

آليات الخدمة الاجتماعية في مواجهة المشكلات التي يعاني منها طفل التوحد واحتواه

Social Work Strategies for Addressing the Challenges Faced by Children with Autism and Promoting Their Inclusion

صندرة بن التونسي¹، إكرام آية بن التونسي^{2*}

¹ جامعة عبد الحميد مهري. قسنطينة 2، (البلد)، قسنطينة 2، (البلد)،

² جامعة العربي بن مهيدى. أم البوachi. (البلد)،

مخبر التعليمية، التلفظ، اللسانيات، والتفاعل الثقافي.

تاريخ القبول: 2025/10/25

تاريخ الإرسال: 2025/08/10

المشخص:

يتناول البحث اضطراب طيف التوحد باعتباره اضطراباً عصبياً يظهر في الطفولة المبكرة ويؤثر على القدرات السلوكية، اللغوية، والاجتماعية. يهدف إلى دراسة العوامل الجينية، البيئية، والنفسية المؤثرة في ظهور التوحد، مع استعراض أهم النظريات المفسرة مثل نظرية الخلايا العصبية المرأة ونظرية العقل. اعتمدت المنهج الوصفي التحليلي من خلال مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة. تمحورت التساؤلات حول أساليب الإصابة بالتوحد، وأبرز أعراضه، ودور العوامل الوراثية والنفسية في تطوره. يشير البحث إلى أن التفسير العلمي القاطع للعلاقة بين العوامل المذكورة والتوحد ما يزال محل بحث.

الكلمات المفتاحية:

اضطراب طيف التوحد؛

آليات الخدمة الاجتماعية؛

التكيف الاجتماعي؛

العوامل الجينية؛

البيئة الأسرية؛

ABSTRACT:

Keywords:

Autism Spectrum Disorder,
Social Work Mechanisms,
Social Adaptation,
Genetic Factors,
Family Environment,

This study addresses Autism Spectrum Disorder (ASD) as a complex neurodevelopmental disorder that appears in early childhood, affecting behavioral, linguistic, and social abilities. The aim is to investigate genetic, environmental, and psychological factors involved in ASD, reviewing key explanatory theories such as the Mirror Neuron Theory and Theory of Mind. A descriptive-analytical methodology was adopted through reviewing literature and past research. The main questions focus on the causes of ASD, its symptoms, and the role of genetic and psychological factors in its development. The study notes that a definitive scientific explanation for these relationships remains under investigation.

* إكرام آية بن التونسي.

مقدمة:

يُعد الاهتمام بالطفل وضمان نُعُوه السليم من أبرز أولويات الوالدين والمجتمع على حد سواء، ولا تقل الصّحة النفسية والعقلية أهمية عن الصحة الجسدية؛ إذ تُعد ركيزة أساسية للنمو المتكامل. فسلامة الصحة النفسية تسهم في تطوير المهارات السلوكية والاجتماعية للطفل، وتأثير في نظرته إلى ذاته ومشاعره تجاه العالم من حوله، كما تتعكس آثارها على حياته حتى بعد تجاوز مرحلة الطفولة. لذلك، يصبح من الضروري الوعي بأهميتها والعمل على ضمان سلامتها.

ومن بين أكثر الإعاقات تعقيداً التي قد تصيب الطفل يأتي اضطراب طيف التوحد، الذي يُعد من الاضطرابات الغامضة والمعقدة سواء من حيث أعراضه أو تشخيصه. وهو حالة ترتبط بنمو الدماغ نتيجة اضطراب عصبي يؤثر في طريقة استقبال المعلومات ومعالجتها، مما ينعكس بشكل كبير على قدرته على التفاعل الاجتماعي وفهم الآخرين. وتترتب على ذلك مشكلات لغوية وتواصلية وسلوكية قد تدفع الطفل إلى الانعزال التام عن المجتمع، مما يترك أثراً عميقاً على حياته وحياة أسرته.

ونظراً لهذه التحديات، يسعى العديد من المختصين إلى تطوير أساليب خاصة لرعاية هذه الفئة، ودعم استقلاليتها من خلال إنشاء مراكز ومؤسسات تربوية تتکفل بهم تربوياً واجتماعياً، وتقديم للأولياء الإرشادات الالزمة وطرق التعامل الصحيحة مع أطفالهم. إذ تلعب هذه المراكز دوراً محورياً في التشخيص المبكر والتکفل الشامل. إلا أن هناك بعض أولياء الأمور من يرفضون التعاون مع المختصين أو يمتنعون عن إخضاع أطفالهم للكشف المبكر، إما بسبب إنكارهم لوجود اضطراب أو خشيتهم من وصمة المجتمع. فيینون تصوّراً لهم عن طفل التوحد استناداً إلى الصور النمطية السائدة، مما قد يؤثر سلباً في مستقبل الطفل.

فما هي الخدمات التي يجب تقديمها لطفل التوحد وما هي آليات مواجهة المشكلات التي تعرّضه؟

1- مفهوم التوحد:

لقد حظي إضراب طيف التوحد لدى الأطفال باهتمام علمي متزايد من قبل الباحثين والمختصين، وهو ما تعكسه الدراسات والبحوث المتعددة التي تناولت هذا الاضطراب من زوايا مختلفة، سعياً لفهم طبيعته وأسبابه وآثاره وسبل التدخل الملائمة. وفي هذا السياق سيتم فيما يلي عرض أبرز التعريفات والمفاهيم الأساسية المرتبطة باضطراب طيف التوحد.

