أو الحرارة، أو على العكس، الانزعاج الشديد من لمسات خفيفة
- شتم أو لمس الأشياء بشكل متكرر ومفرط

8. أساليب تعليم المهارات المختلفة لأطفال التوحد

يتطلب تعليم الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد استخدام أساليب خاصة تتماشى مع قدراتهم واحتياجاتهم الفردية، وتشمل الأساليب ما يلي:

1.8. تعليم المهارات اللغوية

- خلق فرص يومية للطفل للتفاعل مع الآخرين.
- تحديد الحاجة إلى العلاج اللغوي بناءً على نتائج التقييم.
- شرح معاني الكلمات التي يتعلمها الطفل، وتشجيعه على استخدامها في مواقف متعددة.
- تقديم التعليم اللغوي في بيئة مشوقة ومحفزة.
- تنوع الكلمات والمعاني لتوسيع حصيلته اللغوية.

2.8. تعليم المهارات الاجتماعية

- تقديم نماذج سلوكية إيجابية دون اللجوء إلى العقاب.
- توضيح ما هو متوقع من الطفل في المواقف الجديدة.
- احترام حاجته إلى الحركة والاستكشاف.

- اختيار الأنشطة المناسبة لعمره وقدراته.
- مكافأة السلوكيات الإيجابية فور حدوثها.
- استخدام الأساليب الوقائية لتفادي السلوكيات السلبية قبل وقوعها.

3.8. تعليم المهارات الحركية

- خلق بيئة محفزة تشجع على الحركة.
- تعليم المهارات تدريجيًا ومتابعة تقدم الأداء.
- تحديد أهداف واضحة ومساعدة الطفل على الوصول إليها.
- استخدام أساليب التوجيه المختلفة: اللفظي، البصري، الجسدي.
- تعزيز السلوكيات الإيجابية ومشاركة الطفل في التعلم بنشاط.

4.8. تعليم المهارات الحسية

- البدء بالمهارات الحسية البسيطة والانتقال تدريجيًا للأكثر تعقيدًا.
- تدريب الطفل على تأدية المهارة في مواقف متنوعة.
- تكييف الأنشطة لتناسب قدرات الطفل.
- تقديم تعليم مباشر حسب الحاجة.
- ممارسة المهارات بانتظام واستخدام التعزيز الإيجابي في بداية التعلم، ثم تقليله تدريجيًا.

5.8. تعليم المهارات الاستقلالية

- البدء بتوجيه جسدي ولفظي، ثم تقليل المساعدة تدريجيًا.
- تعليم المهارات حسب ترتيب منطقي (من السهل إلى الصعب).
- تحليل كل مهارة إلى خطوات بسيطة.
- استخدام ملابس سهلة اللبس والخلع لمساعدته في التدريب.
- البدء بتعليم التحكم في التبول قبل باقي المهارات (حسين، 2013، ص 85-86)

9. مبادئ أساسية يجب مراعاتها عند اختيار أسلوب التدريس

- لتحقيق نتائج إيجابية مع أطفال التوحد، يجب أن تُبنى طرق التدريس على المبادئ التالية:
- الارتباط: أن تتماشى الطريقة مع قدرات الطفل وحاجاته.
- الفردية: مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال.
- الدافعية: اختيار الأساليب التي تزيد رغبة الطفل في التعلم.
- التعميم: أن يتمكن الطفل من تطبيق ما تعلمه في مواقف مختلفة.
- التكامل: تنسيق الأنشطة بشكل يخفف من التشتت والإرباك.
- الربط: ربط الخطوات السلوكية المكونة للمهارة بشكل مترابط.

- التعزيز: تقديم المكافآت والدعم الإيجابي لتشجيع الطفل وتحسين سلوكه (البسطامي 1995، ص 53)

10. التحديات النمائية والسلوكية لدى الأطفال المصابين بالتوحد

يمر جميع الأطفال خلال نموهم بمراحل يواجهون فيها مشكلات متعددة، تكون غالبًا مؤقتة ومحدودة ضمن الإطار العمري. لكنّ الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يواجهون صعوبات من نوع خاص، تختلف في طبيعتها وشدتها عن تلك التي يمر بها الأطفال النمطيون. وتؤثر هذه التحديات في حياتهم اليومية، وتنعكس على تفاعلهم الاجتماعي ونموهم اللغوي والانفعالي. يمكن تصنيف أبرز هذه الصعوبات فيما يلي:

