

الإرشاد النفسي لدى أطفال التوحد

Psychological Counseling For Autism Children

إعداد

إنجى منصور محمد عسران

باحثة دكتوراه

إشراف

أ.د/ بدرية كمال أحمد

أستاذ علم النفس

كلية الآداب - جامعة المنصورة

المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة المنصورة

المجلد الثامن - العدد الرابع

إبريل ٢٠٢٣

الإرشاد النفسى لدى أطفال التوحد

Psychological Counseling For Autism Children

إنجى منصور محمد عسران *

البرنامج الإرشادى : *Counseling program*

أن الإرشاد النفسى هو مجموعة من المبادئ والإجراءات التى تشترك فى افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر فى السلوك، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية. ويختلف هذا الأسلوب العلاجى عن علاج الاستبصار التقليدى فى أن معارف الـ (هنا والآن) النوعية تكون هى الهدف فى التغيير من خلال إجراءات نوعية أكثر من التأكيد على الماضى كسبب للصعوبات الحالية. وتشتمل المعارف على الاعتقادات والتفكير وطرق تعلم تلك المعلومات للتغلب على المشاكل، وطرق التنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقييمها (عادل عبد الله، ٢٠٠٠: ٢٣).

كما أوضح (هوفمان إس جى، ٢٠١٢: ٧) أن الإرشاد النفسى هو نوع من الإرشاد بسيط، وحادسى، وواضح، حيث يندرج تحته عائلة من التدخلات تتقاسم فى نفس الأفكار الرئيسية، تحديداً المعارف التى تؤثر بشكل سببى، وقوى فى الوجدانيات والسلوكيات، ومن ثم تسهم فى الإبقاء على المشكلات النفسية.

* باحثة دكتوراه

(١) مفهوم الإرشاد النفسى:

كما عرّف (حمدى عبد الله، ٢٠١٣: ٤٩) الإرشاد النفسى بأنه الممارسة الإرشادية المنظمة تخطيطاً وتقيماً وتنفيذاً، والمستمدة من مبادئ وفتيات الاتجاهات النظرية، ويتم تنسيق مراحلها وأنشطتها وخبراتها وإجراءاتها وفق جدول زمنى متتابع فى صورة جلسات إرشادية فرديه أو جماعية، وفى ضوء جو نفسى آمن، وعلاقة إرشادية تتيح لكل المشاركين المشاركة الإيجابية، والتفاعل المستمر لتحقيق الأهداف الإرشادية بأنواعها، وتقديم المساعدة الإرشادية المتكاملة فى أفضل صورها.

وعرّف (رياض نايل، ٢٠١٥: ٣٠-٣١) الإرشاد النفسى بأنه عبارة عن مجموعة الخبرات الاستراتيجية الإرشادية المباشرة وغير المباشرة المخططة والمنظمة على أسس علمية سليمة تقدم بطريقة بناءة من قبل اختصاصيين فى مجال الإرشاد والعلاج النفسى للأفراد (المسترشدين، المرضى) الذين يعانون من مشكلات انفعالية أو نفسية أو اجتماعية، تطبق فى مكان وزمان محدد، بهدف مساعدتهم فى التعرف على إمكانياتهم وقدراتهم وحل مشكلاتهم وما يواجههم من صعوبات، ومساعدتهم على اتخاذ القرارات السليمة من أجل تحقيق النمو السوى والتوافق النفسى.

كما عرّف (عبد المنصف عبد المؤمن، ٢٠١٩: ٩١) البرنامج الإرشادى بأنه عملية منظمة ومخطط يهدف إلى مساعدة آباء وأمهات الأطفال التوحيديين على اكتساب بعض الحقائق والمعلومات عن التوحد وأبعادها، بالإضافة الى اكسابهم بعض المهارات اللازمة للتعامل مع أطفالهم، وتدريبهم بهدف تحسين جودة الحياة لديهم.

وعرّفت (زهراء حسين، ٢٠٢٠: ٥٩) البرنامج الإرشادي بأنه الخطة الموضوعية لتنفيذ عملية الإرشاد، والتي تشمل الاستراتيجيات والتعليمات والتغذية الراجعة وتعزيز الاجتماعي وتمثيل الدور والنمذجة.