يُعرف إضراب طيف التوحد بأنه حالة عجز تؤثر سلباً في تنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، إضافة إلى القدرة على ممارسة اللعب الإبداعي والتخيلي. وينتتج هذا الاضطراب عن خلل عصبي يؤثر في آليات استقبال المعلومات ومعالجتها داخل الدماغ، مما ينعكس في صورة صعوبات واضحة في بناء العلاقات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين، وضعف القدرة على الانخراط في أنشطة اللعب البناء أو ممارسة التصورات التخيلية الملائمة، فضلاً عن محدودية استثمار وقت الفراغ بشكل إيجابي (عليوان، 2007: 7).

كما يُعرَّف اضطراب طيف التوحد بأنه اضطراب نمائي شامل يظهر عادة خلال السنين الأوليين من عمر الطفل، ويتسم بجملة من الخصائص النفسية والسلوكية والمعرفية والاجتماعية التي تميّزه عن مسار النمو النمطي، وتتضمن أبرز سماته الميل إلى العزلة والانغلاق على الذات، والالتزام بطقوس أو أنماط سلوكية متكررة وغير مألوفة، سواء في استخدام اللغة أو في أنشطة الحياة اليومية، كما يرافقه قصور أو خلل في المشاعر والانفعالات والانتباه، واضطرابات في الإدراك الحسي، إضافة إلى صعوبات في التحكم بحركات الجسم، ونقص أو غياب في مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، سواء اللفظية منها أو غير اللفظية. وتؤثر هذه الأعراض مجتمعة في قدرة الطفل على التكيف مع محيطه وإقامة علاقات اجتماعية طبيعية. (أبوسيف، 2006: 10).

كما يعرف أيضاً " بأنه أحد الاضطرابات الشديدة الخاصة بالنمو السلوكي عند الأطفال، دون وجود علاقة عصبية واضحة أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات أية ضيّقة أو بيوكيميائية أو علامات جينية (Kranitz، 1998:16). أمّا بالنسبة لـ Howlin (Howlin) فيُعرَّف اضطراب طيف التوحد بأنه أحد الاضطرابات النّمائية الشاملة التي تتّسم بخلل أو تباطؤ في نمو الإدراك الحسي واللغة، مما ينعكس سلباً على القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي، والاتصال، والتعلم، والنمو الاجتماعي والمعرفي والعصبي. ويصاحب هذا الاضطراب غالباً نزعة انسحابية وانطوائية، وانغلاق على الذات، مع قدر من الجمود العاطفي والانفعالي. كما قد يظهر لدى الطفل المصاب ضعف في استقبال ومعالجة المثيرات الحسية أو التعبير عن مشاعره وأحاسيسه، الأمر الذي يجعله منغلقاً في عالمه الخاص بعيداً عن التفاعل مع محيطه. وإلى جانب ذلك، قد يمارس الطفل أنماطاً متكررة من الحركات أو التصرفات العشوائية وغير الهدافة لفترات زمنية طويلة. (Howlin, 2002:31)

ترى مارسيا Marcia Datlow Smith في أن مصطلح "التوحد" يشير إلى حالة من الانغلاق على الذات، وضعف القدرة على تركيز الانتباه، مع الميل إلى الاستغراق في التفكير وشرد الذهن، كما تتّسم هذه الحالة بضعف واضح في مهارات التواصل وإقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، إضافةً إلى وجود نشاط حركي مفرط لدى الفرد المصاب. (Marcia, 1990: 45)

ويُعرَّف طفل التوحد بأنه الطفل الذي تظهر عليه مجموعة من السمات المميزة، من أبرزها:

- أنماط سلوكية متكررة وروتينية تتّسم بالنّمطية وعدم المدفية، وتظهر بصورة واضحة ومستمرة.
- قصور في تنمية المهارات اللغوية، يتمثل في الإخفاق في اكتساب اللغة أو استخدامها بشكل سليم، مما ينعكس في ضعف القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين.
- نزعة إلى الانعزal والانطواء، وعدم القدرة على تكوين صداقات أو إقامة علاقات اجتماعية متبادلة وواقعية.
- صعوبات في التعبير عن المشاعر وفهمها، واضطرابات في معالجة المثيرات الحسية.
- مقاومة التغيير في الروتين اليومي، مما يؤثّر على تكيف الطفل مع بيئته الاجتماعية. (Howlin, 2002: 38)

2- أسباب طيف التوحد:

يُعدّ اضطراب التوحد (Autism)، كما أشار إليه (Aarons,Gittens) في سنة 1999 أنه حالة معقدة تنتجم عن تداخل مجموعة من العوامل والأسباب التي قد ترتبط بالطفل، سواء كانت نفسية ذاتية، أو جسمية وراثية، أو بيئية اجتماعية؛ ومن ثمّ، لا يمكن إرجاع إصابة الطفل بطيف التوحد إلى سبب واحد محدد، بل يرجح أن تكون نتاجًا لتفاعل عدة عوامل متشابكة أسهمت في ظهوره، وقد أولى العديد من الباحثين والمخصصين اهتماماً بدراسة هذه المشكلة، وسعوا إلى تحديد العوامل والأسباب المحتملة المؤدية إلى حدوثها، أهمها:

-**العوامل الوراثية والجينية:** لما لها من تأثيرات بالغة في الإصابة باضطراب طيف التوحد، فقد افترض سولا وولف (sulawolff) أن حدوث اضطراب التوحد قد يرتبط بوجود تلف دماغي ذو أصل وراثي. (Aarons.G, 1999: 23).