1.10. الصعوبات اللغوية

اللغة هي الوسيلة الأساسية للتواصل والتعبير، إلا أن الأطفال ذوي التوحد يعانون من تأخر وتفاوت ملحوظ في المهارات اللغوية، تبعًا لشدّة الاضطراب. وتتمثل أبرز المشكلات اللغوية لديهم في:

1. غياب سلوك الانتباه المشترك؛ فالطفل التوحدي لا يشير إلى الأشياء من حوله كما يفعل أقرانه.
2. ضعف التناسق بين تعبيرات الوجه ونبرة الصوت، مما يصعب فهم مشاعره أو مقاصده.
3. وجود اضطرابات في النطق مثل التكرار اللفظي، استخدام كلمات غير مفهومة، أو حذف واستبدال أصوات داخل الكلمات.

2.10. صعوبات في التواصل الاجتماعي

يعاني الطفل التوحدي من مشكلات واضحة في التفاعل مع الآخرين، ومنها:

- ضعف في التواصل البصري وصعوبة في تركيز النظر على الأشخاص أو الأشياء.
- عدم الاكتراث بمشاعر الآخرين، رغم إمكانية إدراكها أحيانًا.
- تباين في المشاعر والانفعالات تجاه المحيطين به، بما في ذلك الوالدين.
- قصور في تبني السلوكيات الاجتماعية المقبولة، خصوصًا في الممارسات اليومية كالأكل والشرب.
- تفكير محدود لا يمكنه من فهم مشاعر أو نوايا الآخرين، ويعجز عن استيعاب مفاهيم مجردة كالمركر أو الخداع.

3.10. اضطرابات في السلوك العام

تتجلى لدى الأطفال التوحديين أنماط سلوكية غير نمطية، منها:

- التكرار والجمود السلوكي، حيث لا يتكيف سلوكه مع تغير المواقف، وقد يظهر سلوكًا عدوانيًا أو إيذاءً للذات.

- ضعف في القدرة على التخيل، بخلاف الأطفال العاديين.
- قصور في حل المشكلات والتعامل مع المواقف الجديدة.
- القيام بسلوكيات غير ملائمة اجتماعيًا، قد تُعد محرّجة في بعض الأحيان.

11. أبرز الأساليب والبرامج التربوية المعتمدة في تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

يشكل التدخل المبكر والتدريب المنظم الأساس الأهم في تحسين قدرات الأطفال المصابين باضطراب التوحد، خاصة في ظل التقدم الحاصل في مجالات البحث العلمي المرتبطة بفهم هذا الاضطراب وتطوير أساليب علاجه وتعليمه. وقد أثمرت الجهود التربوية والتأهيلية في تحقيق نتائج إيجابية ملموسة لدى عدد كبير من الأطفال، تمثلت في تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، وتعزيز النمو الاجتماعي والانفعالي، وتحسين السلوكيات العامة، إضافة إلى دعم الاستقلالية من خلال برامج متنوعة ومتكاملة، أهمها:

1.11. مدخل تحليل السلوك التطبيقي: يعتمد هذا المدخل على تقنيات تعديل السلوك، ويؤكد على ضرورة بدء التدريب في سن مبكرة، قبل سن الرابعة، كما أشار "لوفاس". ويرى هذا الاتجاه أن السلوك الإنساني يتم اكتسابه من البيئة المحيطة، الذي من شأنه يؤثر في سلوك الطفل (عبد الرحمن وآخرون، 2005، ص 208)

2.11. برنامج ليب (LEAP) للأطفال التوحد: تم تطوير هذا البرنامج عام 1982 بتمويل حكومي أمريكي، ويُطبق على مجموعات صغيرة من الأطفال وأسرهم. يقوم على فكرة أن الطفل التوحد يمكنه الاستفادة من برنامج تدريبي متكامل إذا بدأ بشكل مبكر، ويعتمد على الشراكة بين المدرسة والأسرة. كما يسمح بتعلم المهارات الاجتماعية واللغوية والسلوكية من خلال التفاعل مع الأطفال غير المصابين 3.11. برنامج صن رايز: طُوّر هذا البرنامج في سبعينيات القرن الماضي على يد باري وسمرية كوفمان لتدريب ابنهما. يركز البرنامج على إشراك الآباء بشكل أساسي، من خلال تعليمهم طرق التعامل مع أطفالهم، ويُنفذ بشكل فردي داخل المنزل، مما يمنحه طابعاً مرناً وشخصياً (الشامي، 2004، ص 98)

