

## اضطراب الذاتوية: بين الصعوبات التشخيصية والآفاق العلاجية

أ. عبد المالك حبي\*

جامعة ورقلة- الجزائر

أ. عيسى تواتي ابراهيم\*\*

جامعة الوادي- الجزائر

استلم بتاريخ: 2015-05-21

تمت مراجعته بتاريخ: 2015-08-14

قبل للنشر بتاريخ: 2015-08-25

### الملخص:

يعد اضطراب الذاتوية من أكثر الاضطرابات النمائية تأثيرا على جوانب النمو المختلفة، سواء منها الجسمية أو العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية للطفل. فهو من الإعاقات التطورية التي ما زال يحيطها الكثير من الغموض في كافة جوانبها، وخاصة الاتفاق على تحديد العوامل المسببة لها. ونتيجة لتباين الأنساق الفكرية والأطر النظرية التفسيرية لهذا الاضطراب تبرز صعوبة التشخيص الدقيق لحالة الذاتوية لتشابه أعراضها، وتداخلها مع أعراض اضطرابات أخرى عديدة منها التخلف العقلي، الذهان، الإعاقة السمعية، وغيرها. ولذلك يتعين الوصول إلى معلومات دقيقة، حتى يتم تشخيص الأعراض بدقة، مما يساعد على تقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية المتكاملة اللازمة للارتقاء بالطفل وتنميته في جميع النواحي في الوقت نفسه.

الكلمات المفتاحية: الذاتوية، صعوبات، تشخيص، آفاق، علاج.

## Autism disorder :Between the Diagnostic Difficulties and the Therapeutic Prospects

Abdelmalek HABA\*  
Ouergla University

Aissa TOITI IBRAHIM\*\*  
El-Oued University

### Abstract

Autism disorder is considered as one of the most influential developmental disorders, which affects various aspects of growth, either physical, mental, emotional or social of the child. It is of the evolutionary handicaps which is still surrounded by a lot of ambiguity in all aspects, especially the agreement on identifying the causative factors. As a result of differing systems of intellectual and theoretical explanatory frameworks for this disorder stands out the difficulty of accurate diagnosis of this disorder because of the similarity of its symptoms and sometimes overlap with other disorders, including mental retardation, psychosis, hearing impairment and others. Therefore, we must get specific information, so that the symptoms are diagnosed accurately, to provide curative, integrated rehabilitative services needed to improve and develop the child in all respects at the same time.

**Keywords:** autism, difficulty, diagnosis, prospects, therapy.

E. Mail: \* [haba.abdelmalek@gmail.com](mailto:haba.abdelmalek@gmail.com), \*\* [soufistorm@gmail.com](mailto:soufistorm@gmail.com)

**مقدمة:**

ظل اضطراب الذاتوية يحير العلماء طوال ما يزيد عن نصف قرن، بما ينطوي عليه من خلل سلوكي مركب ينجم عنه تنوع كبير في الأعراض التي تظهر معظمها عادة قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من العمر. كما أن الأطفال الذاتويين يعجزون عن تفهم مشاعر الآخرين، فيفشلون في التعرف على انفعالات الغضب أو الحزن أو الفرح.

ومنذ عام 1943، قام Kanner بوصف هذا المرض بعدما لاحظ أنماطا سلوكية غير عادية لأطفال كانوا مصنفيين على أنهم متخلفين عقليا؛ فقد كان سلوكهم يتميز باستغراقهم المستمر في انغلاق كامل على الذات والتفكير المتميز بالاجترار الذي تحكمه الذات. ولا يتجاوبون مع أي مثير بيئي كما لو أن حواسهم الخمسة قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية بحيث يصبح هناك استحالة لتكوين علاقة مع الأفراد المحيطين.

وتعد إعاقة الذاتوية من أكثر الإعاقات صعوبة وغموضا من حيث التحديد الدقيق للعوامل المسببة لها، وكذلك من حيث التشخيص وأساليب التدخل العلاجي والتأهيلي، وذلك بسبب تشابه وتقاطع أعراض هذا الاضطراب مع اضطرابات أخرى وتباين أعراضه وحدثة البحوث التي تجرى في هذا المجال. ومن خلال هذا المقال سيحاول الباحثان سرد أهم الصعوبات التشخيصية وعرض المعايير والمحكات الأساسية للتشخيص الفارقي وكذلك التعرف على أهم الأساليب العلاجية والتأهيلية للذاتوية.