وقد أوضح Howlin سنة 2002، أن بعض الدراسات العلمية منذ عام 1985 لفتت الانتباه إلى زيادة معدل الإصابة بمتلازمة الكروموسوم الجنسي الذكري الهش لدى الأطفال المصابين بالتوحد؛ حيث بلغت نسبتها ما يقارب 16% عند الذكور، وهو ما أكدته أيضًا نتائج بلاجستن (BlamGuist, 2002: 31). وفي السياق نفسه، بينت مجموعة من الأبحاث أن نسبة تأثير العامل الوراثي في حالات التوحد تتراوح بين 0% و16%， كما أظهرت بعض الدراسات وجود علاقة محتملة بين اضطراب التوحد وبعض الأمراض الوراثية المتنحية، مثل الفينيلكيتون بوريا (Phenylketonuria—PKU).

إضافة إلى ذلك يشير أبو سيف سنة 2006، في (أبو سيف. ح, 2006: 10) مجموعة من العوامل الجينية التي قد تسهم في الإصابة باضطراب طيف التوحد، ومن أبرزها:

-التشوهات الجينية الموروثة الناتجة عن أورام الدماغ أو تلف الجهاز العصبي المركزي.

-الإصابة بخلل في التفاعلات الكيميائية للجينات أثناء عملية الإخصاب، مما قد يؤدي إلى زيادة المواد الضارة في الدم وإتلاف الخلايا العصبية في الدماغ.

-الاضطرابات المرتبطة بخلل أحد الكروموسومات الموروثة، والتي قد تسبب إعاقات عقلية أو صعوبات حادة في التعلم.

ورغم ذلك، يؤكد القاسم وآخرون سنة (2000) في (القاسم. ج، وآخرون، 2000: 134_135) أن هذه الارتباطات لاتزال بحاجة إلى دراسات أعمق لإثباتها علمياً؛ حيث أنه لم يتم حتى الآن إثبات هذه العلاقة بشكل علمي قاطع، ويرجع ذلك إلى الصعوبات المرتبطة بالبحث في الجينات البشرية، وتعقد العوامل الوراثية المتداخلة مع العوامل البيئية والنمائية.

ـ عوامل متعلقة بالأم:

تشير الدراسات كما جاء به الشريف سنة 2007، إلى أن بعض الظروف الصحية أو البيئية التي تمر بها الأم أثناء الحمل أو خلال عملية الولادة قد تسهم في زيادة احتمالية إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد، ومن أبرز هذه العوامل: (الشريف 2007: 141-142)

- حالات الاختناق أو الإصابات الناتجة عن الولادة المتعسرة، وما قد يصاحبها من صدمات للطفل.
- تعرض الأم لنزيف خلال فترة الحمل.
- تقدّم عمر الأم عند الولادة؛ حيث تزداد احتمالية حدوث الخلل الوظيفي لدى الطفل إذا تجاوز عمر الأم 35 سنة.

- تأخر موعد الولادة عن الوقت المحدد (ما بعد الأجل)، مما قد يؤدي إلى اختناق الجنين وتضرر الدماغ.

- ترتيب الطفل في الميلاد؛ إذ تشير بعض الدراسات إلى أن تكرار الولادات بشكل متقارب قد يرهق الأم ويضعف حالتها الصحية، مما قد يعكس سلباً على صحة الجنين.

كما أوضحت بعض الأبحاث أن إصابة الطفل ببعض الفيروسات قد تكون عاملاً مسهماً في الإصابة بالتوحد، ومنها فيروس السيتوميجالو (Cytomegalovirus) وفيروس المربس (Herpes) (Aarons&Gittens).

ـ عوامل وأسباب تحدث في بيئة الحمل:

- توجد بعض العوامل التي قد تطرأ خلال فترة الحمل وتؤثر على نمو الجنين، مما قد يُسهم في ظهور اضطراب طيف التوحد، ومن أبرزها:
- الإصابة بفيروس تضخم الخلايا (Cytomegalovirus)، وهو التهاب فيروسي قد يصيب الجنين داخل الرحم.
- الإصابة بفيروس الحصبة الألمانية أثناء الحمل.
- حدوث خلل في بعض الإنزيمات نتيجة إعاقات نمائية، قد تكون مصحوبة بسمات توحيدية وسلوكيات غير نمطية.
- قصور في وظائف الجهاز العصبي، مما يعيق امتصاص العناصر النشوية الضرورية لنمو الجنين من خلال غذائه داخل الرحم. (Aarons, 1999: 45)

ـ العوامل والأسباب النفسية والاجتماعية:

يشير محمد علي كامل سنة 2000، إلى تعدد الافتراضات ووجهات النظر التي حاولت تفسير ظاهرة اضطراب التوحد لدى الأطفال، فقد اعتبر بعض الباحثين هذا الاضطراب خللاً في التواصل الاجتماعي ناجماً عن ظروف بيئية واجتماعية غير سوية يعيشها الطفل، تؤدي إلى شعوره بالرفض من قبل والديه والمقربين منه، وقد دانه للدعم العاطفي من المحيطين به، ووفق هذا التصور فإن غياب الإشباع العاطفي يؤدي بالطفل إلى الانسحاب والانغلاق على ذاته، وعدم القدرة على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، أما من منظور المموج النفسي التقليدي، فقد فُسر