(٢) أهداف الإرشاد النفسي:

أشار (نبيل محمد، ٢٠١٤: ٢٩) إلى أن أهداف البرنامج الإرشادي يجب أن تكون مركزة على مساعدة الفرد على النمو في الاتجاه المرغوب، والعمل على توسيع رقعة السوية لديه، لذلك يتضمن البرنامج الإرشادي الأهداف التالية:

(أ) الهدف النمائي: يتعلق بتوافر عناصر أو ظروف النمو المتكامل المتوازي الذي يشمل الجوانب النمائية المختلفة (الجسمي والعقلي والاجتماعي والنفسي) للفرد.

(ب) الهدف الوقائي: الوقاية خطوة تسبق العلاج، وهي تعمل على تقليل الحاجة إلى العلاج، وهي محاولة لمنع حدوث المشكلة أو الاضطراب، وذلك عن طريق إزالة الأسباب المؤدية إلى ذلك، كما أنها تعمل على الكشف عن الاضطراب الانفعالي في مراحله الأولى .

(ج) الهدف العلاجي: يتعلق بمعالجة الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد أو الجماعة، وذلك لتحقيق حالة التوازن بين جوانب النمو المختلفة، لتحقيق التكيف النفسي والاجتماعي.

(٣) أسس بناء الإرشاد النفسى:

أوضح (سامى محمد، ٢٠١٥: ٧١-٧٣) أن من الأسس التى يقوم عليها الإرشاد النفسى ما يلى:

أ- الأسس والمسلمات العامة، وتشمل:

١- الثبات النسبى للسلوك الإنسانى وإمكانية التنبؤ به.

٢- مرونة السلوك الإنسانى .

٣- السلوك الإنسانى فردى - جماعى.

٤- استعداد الفرد ورغبته فى الإرشاد .

٥- حق الفرد فى الإرشاد .

٦- حق الفرد فى تقرير مصيره.

٧- التقبل غير المشروط للمسترشد.

٨- عملية الإرشاد مستمرة طوال الحياة.

٩- الإرشاد الدينى علاج ووقاية ونماء للفرد.

ب- الأسس الفلسفية:

يقوم الإرشاد على فلسفة تمنح الفرد الحرية فى استغلال كل الفرص المتاحة وفى اتخاذ قراراته بنفسه، بحيث يسعى إلى تحقيق رغباته واشباع حاجاته دون الخروج عن الأعراف والتقاليد والقيم التى يؤمن بها مجتمعه، ووظيفة المرشد ليست فى جوهرها سوى مساعدة الفرد فى تحديد أهدافه والعمل

على تحقيقها، وله الحق في طلب المساعدة عندما يواجهه موقف لا يتمكن من مواجهته بنجاح إلا إذا حصل على مساعدة إرشادية تقوده إلى تحقيق ذاته في مختلف المجالات (رافدة الحريري وسمير الإمامي، ٢٠١٠: ٣٠).

ج- الأسس النفسية التربوية:

وهي الفروق الفردية، والفروق بين الجنسين، ومطالب النمو.

د- الأسس الاجتماعية :

وهي الاهتمام بالفرد بوصفه عضواً بالجماعة والاستفادة من كل مصادر المجتمع.

هـ- الأسس العصبية والفسولوجية:

لابد من مراعاة العلاقة بين النفس والجسم، فالجسم يعتبر وسيطاً بين البيئة الخارجية وبين الذات ككيان نفسي، ويؤدي الضغط الانفعالي الشديد المزمن إلى اضطراب التوازن كما يسبب المرض الجسمي إصابة الفرد بالاكْتئاب.

وعلى المرشد أن يلم بقدر مناسب من الثقافة الطبية عن تكوين الجسم ووظائفه وعلاقة هذه الأجزاء بالسلوك (أحمد عبد اللطيف ، ٢٠١١ : ٦٩ - ٧٠).

و- الأسس الفنية والأخلاقية :

على المرشد أن يبحث مشكلة الفرد من جميع زواياها وأن يستخدم كل ما لديه من وسائل وامكانات لمساعدته على حلها، ويكون مرناً في إتباع الوسيلة التي تتفق مع حاجات الفرد وصفاته وطبيعة المشكلات التي تواجهه، ويحافظ

على سر مهنته وأن يضع سجلاته وتقاريره فى مكان آمن، ولا يفشى أية معلومات تتعلق بالأفراد الذين يوجههم إلا فى إطار الاجتماعات النفسية مع الاخصائيين حتى يحصل للأفراد على مساعدات معينة، وأن يبذل كل جهده لكى يزيد من فهم العميل لنفسه وللعالَم الذى يعيش فيه، ويساعد العميل على أن يتقبل ذاته كما هى على حقيقتها (سامى محمد، ٢٠١٥: ٧٥).