4.11. مدخل SPELL (المدخل المعتمد من الجمعية الوطنية للتوحد): يركز هذا المدخل على أهمية الاستمرارية والتنظيم في حياة الطفل التوحد، ويشدد على ضرورة تكييف البيئة المحيطة لتقليل التوتر والقلق الذي قد يعيق تعلم الطفل وتطوره (عبد اللطيف، 2001، ص 44)

5.11. جداول النشاط المصور: تُعد من الوسائل التعليمية الفعالة في تنظيم سلوك الطفل التوحد، من خلال تقديم صور أو رموز بصرية تساعد على أداء المهام اليومية بشكل متسلسل ومنظم، مما يعزز من قدرته على الاستقلالية (عبد الرحمن وآخرون، 2005، ص 42)

6.11. نظام التواصل من خلال تبادل الصور (PECS) : يُعد هذا النظام وسيلة فعالة لاكتساب مهارات التواصل، من خلال استخدام المعززات البصرية والتدرج في التعليم، ويُركز في مراحله الأولى على بناء علاقة آمنة وهادئة بين المعلم والطفل (نفس المرجع)

7.11. التدخل باستخدام الموسيقى: يُعتبر العلاج بالموسيقى أحد أشكال التدخل الوظيفي التي تساعد على تحسين التفاعل والتواصل لدى الأطفال التوحدين. وقد لوحظ أن الكثير منهم يبدو أنجزاً كبيراً للموسيقى، مما يتيح استخدامها كوسيلة تعليمية فعالة تهدف إلى خفض التوتر وتحفيز السلوك الإيجابي (محمود شريف علي، 2005، ص18)

8.11. البرنامج التعليمي الفردي: يُصمم هذا البرنامج بناءً على تقييم دقيق لقدرات الطفل واحتياجاته الفردية. ويتم تحديد الأهداف التعليمية وتوزيع الأنشطة بما يتوافق مع الملف النمائي الخاص بكل طفل (Profile) ، بمشاركة فريق متعدد التخصصات من المعلمين والأخصائيين. ويركز هذا الأسلوب على تهيئة بيئة تعليمية مناسبة، واتباع وتيرة تعليمية تتماشى مع إمكانيات الطفل، واستخدام أدوات تعليمية متخصصة (الراوي، 1992، ص55)

12. النظريات المفسرة لطيف التوحد :

1.12. النظرية الصينية عن التوحد: عرف الصينيون التوحد منذ أكثر من (2000) سنة، وقاموا بعلاجه من خلال تحسين الجهاز الهضمي وكذلك المناعي للمصابين بالتوحد، وعند ذلك يحدث تحسن واضح في أعراضه، وكذلك يصاحبه تحسن في السلوكيات الشاذة المصاحبة له، وبالمقابل هناك اختلافات واضحة في تفسير المصطلحات الطبية ربما لا يتوافق مع الغرب

2.12. نظرية الكلي: هذه النظرية وضعها الصينيون في مجال اضطراب التوحد، وتثير النظرية إلى أن الكلي وهي عضو خلق موجود منذ الولادة، بينما الطحال هو عضو وظيفي رئيسي بعد الولادة، وبناء على ذلك فإن سبب التوحد بعد الولادة غالباً ما يكون تلف في الجهاز الهضمي

3.12. النظريات الجينية: تؤكد النظريات الجينية كما يرى جونز على أن اضطراب التوحد له أساسه الجيني وهو ما تؤكد الدراسات الأسرية، ودراسات التوائم والدراسات الجينية التي تدعم دور الوراثة في حدوث هذا الاضطراب، ومع ذلك لا كانت ستصل نسبة التوائم المتشابهة التي تتعرض لذلك الاضطراب إلى 100% وهي النسبة التي تبلغ 10% فقط، وتؤكد دراسات الارتباط الجيني على وجود عدد من الجينات المسؤولة عن الخصائص المرتبطة باضطراب التوحد وهي الجينات من رقم (15) وحتى رقم (20) ، كما أن ما يورث هو الاستعداد للاضطراب وليس الاضطراب في حد ذاته

4.12. نظرية الذات الخبيّرة: لقد قام بول وجوردان بتقديم الفكرة القائلة بأن صعوبة أطفال الأوتيزم (التوحد) في تكوين ما يعرف بـ "الذات الخبيّرة" هي إحدى النواقص الجوهرية الأساسية في الأوتيزم، ومن الجدير بالذكر أن هذه الفكرة نشأت كنتيجة لدراسة وتحديد أهم المشكلات التي يمر بها أطفال الأوتيزم في ما يعرف بـ "الذاكرة الشخصية"، فأطفال الأوتيزم يستطيعون استرجاع الأحداث والأشياء التي تحدث للآخرين ولكنهم يجدون صعوبة بالغة في استدعاء حدث أو موقف أو خبرة مروا بها أو شاركوا فيها وذلك حينما لا يتوفر لديهم إشارات ورموز دالة تساعد على استدعائها.