اضطراب التوحد على أنه شكل من أشكال الفصام المبكر (Schizophrenia) الناتج عن نشأة الطفل في بيئة أسرية مضطربة، مما يضعف تكيفه وانسجامه مع محیطه الأسري وينعكس سلباً على تفاعله مع المجتمع الخارجي. (علي كامل، 1998: 17)

من ناحية أخرى، يرى محمد بن أحمد بن عبد العزيز الفوزان (2000) أن التطورات البحثية والخبرات الإكلينيكية المعاصرة، إضافة إلى نتائج الدراسات الحديثة، جعلت بعض الافتراضات التقليدية حول التوحد موضع شك، خاصة تلك التي ترجع أسبابه إلى خصائص الوالدين أو طريقة تربيتهم، فقد تراجعت هذه الفرضية، وأصبح التفسير المعاصر أكثر تركيزاً على العوامل النمائية والمعرفية الكامنة لدى الطفل نفسه، إلى جانب الاضطرابات العصبية البيولوجية، بدلًا من إلقاء اللوم المباشر على البيئة الأسرية وحدها (الشريبي، 2011: 33).

3 - أعراض اضطراب طيف التوحد:

تنوع الأعراض التي قد تظهر لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من حيث الدرجة والشدة، كما تختلف من طفل إلى آخر، إلا أن هناك مجموعة من السمات المشتركة التي يلاحظها المختصون وأولياء الأمور، ويمكن تصنيفها على النحو الآتي: (Hobson, R. & Lee, A, 1998: 76)

-صعوبات التواصل الاجتماعي:

-ضعف ملحوظ في القدرة على التفاعل الاجتماعي والرغبة في الانعزal، وهو من أبرز سمات التوحد.

-رفض الاتصال أو الاندماج مع الآخرين، بما في ذلك الأطفال في محیطه، وصعوبة تكوين صداقات أو علاقات اجتماعية.

-عدم الاستجابة أو التفاعل مع إشارات التواصل اللفظية وغير اللفظية (مثل الإيماءات، أو تعابير الوجه، أو نبرة الصوت).

-غياب المشاركة في اللعب الجماعي أو تبادل الأنشطة مع الأقران.

-ضعف الاستجابة العاطفية: وذلك بعدم إبداء ردود فعل تجاه مشاعر الآخرين أو التأثر بها.

-قصور في التعبير عن المشاعر الشخصية وفهم العواطف المتبادلة.

-القصور في الخيال واللعب الرمزي: والذي يتمثل في ضعف أو غياب القدرة على ممارسة اللعب التخييلي أو توظيف الخيال في الأنشطة الإبداعية.

-التعلق بأشياء أو أغراض غير مألوفة (مثل بطانية أو وسادة)، والتمسك بها بشكل مفرط.

-الاضطرابات الحسية: بالاستجابة غير المعتادة للمثيرات الحسية، مثل تجنب التلامس الجسدي (الاحتضان) أو التواصل البصري، أو الابتسامة.

-فرط الحساسية أو قصورها تجاه الأصوات أو الأضواء أو الروائح، بدرجات تتجاوز المعتاد.

-اضطرابات الأداء الحركي: وجود فرط حركة أو قصور في القدرة الحركية، بدرجات متفاوتة من حالة لأخرى.

-القيام بحركات نمطية متكررة أو غير هادفة لفترات طويلة.

-اضطرابات السلوك: قد يتسم بعض الأطفال بالنشاط الزائد المفرط، في حين يميل آخرون إلى الخمول الشديد.

-انعدام إدراك الخطر، مثل القفر من أماكن مرتفعة دون خوف، أو الاقتراب من مصادر خطر دون وعي.

-سلوكيات عدوانية تجاه الآخرين أو الذات، دون إدراك لمعاناة أو ألم الآخرين.

-أنماط تواصل بديلة: استخدام الإشارات اليدوية للتعبير عن الاحتياجات بدلاً من اللغة الفظية.

-عدم الاستجابة عند مناداة الطفل باسمه، رغم سلامته حاسة السمع.

4- المقاربات النظرية المفسّرة لاضطراب التوحد:

يُعدّ اضطراب التوحد كما جاء به نايف عابد الزارع سنة 2010، أنه أحد اضطرابات النمائية العصبية المعقّدة، التي تتسم بضعف متفاوت الشدة في القدرات التوافضية والتفاعلات الاجتماعية، إضافة إلى أنماط سلوكية متكررة ومقيدة. وعلى الرغم من عدم التوصل إلى تفسير قاطع لأصوله، فقد تمت طوير مجموعة من النظريات النفسية والبيولوجية لتفسيره. (الزارع، 2010: 23).