وثمة مجموعة من القضايا الأساسية التى يجب على القائم بعملية تصميم برنامج إرشادى أن يراعيها عند التفكير فى بناء برنامج إرشادى لمجموعة من الأفراد الذين يعانون من مشكلة ما، وذلك لضمان نجاح وفعالية البرنامج، ومن أهم تلك الاعتبارات:

أ- العمر الزمنى للأفراد المشاركين فى البرنامج الإرشادى وخصائصهم والمرحلة العمرية التى يمرون بها .

ب- مراعاة الفروق بين الجنسين (الذكور - الإناث) وذلك بسبب الفروق الاجتماعية والنفسية والفسولوجية .

ت-مراعاة مطالب النمو النفسى والانفعالى للمسترشد فى كل مرحلة عمرية، حيث لكل مرحلة مطالبها واحتياجاتها وخدماتها الإرشادية.

ث-نوع وطبيعة المشكلة التى يعانى منها المشاركون فى البرنامج، فبعض المشكلات قد يكون لها طبيعة سلوكية أو اجتماعية أو انفعالية .

ج-أن يكون البرنامج واقعياً فى حدود الإمكانيات المتاحة بحيث لا يكون خارج الإطار الاجتماعى المتعارف عليه.

(رياض نايل، ٢٠١٥: ٤٤).

(٤) أساليب الإرشاد النفسى:

تتعدد أساليب البرامج الإرشادية وتختلف فيما بينهما كما هو الحال فى طريقتى الإرشاد الفردى والإرشاد الجماعى وبين طريقتى الإرشاد المباشر والإرشاد غير المباشر. أن فى الاختلاف فائدة. فليست هناك طريقة إرشاد واحدة يمكن النظر إليها على أنها طريقة الطرق أو الطريقة المثلى التى تصلح مع كل المرشدين ومع كل المسترشدين وكل المشكلات والظروف، ولكن الأساليب تتعدد وتختلف لتناسب المرشدين المختلفين والمسترشدين المتباينين والمشكلات المتعددة وحتى البيئات والمجتمعات والظروف المحيطة ومن هنا يكون فى التعدد والاختلاف فائدة (على السيد، ٢٠١٥: ١٢٢).

أ- الإرشاد الفردى:

ويقصد به إرشاد عميل واحد وجهاً لوجه فى كل مرة، وتعتمد فعاليته أساساً على العلاقة الإرشادية المهنية بين المرشد والعميل أى أن العلاقة مخططة بين الطرفين، ويعتبر الإرشاد الفردى أهم مسئولية مباشرة فى برنامج الإرشاد. ومن الوظائف الرئيسية للإرشاد الفردى ما يلى:

١- تبادل المعلومات

٢- إثارة الدافعية لدى العميل.

٣- تفسير المشكلات .

٤- وضع خطط العمل المناسبة (صالح حسن، ٢٠١٦: ٥٣).

ب- الإرشاد الجمعي:

هو إرشاد العديد من الأفراد الذين تتشابه مشكلاتهم وحاجاتهم ، وذلك يجمعهم في مجموعات صغيرة، ويقوم الإرشاد الجمعي على أسس نفسية واجتماعية وأكاديمية والأساليب الجمعية تحقق الاستفادة من تأثير الجماعة وتوفير الوقت والجهد، وتمد الأفراد بمعلومات دقيقة تساعدهم على وضع خططهم واتخاذ القرارات المناسبة لحياتهم . ولذلك يعتبر الإرشاد الجمعي إجراءً وقائيًا يستهدف حث النمو والوقاية والعلاج أو التصحيح (رافدة الحريرة وسمير الإمامي، ٢٠١٠: ٣٩).