5.12. نظرية المرأة المكسورة للأوتيزم: إن نظرية المرأة المكسورة في الأوتيزم ترجع جذورها كما أكد ديكيّتي وآخرون إلى نتائج تلك الدراسات التي اهتمت بدراسة سلوك التقليد والمحاكاة في الأوتيزم، حيث تقترح هذه النظرية أن الخلل في قدرة أطفال الأوتيزم على التقليد ومحاكاة سلوك الآخرين ما هو إلا نتيجة لخلل في نظام العصب العاكس في المخ. وبالتالي فإن العديد من المؤيدين لهذه النظرية، يؤمنون بأن تلف نظام العصب العاكس هو الذي يعلب دوراً رئيسياً في تلك المشكلات التي يعاني منها أطفال الأوتيزم.

13. خلاصة :

هدفت هذه المداخلة إلى تسليط الضوء على أهمية التقييم والتشخيص المبكر لطفل التوحد، لما له من دور حاسم في تحديد مظاهر الاضطراب بشكل دقيق، ووضع خطة تدخل مناسبة تسهم في تحسين جودة حياة الطفل وتطوره النمائي والاجتماعي. وقد تبين من خلال المعالجة النظرية والميدانية للموضوع أن الاكتشاف المبكر، المبني على أدوات ومقاييس علمية، يساعد في رصد الأعراض الأولية المرتبطة بنقص التواصل، واللغة، والسلوك النمطي، مما يمكن من التدخل العلاجي والتربوي الفعال في الوقت المناسب. كما أكدت المداخلة على أن إشراك الأسرة والمربين، إلى جانب المختصين، في عملية التشخيص والتدخل، يُعدّ عاملاً جوهرياً لنجاح البرامج التأهيلية والتعليمية. وبالتالي، فإن تعزيز الوعي المجتمعي، وتكوين الكفاءات في مجال التشخيص المبكر، يمثلان ضرورة لضمان مستقبل أفضل للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وتمكينهم من الاندماج في المجتمع وتحقيق قدر مناسب من الاستقلالية.

قائمة المصادر والمراجع

1. المراجع باللغة العربية

1. البسطامي، جاسر (1995) المناهج والأساليب في التربية الخاصة بيروت مكتبة الفالح، ط1.
2. بصل، مصطفى. (1990). علم النفس الصيدلاني. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
3. حسين، فاروق (2013) مناهج غير العاديين وأسس بنائها. الرياض: دار النشر الدولي، ط1.
4. خطاب، محمد. (2009). مدخل إلى اضطرابات التوحد. القاهرة: دار الفكر العربي.
5. الراوي، فضيلة توفيق & حماد، صالح. (1992). التوحد: الإعاقة الغامضة. الدوحة، قطر.
6. الرزيقات، إبراهيم. (2004). التوحد: تشخيصه وعلاجه. عمان: دار الفكر.
7. سهيل، عادل. (2013). التوحد: تشخيصه وعلاجه. عمان: دار الشروق.

8. الشامي، وفاء. (2004). علاج التوحد. جدة: مركز جدة للتوحد.
9. الشريبي، زكريا. (2001). المشكلات النفسية عند الأطفال. القاهرة: دار الفكر العربي.
10. شقير، عبد العزيز. (2002). التوحد: الإعاقة الغامضة. عمان: دار وائل.
11. عبد الرحمن، السيد، & خليفة، منى، & حسن، علي. (2005). رعاية الأطفال التوحديين: دليل الوالدين والمعلمين. القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع.
12. عبد اللطيف، خليل. (2001). الأساليب الفعالة في علاج التوحد. مجلة معوقات الطفولة، جامعة الأزهر.
13. غانم، أحمد. (2013). التوحد: الأسباب - التشخيص - العلاج. عمان: دار المسيرة.
14. فراج، عثمان لبيب. (2002). الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة. مصر: المجلس العربي للطفولة والتنمية.
15. محمد، عبد الله، & حمدي، علي. (2005). فعالية العلاج بالموسيقى في الحد من أعراض اضطراب التواصل.

2. باللغة الأجنبية

1. Johnson, M. H., & Marlow, N. (2009). Developmental implications of very preterm birth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 480–488.
2. Knablock, H. (1983). *Autistic Children: New Hope for a Cure*. New York: Human Sciences Press.