ويعرفه الرزقيات في سنة 2004 على أنه أحد اضطرابات النمائية العصبية التي تتسم بضعف نوعي، تتراوح شدته بين الخفيف والشديد، في القدرات التوافضية والتفاعلات الاجتماعية المتبادلة، ورغم أن الأصل الدقيق لهذا الإضطراب لا يزال غير معروف بشكل قاطع، فقد طُورت عدة نظريات مفسّرة له، يمكن تصنيفها في إطارين رئيسيين: النظريات النفسية والنظريات البيولوجية. (الرزقيات، 2004: 11)

وقد سعى الباحثون إلى تفسير اضطراب التوحد، من خلال مقاربات نظرية متنوعة ومختلفة، تهدف إلى الكشف عن أسبابه المحتملة والآليات التي تؤثر في تطوره وظهوره.

أ. النظريات النفسية:

نظريّة العقل: تعد من أبرز النظريات التي طرحتها سيمون بارون (Simon Baron-Cohen)، وتشير إلى قدرة الفرد على فهم سلوك الآخرين وتوقع تصرفاتهم، إضافةً إلى إدراك معتقداتهم ونواياهم، وتظهر بوادر تطور "نظريّة العقل" لدى معظم الأطفال في سن مبكرة؛ حيث يبدأون في حدود 18 شهراً بمارسة اللعب الرمزي واستخدام الأشياء لتمثيل أشياء أخرى، ومع بلوغهم عمر ثلث سنوات يصبحون قادرين على التمييز بين حالاتهم العقلية الذاتية وحالات الآخرين، بينما يتمكّنون في عمر أربع إلى خمس سنوات من فهم المعتقدات الخاطئة والتمييز بين ما هو ظاهر وما هو حقيقي (الرزقيات، 2004: 16).

- النظريّة العصبية النفسيّة: تفترض هذه النظريّة أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من قصور في "الوظائف التنفيذية" للدماغ، وهي مجموعة من العمليات المعرفية العليا التي تشمل التخطيط، وتنظيم السلوك، والتحكم في الاندفاعات وحل المشكلات، ويعتقد أن هذا الخلل يسهم في الصعوبات السلوكيّة والاجتماعيّة المميزة لاضطراب التوحد. (الرزقيات، نفس المرجع)

ب. نظرية الخلايا العصبية المرأة:

تشير هذه النظرية إلى وجود نوع خاص من الخلايا العصبية يُسمى الخلايا العصبية المرأة، وهي مسؤولة عن بعض العمليات النفسية والاجتماعية مثل التعرف على الآخر، والشعور به، وتحديد هويته. (Nicolas Georgieff, 2008: 39) تنشط هذه الخلايا عندما يقوم الطفل بعمل معين أو عند مشاهدته لشخص آخر يقوم بالعمل نفسه، وقد بيّنت العديد من الدراسات أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من قصور واضح في عمل هذه الخلايا، مما يؤثر على قدرتهم على فهم نوايا الآخرين والتفاعل معهم.

ج. نظرية هوبسون الاجتماعية العاطفية: (Hobson, 1995: 57)

تركز هذه النظرية على أن القصور المعرفي والاجتماعي لدى الأشخاص ذوي التوحد ذو طبيعة عاطفية اجتماعية بالدرجة الأولى، ويرى هوبسون أن العجز في فهم المشاعر وتنميتها يمثل عاملاً أساسياً في ضعف بناء العلاقات الشخصية لديهم، وتشير أبحاثه إلى أن هؤلاء الأطفال يواجهون صعوبة في فهم العواطف، مما يعكس سلباً على تفاعلاتهم الاجتماعية، وقد توصل هوبسون من خلال دراسة اللغة التلقائية لدى أطفال التوحد، إلى وجود قصور في القدرات اللغوية والتعبيرية، وكذلك في مهارات التفكير والمعرفة.

- نظرية الإدراك-الحركة:

تتكامل هذه النظرية مع نظرية الخلايا العصبية المرأة، وتفترض ارتباطاً وثيقاً بين الحركة والإدراك والمعرفة، (Von Hofsten, 1993) ووفقاً لهذه الرؤية، يشكل كل من الإدراك الحسي والحركة نظاماً وظيفياً مترابطاً تتحكم فيه الدوافع الداخلية، مما يؤدي إلى تطور السلوكيات المألوفة، كما تعكس الحركة مظاهر النمو المعرفي كافة، بما في ذلك القدرة على مواجهة المشكلات وإيجاد حلول لها، اعتماداً على الإمكانيات الحركية والحسية. (Hadjikhani, 2007: 42)

د. نظرية الدماغ الذكري المتطرف: (La théorie du cerveau masculin extrême)

اقترحها سايمون بارون-كوهين (Simon Baron-Cohen, 2009: 11)، وتفترض أن التوحد وتناذر أسبرجر يمكن تفسيرهما من خلال نمط إدراكي يتميز بالتفكير المنظم المعتمد على القواعد والأنظمة، مقابل ضعف في التقمص العاطفي، ويرتبط هذا النمط بخلل في مناطق دماغية محددة، أبرزها القشرة الوسطى للفص الجبهي، والقشرة الحازمية الخلفية، والتلفيف الصدغي العلوي، والتقاطع الصدغي الجداري، ويشير الأطفال ذوي التوحد، وفق هذه النظرية، صعوبات في الفهم الاجتماعي، وعدم القدرة على إدراك السخرية والفكاهة، وضعفاً في التواصل اللفظي والمشاركة الاجتماعية. (الزراع، 2010: 26)

ه. نظرية عدم توازن التقمص: (La théorie du déséquilibre de l'empathie)

تقدّم هذه النظرية تفسيراً إضافياً لاضطراب التوحد؛ حيث تشير إلى وجود خلل نوعي في القدرات العاطفية-التقمصية، ما يفسر جانباً من الأعراض الاجتماعية والانفعالية التي يظهرها المصابون بالاضطراب.