ج- الإرشاد المباشر:

ويسمى بالإرشاد الممرکز حول المرشد ويقصد به الطريقة التي تنصب بوجه عام على المرشد وما يقوم به من خدمات، وهو إعطاء التوجيه والإرشاد والمشورة للمسترشد بشكل مباشر في حل مشكلته التي يعاني منها وفيه يتحمل المرشد مسؤولية أكبر، ويهدف الإرشاد المباشر إلى حل مشكلات المسترشد التي جاء بها. ويستخدم عادة مع العملاء الذين تنقصهم المعلومات، وكذلك مع العملاء ذوي المشكلات الواضحة والمحددة، وهو بصفه عامه أكثر استخدامًا في الإرشاد العلاجي (جابر أحمد، ٢٠١٦: ١٦٤).

د- الإرشاد غير المباشر:

ويسمى بالإرشاد الممرکز حول العميل أي يضع العميل أو الشخص في مركز دائرة الاهتمام وهو أقرب من طرق الإرشاد النفسي إلى العلاج النفسي. ويستخدم الإرشاد غير الموجة بنجاح مع أنواع معينة من العملاء، وخاصة أولئك الذين يكون ذكاؤهم متوسطاً أو أكثر ويكون لديهم طلاقة لفظية، ويفيد

جيداً في مجال الإرشاد العلاجي الزواجي، ويستخدم في حل المشكلات الشخصية للشباب، ويفيد بصفة خاصة في حالات مفهوم الذات السالب لدى العميل ورغبته في التغيير (حامد عبد السلام زهران، ٢٠١٩: ١٧٦).

هـ - الإرشاد العلاجي:

وهو مساعدة الفرد في اكتشاف وفهم وتحليل نفسه ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية التي تؤدي الى سوء توافق النفس وحل مشكلاته، والحاجة إلى الإرشاد العلاجي ماسه، فهناك مشكلات قد تحدث للفرد فتؤثر على تكيفه وعلاقاته، وقد تؤدي إلى الإصابة بالأمراض النفسية والذهان، مما يوجب حل تلك المشكلات قبل الإصابة بالأمراض (سفيان صائب، ٢٠١١ : ١٨٣).

و - الإرشاد السلوكي:

وهو أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي. ويعتبر العلاج السلوكي محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضى المتمثل في الأعراض، وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد، ويركز العلاج السلوكي على المشكلة الحالية للمريض وأعراض المرض النفسي كما يتمثل في السلوك المضطرب لذلك فإن أهدافه محدودة ومحددة وقابلة للتحقيق (حامد عبد السلام زهران، ٢٠٠٥: ٢٣٧).

ز - الإرشاد باللعب:

تقوم الأسس النفسية التي يركز عليها الإرشاد باللعب على أساس التنفيس الانفعالي، أو تفريغ الشحنات الانفعالية المكبوتة داخل الفرد عن طريق

اللعب ، حيث يكشف من خلالها عن احباطاته وصراعاته ، وعلاقته بأفراد أسرته والمحيطين به الذين يمثلهم بالدى التى يلعب بها، ويترك هذه المشاعر تطفو إلى السطح وهو يواجه مشاعره هذه بعد ذلك، ويتعلم أن يضبطها أو يتحكم فيها أو يتخلى عنها، ويختلف اللعب فى مراحل النمو المختلفة، ففى الطفولة المبكرة يكون اللعب فى جملته فرديا ثم يتجه إلى المشاركة مع الآخرين ويحاول تقليد الكبار ولعب أدوارهم، وفى مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة تظهر الألعاب الجماعية ثم الهوايات والميول والاهتمامات (جابر أحمد ٢٠١٦: ١٤٩).

ح- الإرشاد بالعلاج العقلانى الانفعالى السلوكى:

يُعدّ العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى أحد أساليب العلاج النفسى الحديثة نسبياً، وقد نتج هذا العلاج من إدخال العمليات المعرفية إلى حيز وأساليب العلاج السلوكى، حيث من المؤكد وجود ارتباط بين التفكير والانفعال السلوكى. ويشير هذا الأسلوب من العلاج إلى أن الاشخاص ينقسمون إلى قسمين واقعيين وغير واقعيين، وأن أفكارهم تؤثر على سلوكهم فهم بالتالى عرضة للمشاعر السلبية مثل القلق والعدوان والشعور بالذنب بسبب تفكيرهم اللاواقعى وحالتهم الانفعالية، والتى يمكن التغلب عليها يتمية قدرة الفرد العقلية وزيادة درجة إدراكه (ناسو صالح وحسين وليد، ٢٠١٥: ١٢١).

اضطراب طيف التوحد.