و. النظريات التشريحية: وهي أحد فروع النظريات البيولوجية، وترتكز على دراسة البنية المادية للجهاز العصبي والدماغ، وذلك من حيث حجم مناطق الدماغ، وخصائص الأنسجة العصبية وتركيبها.

فقد أشار الزراع في سنة 2010، أن الدراسات التشريحية قد أظهرت وجود آفات أو اختلافات تشريحية في النصف المخي الأيمن لدى بعض الأطفال المصابين بالتوحد، مما يؤثر على معالجة اللغة، وخصوصاً الجوانب غير اللفظية منها، وعلى فهم المعاني المزدوجة والتعاطف والاستدلال الاجتماعي، كما ترتبط هذه الاختلافات بصعوبة إدراك المظاهر العاطفية، وضعف التعرف على الوجوه. (الزراع، 2010: 15)

إضافة إلى ذلك، تم رصد تغيرات هيكلية في مناطق دماغية أخرى مثل: اللوزة الدماغية والفص الصدغي والقشرة الحزامية الأمامية، وتؤدي اللوزة دوراً محورياً في تنظيم العواطف، وخاصة مشاعر الخوف والغضب وردود الفعل الفسيولوجية المرافقة لها، في حين تساعد القشرة الحزامية الأمامية على التخطيط للمستقبل والتنبؤ بعواقب الأفعال، ما يسهم في حل المشكلات الجديدة.

5- أشكال التوحد: كما جاء به: (Krantz, P, Mc Clannahangl 1998: 7)

أ-الانحراف الطفولي: في هذا النوع ينمو الطفل بشكل طبيعي خلال العامين الأولين من حياته، مكتسباً المهارات الأساسية ومارساً أنشطته كبقية الأطفال، غير أن هذه القدرات تبدأ في التراجع تدريجياً، فيفقد الطفل مهاراته السابقة ويصبح أكثر عدوانية، سريع الغضب لأسباب بسيطة، وغير قادر على القيام بالأنشطة التي كان يؤديها سابقاً.

ب-متلازمة أسبرجرو: تُعد من أكثر أشكال التوحد شيوعاً على مستوى العالم، يتميز الطفل المصاب بذكاء طبيعي أو فوق المتوسط، مع قدرة جيدة على التعلم والتحدث، لكنه يواجه صعوبات في التواصل الاجتماعي، خاصة في استخدام اللغة في سياق التفاعل مع الآخرين، ورغم عدم معاناته من قصور معرفي أو لغوي، إلا أن تكوين العلاقات الاجتماعية يمثل تحدياً كبيراً له.

ج-متلازمة رت: تصيب هذه المتلازمة الإناث حسرياً، وفقاً للدراسات والأبحاث الطبية، تبدأ المؤشرات بالظهور عادة في الشهر الثامن من عمر الطفلة؛ حيث يثبت نمو محيط الرأس أو ينكمش عن الحجم الطبيعي، كما تبدأ بفقدان السيطرة على الأطراف، فتظهر حركات يدوية وساقة متكررة وغير هادفة، إلى جانب فقدان بعض القدرات الحركية المكتسبة سابقاً.

د-متلازمة كانر (التوحد الكلاسيكي): يظهر منذ الأشهر الأولى من حياة الطفل، وغالباً قبل بلوغه الشهرين، يتسم الطفل بقصور ملحوظ في الانتباه، وعدم الاتكتراث بمشاعر الآخرين، إضافة إلى تأخر النطق، وصعوبات واضحة في التواصل والتفاعل الاجتماعي.

ه-التوحد الشديد أو الكامل: يُصنف ضمن أشد أشكال التوحد حدة، وغالباً ما يكون مصحوباً بتأخر عقلي أو ذهني، يعاني الطفل من قصور في القدرات البصرية والعقلية والاجتماعية والحركية، ويُظهر سلوكيات غير مألوفة قد تصل إلى العنف أو العدوانية تجاه نفسه أو الآخرين.

6- طرق علاج طفل التوحد: حيث أكد (Krantiz, P; 1998: 13) على أن علاج التوحد يُعدّ عملية معقدة تتطلب مقاربة متعددة الأبعاد؛ إذ لا يوجد أسلوب واحد يناسب جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب. ويعتمد التدخل العلاجي الناجح على الجمع بين البرامج السلوكية، والمعرفية، واللغوية، إضافة إلى الدعم الأسري والبيئي، و تستند هذه البرامج إلى أسس علمية دقيقة تهدف إلى تنمية مهارات الطفل وتحسين قدراته في التّواصل والتفاعل الاجتماعي، والحد من السلوكيات غير المرغوبة.