يُعتبر اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية الأكثر تعقيداً نظراً لتنوع نماذج الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب وتفاوت قدراتهم ومهاراتهم. ورغم وجود خصائص أساسية مشتركة بينهم، إلا أن الأعراض

والخصائص التي تشير إلى التوحد تظهر على شكل أنماط كثيرة ومتداخلة تتدرج من البسيط إلى المتوسط أو الشديد، ويعد التوحد من الاضطرابات النمائية الشاملة التي اكتشفت حديثاً مقارنة مع باقى الإعاقات ، ويؤثر اضطراب التوحد فى الجوانب اللغوية والاجتماعية للطفل (جمال خلف، ٢٠١٦ : ١٣).

إن رعاية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يمثل تحدياً كبيراً، بحيث يضع الحياة الأسرية تحت ضغط شديد على وجه الخصوص . ويؤدى المستوى الأعلى للاحتياجات والمطالب إلى قيام الآباء بإنفاق قدر كبير من الوقت والجهد والصبر على رعاية أطفالهم والمشاركة فى علاجاتهم ربما على حساب أمور أخرى مهمة ، وغالباً ما يؤدى ذلك إلى زيادة انتشار الإرهاق وإجهاد الأمهات ويسبب لهم القلق والاكتئاب وغيرها من المشكلات الصحية والجسدية والنفسية (Aleadein & Al sharaa, 2020 :521).

(١) تعريف التوحد:

يعتبر كانر *Kannar* (١٩٤٣) أول من عرف التوحد الطفولى حيث قام من خلال ملاحظة لإحدى عشرة حالة بوصف السلوكيات والخصائص المميزة للتوحد والتي تشتمل على عدم القدرة على تطوير علاقات اجتماعية مع الآخرين، والتأخر فى اكتساب اللغة، واستعمال غير تواصلى للكلام بعد تطوره ، ونشاطات لعب نمطية وتكرارية ، والمحافظة على التماثل وضعف التخيل والتحليل ومازالت كثير من التعريفات تستند على وصف كانر للتوحد حتى وقتنا الراهن (محمود فاروق ، ٢٠٢١ : ٢٢٤).

كما عرّف أيمن أحمد (٢٠١٣، ٢٤) التوحد بأنه اضطراب عصبى بيولوجى يؤدى إلى قصور واضح فى تواصل الطفل اللغوى مع الآخرين فى

البيئة المحيطة به وضعف في سلوكه وقابليته للتدريب والتعلم ، ويظهر ذلك في نوبات الغضب والضحك بدون سبب، وعدم الخوف من الخطر وصعوبات في مهارات العناية بالذات مما ينتج عنه ضعف في علاقاته مع الآخرين وتفاعله الاجتماعي معهم.

عرّف عادل عبد الله (٢٠١١: ١٦) التوحد بأنه اضطراب نمائى عام، يؤثر سلباً على العديد من جوانب النمو الأخرى ، وليس على الجانب العقلى أو الاجتماعي فقط بل على اغلب جوانب النمو تتأثر به وهو الأمر الذى ينفرد به هذا الاضطراب دون سواء من الإعاقات العقلية الأخرى .

يعتبر اضطراب طيف التوحد اضطراباً نمائى عصبى معقد يتميز بالتغيرات المستمرة فى التواصل والتفاعل الاجتماعى والسلوكيات النمطية المتكررة فى النشاطات والاهتمامات اليومية (Miranda et al., 2019 : 1).

يُعرّف (Alaedein & Al Sharaa, 2020 : 523) التوحد بأنه نوع من اضطراب النمو العصبى الذى يشتمل على جانبين رئيسيين هما: عجز الوظيفة الاجتماعية والتواصل والسلوك النمطى المتكرر وتستمر مدى الحياة، ويظهر التوحد بشكل عام خلال السنوات الثلاث الأولى من الحياة.