وفيما يلي أبرز (Krantiz. P, 1998: 13) أنسب الطرق العلاجية:

أ. طريقة لوفاس (Lovaas): وضعها Ivor Lovaas، أستاذ الطب النفسي بجامعة كاليفورنيا – لوس أنجلوس، وهي أحد أساليب العلاج السلوكي (Behavior Therapy) القائمة على مبادئ التحليل السلوكي التطبيقي (ABA)؛ حيث تعتمد على ضبط سلوك الطفل من خلال دراسة بيئته، والتحكم في العوامل التي تحفز السلوكيات غير المرغوبة أو المرغوبة، باعتبار أن السلوك استجابة لمؤثرات خارجية، وتوصي الطريقة بأن لا تقل مدة الجلسات العلاجية عن 40 ساعة أسبوعياً، ولفترة زمنية مفتوحة، لضمان ترسيخ السلوكيات الإيجابية وتحسين مهارات الطفل تدريجياً.

ب. طريقة تيتش (TEACCH): وهي اختصار ل Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children المشابهة.

تم تطويرها في جامعة كارولينا الشمالية بالولايات المتحدة، وتنفذ عبر مراكز متخصصة، وتميز بأنها فردية ومُكثفة وفق احتياجات كل طفل؛ حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الصف الواحد 5 إلى 7 أطفال، مع وجود معلم/معالج تربوي يقدم الدعم الشخصي لكل منهم، وتحدّف إلى تحسين المهارات الأكاديمية والحياتية عبر بيئة تعليمية منظمة وبصرية.

ج. طريقة فاست فور وورد (Fast For Word): وهي عبارة عن برنامج تدريجي إلكتروني يعمل عبر الحاسوب، طورته الباحثة PaulaTalla سنة 1992، بهدف تحسين المهارات اللغوية لدى الأطفال ذوي التوحد، ويعتمد على ارتداء الطفل لسماعات أثناء جلوسه أمام شاشة الكمبيوتر؛ حيث يشارك في ألعاب تعليمية تستند إلى الأصوات والكلمات، ما يساعد على تنمية اللغة، والانتباه، والمهارات السمعية، كما يركز البرنامج على إزالة العوائق السلوكية التي قد تحد من تركيز الطفل، مما يمنحه فرصة للتعلم في بيئة تفاعلية محفزة.

7- النصائح والتوصيات للأسر التي لديها طفل مصاب بطيف التوحد:

أكّد (Nouchine Hadjikhani, 2007: 115) على أنه للحد من المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد يتعرض لها الطفل المصاب بطيف التوحد، والتي تعكس بدورها سلباً على أسرته والحيطين به، ينبغي على الوالدين إتباع الإرشادات التالية:

ـ التعامل الأسري مع الطفل المصاب بطيف التوحد:

حيث يمثل التدخل الأسري عنصراً محورياً في دعم الطفل المصاب بطيف التوحد، إذ تبيّن الأدبيات العلمية أن البيئة الأسرية الداعمة تسهم في تحسين قدرات الطفل على التكيف والاندماج، ويمكن تحليل ممارسات الأسر الفعالة في هذا السياق وفق المحاور الآتية:

ـ إدارة السلوكيات الانفعالية:

إذ تشير الدراسات إلى أن تجنب المثيرات البيئية التي قد تستفز الطفل أو تثير غضبه يساعد في الحد من نوبات السلوك الانفعالي، كما أنّ توفير بيئة عاطفية مستقرة يسودها الهدوء والمساندة الوجدانية يسهم في خفض مستوى التوتر وتحسين التفاعل الاجتماعي.

ـ تعزيز التفاعل العاطفي والدعم النفسي:

يعدّ بناء علاقة إيجابية مع الطفل، تتسم بالدعم والحب غير المشروط، عاملًا مهمًا في رفع مستوى ثقته بنفسه، وتطوير سلوكياته الإيجابية، وقد أشارت البحوث إلى أنّ التشجيع المستمر لأي تقدم يحرزه الطفل، مهما كان بسيطًا، يساعد في ترسیخ السلوكيات المرغوبة.

ـ الاستقرار النمطي والروتين اليومي:

حيث يُظهر الأطفال المصابون بطيف التوحد غالباً ميلاً واضحاً إلى الأنشطة النمطية وتكرار السلوكيات. لذلك، فإن الحفاظ على روتين يومي ثابت ومنظّم يعد من الممارسات التي تدعم الشعور بالأمان وتقلل من مستويات التوتر والقلق لديهم.

ـ توظيف الخبرات العلمية والتجارب السابقة:

فالتفاعل مع الأدبيات العلمية والدراسات السابقة في مجال رعاية الأطفال التوحديين يوفر إطاراً معرفياً يساعد الأسر على تبني استراتيجيات تدخل أثبتت فعاليتها. كما أن الاطلاع على التجارب الأسرية الأخرى يمكن من تبادل الخبرات وبناء شبكات دعم اجتماعي.

ـ التشخيص المبكر والتدخل العلاجي:

إذ يلفت الباحثون إلى أهمية الكشف المبكر عن اضطراب طيف التوحد، لما له من أثر في تحديد مستويات الاضطراب وتوجيه التدخل العلاجي المناسب في الوقت الملائم، وهو ما يسهم في تقليل الآثار السلبية المحتملة على النمو المعرفي والانفعالي للطفل.

ـ الرعاية الشاملة والمتكاملة:

يتطلب التعامل مع الطفل المصاب بالتوحد توفير رعاية متوازنة تشمل الجوانب النفسية والجسدية والاجتماعية، بما يحقق تكيّفاً أفضل، ويُمكّنه من تطوير مهاراته ومواهبه.