(٢) مدى انتشار التوحد وحدوثه:

نتيجة الانتشار المتزايد للتوحد فى دول العالم خلال السنوات الخمسين الماضية، إصابة حوالى طفل واحد من أصل ١٦٠ طفل فى العالم وفقاً لتقرير منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠١٧، الأمر الذى ينتج عنه لدى أسر المصابين بالتوحد الشعور بأنهم يتحملون مالا يطيقون من أعباء وأنهم يفتقرون للدعم اللازم لرعاية المصابين بالتوحد، لما يصاحبه من تحديات التواصل، وسوء فهم

الإشارات الاجتماعية والافتقار للفهم العاطفي الذي يؤثر بشكل كبير على كل فرد في الأسرة ، فضلاً على ذلك تركيز وقت الأسرة ومواردها لتلبية احتياجات المصاب بالتوحد، تلك الضغوط قد يكون لها تأثيرات سلبية طويلة الأمد على الأسرة ، ومواردها الماليه، وعلاقتها الاجتماعية (أحمد عبد ربه، ٢٠٢٢: ٧٨). (١)

(٣) أعراض التوحد:

عادة لا يمكن ملاحظة التوحد بشكل واضح حتى سن ٢٤-٣٠ شهرًا حينما يُلاحظ الوالدين تأخرًا في اللغة أو اللعب أو التفاعل الاجتماعي وغالبًا ما تكون الأعراض واضحة في الجوانب التالية:

أولاً: التواصل:

يكون تطور اللغة بطيئاً ، وقد لا يتطور أبداً ، ويتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عند الأطفال الآخرين، حيث ترتبط الكلمات بمعانٍ غير مُعتادة لهذه الكلمات، ويكون التواصل عن طريق الإشارات بدلاً من الكلمات كما يكون الانتباه والتركيز لمدة قصيرة.

ثانياً: التفاعل الاجتماعي:

يقضى وقتاً أقل مع الآخرين ، ويبدى اهتماماً أقل بتكوين صداقات مع الآخرين ، وتكون استجابته أقل للإشارة الاجتماعية مثل الابتسامة أو النظر للعيون.

ثالثاً: المشكلات الحسية:

استجابته غير معتادة للأحاسيس الجسدية، مثل أن يكون حساساً أكثر من المعتاد للمس ، أو أن يكون أقل حساسية من المعتاد للألم ، أو النظر ، أو السمع أو الشم.

رابعاً: اللعب :

هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري ، كما أنه لا يقلد حركات الآخرين ولا يحاول أن يبدأ في عمل ألعاب مبتكرة.

خامساً: السلوك:

قد يكون نشاطه أو حركاته أكثر من المعتاد أو تكون حركته أقل من المعتاد، مع وجود نوبات من السلوك دون سبب واضح، وقد يصبر على الاحتفاظ بشيء ما أو التفكير في فكرة بعينها، أو الارتباط بشخص واحد بعينه . هناك نقص واضح في تقدير الأمور المعتادة، وقد يظهر سلوكاً عنيفاً أو عدوانياً أو مؤذياً للذات (سناء محمد ، ٢٠١٤ : ٤٢).

سادساً: محدودية الأنشطة والاهتمامات النفسية والتكرار:

أشار (Scott, Dlark, 2004 : 24) إلى أن الأطفال التوحديين يشغلون بعدد قليل من الأنشطة والاهتمامات ، ويتسم سلوكهم بالتمطية بالإضافة إلى رفض التغيير في البيئة المحيطة فقد ينزعج الطفل كثيراً إذا حدث تغيير في روتين حياته والذي يتضمن البيئة المادية أو الاحداث اليومية التي اعتاد عليها.

سابعاً: القصور الحسى:

يقصد به القصور فى استخدام الحواس مثل السمع ، والبصر ، والشم ، والتذوق. إلخ حيث يعتمد الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فى استكشافهم للعالم على حواسهم المختلفة وإن كانوا يميلون إلى الطعم والروائح الكريهة، وأنهم يستمعون بالألعاب التى فيها تلامس جسدى على الرغم من أنهم فى الغالب لا يحبون أن يلمسهم أحد (أحمد عبد ربه ، ٢٠٢٢ : ١٨٣).

(٤) سمات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

يتصف الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعدد من الخصائص الأساسية وفيما يلى وصف لهذه الخصائص:

أولاً: الخصائص السلوكية:

يظهر الطفل فى اضطراب طيف التوحد نوبات انفعالية حادة ويكون مصدر ازعاج للآخرين ومن أهم الملامح والخصائص السلوكية ، عدم الاستجابة للآخرين مما يؤدى إلى عدم القدرة على استخدام وفهم اللغة بشكل صحيح والاحتفاظ بروتين معين وضعف التواصل مع الآخرين، الخوف من تغييرات بسيطة فى البيئة، وكذلك القيام بحركات جسمية غريبة، النشاط الزائد أو الخمول، فى حين يصاب البعض بالصرع، ويلجأ الآخرون إلى إيذاء الذات (جمال خلف، ٢٠١٦ : ٢٩).

ثانياً: الخصائص الحركية:

إن الأطفال التوحديين غالباً ما يكون مظهرهم مقبولاً إن لم يكن جذاباً مع ملاحظة أنهم من حيث طول القامة وخاصة فى المرحلة من عمر سنتين إلى

سبع سنوات يكونون أقصر طولاً من أقرانهم الأسوياء المساوين لهم فى نفس العمر، ويختلف الطفل التوحدى عن الطفل العادى فى عدم الثبات على استخدام يد معينة بحيث يتردد أو يتبادل استعمال اليد اليمنى مع اليسرى، مما يدل على وجود اضطراب وظيفى بين نصفى المخ الأيمن والأيسر، ويوجد أيضاً اختلاف من الطفل الطبيعى من حيث خصائص الجلد وبصمات الاصابع التى تنتشر بين أطفال التوحد أكثر منها بين بقية أفراد المجتمع، مما يشير إلى خلل فى نمو طبقة الجلد المغطية للجسم (محمود عبد الرحمن ، ٢٠١٨ : ٢٦٤-٢٦٦).

ثالثاً: الخصائص اللغوية والتواصلية:

تعد مشكلات التواصل أحد المؤشرات الأساسية لإحتمالية أن يكون الطفل مصاباً باضطراب طيف التوحد، وهى إحدى الركائز الأساسية فى عملية التشخيص وتشير الدراسات بأن ٥٠% من التوحديين لا يستطيعون التواصل باستخدام اللغة المنطوقة . ويوجد علاقة تبين حدوث اضطراب طيف التوحد وضعف اللغة حيث يشتمل على بعض السمات الاكلينكية الآتية :

أ - نمط لغوى طويل وممل.

ب - ضعف فى لغة الحوار مع الآخرين .

ج- نمط محتوى لغوى غريب وشاذ (محمود حمدى ٢٠٢٠ : ٢٣).

رابعاً: الخصائص الجسمية:

إن غالبية الأطفال التوحديين يتسمون بمظهر عادى أو فوق العادى ، بل إن الكثيرين منهم يكونون جذابين فى مظهرهم، كما أن المشاكل الجسمية فى

الغالب نادرة عند التوحديين خاصة إذا لم يصطحب أعراض التوحد أعراض اضطرابات أخرى .

وهذا لاينفى وجود مجموعة من التوحديين تعاني من حساسية مفرطة عند سماع الأصوات ، أو التعرض للأضواء النيون، أو عند اللمس مما يشير لوجود استجابات حسية غير طبيعية ناتجة عن خلل في المعالجة الحسية، تعكس وجود مشكلة ، بالإضافة إلى صعوبة استخدام مختلف الحواس في آن واحد (أحمد إبراهيم، ٢٠٢٠ : ٣١).

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

١. أحمد إبراهيم (٢٠٢٠). التوحد بين ضرورة التشخيص المبكر وصعوباته. المجلة الاجتماعية القومية ، ٥٧(٢)، ٢١-٥١.
٢. أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (٢٠١١). علم النفس الإرشادي. مصر: دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع.
٣. أحمد عبد ربه محمد صالح (٢٠٢٢). التوحد : أسبابه وآثاره الأسرية، مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الأندلس للعلوم والتقنية، ٥٧٠، ١٧٧-١٩٥.
٤. أيمن أحمد السيد محمد (٢٠١٣). الإساءة الوالدية تجاه اطفال الاوتيزم وأساليب مواجهتها. الأسكندرية : دار الكتب والوثائق القومية.
٥. جابر أحمد برزان (٢٠١٦). الإرشاد والتوجيه النفسى . عمان: دار الجنادرية للنشر والتوزيع.
٦. جمال خلف المقابلة (٢٠١٦). اضطرابات طيف التوحد. التشخيص والتدخلات العلاجية. عمان: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
٧. حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسى . ط (٤)، القاهرة: عالم الكتب.
٨. حامد عبد السلام زهران (٢٠١٩). التوجيه والإرشاد النفسى ط (٣) ، القاهرة : عالم الكتب.