-تحليل القدرات الفردية:

يساعد تحليل الجوانب المعرفية والاجتماعية والانفعالية للطفل في تصميم برامج تدخل متخصصة تستجيب لحاجاته الخاصة، بما يضمن فعالية أكبر في تحقيق الأهداف التربوية والنمائية.

أما فيما يخص النماذج التطبيقية للتدخل الأسري نذكر منها ما يلي:

-التعامل مع النشاط الزائد:

حيث توصي الدراسات بتوفير بيئة غنية بالمحفزات الملائمة، مثل الألعاب التي تسهم في خفض مستويات التوتر وتحسين الانتباه. وفي حال ظهور سلوكيات عدوانية، يقترح الرجوع إلى المختصين لتقدير الحاجة إلى العلاج الدوائي، مع الاعتماد على أساليب تربوية قائمة على التعزيز الإيجابي وتنظيم الأنشطة اليومية بطريقة منهجية.

-التعامل مع التأخر اللغوي:

فمن الضروري التأكد من سلامة الحواس الأساسية كالسماع والبصر، ثم الاعتماد على التواصل اللغظي التكراري المستمر لتحفيز الطفل على الاستجابة تدريجياً، إلى جانب توظيف الأنشطة اليومية كفضاءات تعلم لغوي غير مباشر، وتحفيز الطفل على الخروج من عزلته عبر دمجه تدريجياً في تفاعلات اجتماعية هادفة.

الخاتمة:

يُعد اضطراب التوحد أحد الاضطرابات النمائية العصبية المعقّدة التي ما تزال أسبابها الدقيقة غير واضحة تماماً، على الرغم من تعدد التفسيرات النظرية والنماذج النفسية والبيولوجية التي حاولت تفسيره، و يؤثر هذا الاضطراب بشكل جوهري على قدرات الطفل في التواصل اللغوي والاجتماعي، وعلى سلوكه وقدرته على التكيف مع البيئة المحيطة، وقد بيّنت الدراسات أنّ التدخل المبكر والتشخيص الدقيق، والتأهيل المستمر، تشكل عناصر أساسية للتقليل من حدة الأعراض وتحسين جودة حياة الطفل وأسرته، كما أن دور الأسرة محوري في توفير بيئة داعمة، قائمة على الحب والصبر، مع الالتزام بالروتين المناسب، وتعزيز السلوكيات الإيجابية، وتبني إستراتيجيات وتقنيات مناسبة للتعامل مع النشاط الزائد أو التأخر اللغوي ، ومن الضروري أن تتضافر جهود الأسرة، والمدرسة، والمختصين، والمجتمع ككل لتقديم حزمة من الخدمات المتكاملة تشمل الدعم النفسي والاجتماعي، والرعاية الصحية، وإعادة التأهيل، وتوفير فرص التعليم والتدريب بما يتناسب مع قدرات الطفل واحتياجاته، ذلك أن التعامل مع اضطراب التوحد ليس مهمة فردية، بل هو مسؤولية جماعية تتطلب وعيًا، وتعاونًا، وإيمانًا بقدرات هؤلاء الأطفال على التعلم والنمو والتكيف إذا ما أتيحت لهم الفرص المناسبة، فالتوحد ليس نهاية الطريق، بل هو مسار مختلف يحتاج إلى فهم ورعاية مستمرة، من أجل تمكين الطفل من تحقيق ذاته والمشاركة الفاعلة في المجتمع.

قائمة المصادر والمراجع:

- أبو سيف، ج. (2006). *الطفل التوحد*. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- الزارع، ن. ع. (2010). *المدخل إلى اضطراب التوحد: المفاهيم الأساسية وطرق التدخل* (ط1). عمان: دار الفكر.

- الزريقات، إ. ع. ف. (2004). *التوحد: الخصائص والعلاج*. عمان: دار وائل.
- الشريبي، س. ك.، ومصطفى، أ. ف. (2011). *سمات التوحد (ط1)*. عمان: دار المسيرة.
- الشريف، ع. (2007). *التربية الخاصة في البيت والمدرسة*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- القاسم، ج.، وآخرون. (2000). *الاضطرابات السلوكية*. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- عليوان، م. (2007). *الأطفال التوحديون*. عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع.
- كامل، م. ع. (1998). *من أهم ذوي الأوتیزم*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية
- Aarons, M., & Gittens, T. (1999). *The handbook of autism: A guide for parents and professionals* (2nd ed.). London and New York: Routledge.
- Baron-Cohen, S. (2009). Autism: The empathizing-systemizing (E-S) theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 68-80.
- Georgieff, N. (2008). *Qu'est-ce que l'autisme ? Troubles du comportement – Généralités*. Paris: Dunod.
- Hadjikhani, N. (2010). Serotonin, pregnancy and increased autism prevalence: Is there a link? *Medical Hypotheses*, 74(5), 880-883. <http://www.nmr.mgh.harvard.edu/nouchinelab>
- Hobson, R. P., & Lee, A. (1998). Hello and goodbye: A study of social engagement in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28(2), 117-127.
- Howlin, P. (1998). *Children with autism and Asperger syndrome: A guide for practitioners and carers*. Chichester: Wiley.
- Krantz, P. J., & McClannahan, L. E. (1998). Social interaction skills for children with autism: A script-fading procedure for beginning readers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(2), 191-202.
- Marcia, D. (1990). *Autism and life in the community: Successful interventions for behavioral challenges*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.