٩. حمدي عبد الله عبد العظيم (٢٠١٣). البرامج الإرشادية للأخصائيين النفسيين وطرق تصميمها مجموعة برامج عملية ونماذج تطبيقية. الجيزة: دار الشيخ للتراث.
١٠. رافدة الحريرة وسمير الإمامي (٢٠١٠). الإرشاد التربوي والنفسي في المؤسسات التعليمية، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
١١. رياض نايل العاسمي (٢٠١٥). التصميم الناجح لبرامج الإرشاد النفسي المدرسيه الشاملة. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
١٢. زهراء حسين عباس (٢٠٢٠). أثر برنامج إرشادي في خفض قلق المستقبل لدى طالبات الصف السادس الاعدادي. مجلة كلية التربية الأساسية، جامعة بغداد، ٢٦ (١٠٨)، ٥٧-٧٧.
١٣. سامي محمد ملحم (٢٠١٥). الإرشاد النفسي عبر مراحل العمر. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
١٤. سفيان صائب المعاضيدي (٢٠١١). بناء برنامج إرشادي علاجي معرفي لمعالجة الاضطرابات الانفعالية (القلق والإكتئاب نموذجاً). مجلة البحوث التربوية والنفسية، ٢٧، ١٨٢-٢٠٠.
١٥. سناء محمد سليمان (٢٠١٤). الطفل الذاتوى (التوحدى) بين الغموض والشقفة والفهم والرعاية. القاهرة: عالم الكتب.
١٦. صالح حسن الداھرى (٢٠١٦). الإرشاد النفسى التربوى. الأسس والنظريات. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

١٧. عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠) . العلاج المعرفى السلوكى أسس وتطبيقات، الزقازيق : دار الرشاد. عادل عبد الله محمد (٢٠١١) . مدخل إلى اضطراب التوحد والاضطرابات السلوكية والانفعالية. القاهرة: دار الرشاد للطبع والنشر والتوزيع.
١٨. عبد المنصف عبد المؤمن حامد بدر (٢٠١٩). البرنامج الإرشادى وأثره على مهارات جودة الحياة لأسر الأطفال التوحديين بدولة قطر. المجلة العربية للنشر العلمى. ١١ ، ٨٤-١١٦.
١٩. على السيد سليمان (٢٠١٥). علم النفس الإرشادى والعلاج النفسى. القاهرة: دار الجوهرة للنشر والتوزيع.
٢٠. محمود حمدى شكرى (٢٠٢٠). اضطراب طيف التوحد- مشكلات المعالجة الحسية ومشكلات تناول الطعام. القاهرة: دار نبتة للنشر .
٢١. محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوى (٢٠١٨). التوحد ووسائل علاجه . دسوق: دار العلم والايمان للنشر والتوزيع.
٢٢. محمود فاروق محمود محمد (٢٠٢١). فعالية برنامج مقترح لتنمية بعض مهارات التواصل الاجتماعى لدى أطفال التوحد. مجلة كلية رياض الأطفال جامعة الفيوم للدراسات التربوية والنفسية، (٢) ، ٢١٨ - ٢٥٤.
٢٣. نبيل محمد الفحل (٢٠١٤). دليلك لبرامج الإرشاد النفسى من التصميم إلى التطبيق فى البحوث والإرشاد الطلابى. القاهرة: دار العلوم للنشر والتوزيع.
٢٤. هوفمان إس جى (٢٠١٢). العلاج المعرفى السلوكى المعاصر الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية (ترجمة: مراد على عبيسي). القاهرة : دار الفجر للنشر والتوزيع.

٢٥. ناسو صالح سعيد على وحسين وليد حسين عباس (٢٠١٥). الإرشاد النفسى والاتجاه المعاصر لإدارة السلوك الإنسانى. عمان : دار غيداء للنشر والتوزيع.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

1. Alaedein, J. M., & Al-Sharaa, F. K. (2020). The effect of group counseling in reducing parental stress and depression in jordanian mothers of children with autism. *International Journal of Education and Practice*, 8(3), 518-535.
2. Miranda, A., Mira, A., Berenguer, C., Rosello, B., & Baixauli, I. (2019). Parenting stress in mothers of children with autism without intellectual disability. Mediation of behavioral problems and coping strategies. *Frontiers in psychology*, 10, 464.
3. Scott. J, Clark. C & Brady. M. (2004). Student with Autism Characteristic and Instructional Programming for Special Educators singular Publishing group, 10 (8) , 1-30.