**1- مفهوم الذاتوية Autism:**

يعود مصطلح الأوتيزم إلى كلمة إغريقية تعني (أوتوس) Autos، وهي تعني النفس أو الذات. ويعتبر (كانر) أول من حدّد زملة أعراض الذاتوية، واستخدم هذا المصطلح في الوطن العربي تحت مسميات عديدة (الذهان، التوحد، الذاتوية، الاجترارية). وسوف يتم تناول مصطلح الذاتوية في هذا المقال طبقا للترجمة العربية للتصنيف العالمي الخامس للأمراض النفسية والسلوكية.

الذاتوية إعاقة نمائية تطويرية، تتضح قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتتميز بقصور في التفاعل الاجتماعي والاتصال. والأفراد الذاتويين يبدون سلوكيات نمطية متكررة و مقيدة.

وتعرف "الذاتوية على أنها من اضطرابات النمو والتطور الشامل، بمعنى أنها تؤثر على عمليات النمو بصفة عامة، وعادة ما تصيب الأطفال في الثلاث سنوات الأولى مع بداية ظهور اللغة حيث يفنقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبلد المشاعر". (الشخص والدمياطي، 1992، 280)

أما (هولين) Howlin (1995) فيعرفها على أنها "مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغوي، وبالتالي قصور في القدرة على التواصل، والتخاطب، والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، وتصاحب ذلك نزعة انسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، واندماج المصاب في حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترة طويلة". (في: أسامة والسيد، 2011، 23)

## 2- أسباب الإصابة باضطراب الذاتوية:

ينفق العلماء على أنه لم يتم بعد تحديد الأسباب المباشرة لحدوث الذاتوية، لذا بقيت هذه العوامل أو الأسباب غير معروفة، وكل ما ذكر فهو مجرد فرضيات، حيث اجتهد الباحثون في تحديد العوامل فمنهم من يرجع الأسباب إلى نفسية، والبعض الآخر جعلها بيولوجية، ونجد فريق قد ذكر الأسباب البيوكيميائية. ونورد فيما يلي هذه العوامل باختصار:

**2-1- أسباب نفسية:** ترى نظرية التحليل النفسي أن أسباب ظهور الذاتوية يكمن في عنصرين أساسيين: الخبرات المكبوتة في اللاشعور، وشخصية آباء الأطفال الذاتويين. فأما الخبرات المكبوتة في اللاشعور، فهي تعود إلى مرحلة الطفولة المبكرة، وبالتالي فالوالدان المؤثران الأساسيان في الخبرات الاجتماعية، وبالتحديد الأم أما العنصر الثاني، فقد وصف Leo Kanner هؤلاء الآباء بأنهم متحفظون يعانون من الجمود العاطفي المفرطون في النظام والروتين، أذكاء جدا وعقلانيون، فهم جادون لا يعرفون المزاح، يعانون من العزلة الاجتماعية، منظمون جيدا في تربيتهم لأبنائهم لدرجة الميكانيكية. (بيومي، 2008، 32)

## 2-2- أسباب فيزيولوجية:

**2-2-1- الاستعداد الوراثي:** يعتبر العامل الوراثي أحد فرضيات الإصابة بالذاتوية، وذلك بعدما أظهرته دراسات أجريت على التوائم، حيث تزيد الإصابة بهذا الاضطراب عند التوائم المتماثلة أكثر منه من التوائم الغير متماثلة. (الإمام والجوالدة، 2010، 94)

**2-2-2- الإصابة في الجهاز العصبي المركزي خلال وأثناء وبعد الولادة:** حيث أن أية إصابة خلال وأثناء وبعد الولادة تعطل تطور نمو الدماغ، ومنه تتأثر الحواس كما تتأثر لغة الطفل والأداء العقلي والاجتماعي بشكل مستمر، ومن هذه الاصابات: نقص الأكسجين الناتج عن الاختناق التهاب الدماغ... الخ.

**2-2-3- العدوى الفيروسية:** توصل الباحثون إلى وجود دليل على أن العدوى الفيروسية في المراحل المبكرة للحمل تؤدي إلى مجموعة من الاضطرابات النمائية، والتي منها اضطراب الذاتوية ومن هذه الفيروسات: الحصبة الألمانية، الهيبيرس البسيط (القوباء)، فيروسات تؤدي إلى تكاثر الخلايا وتزايد عددها، الفطريات المبيضة. إلا أنه في الأخير ازداد الشك حول الطعومات من حيث كونه سببا للذاتوية، خاصة المطعم الثلاثي ( الحصبة - النكاف - الحصبة الألمانية) والمعروفة بـ (MMR).

**2-2-4- خلل في الجهاز العصبي المركزي:** توصلت دراسة Balottin من خلال صورة الرنين المغناطيسي IRM أن الحجم الكلي للمخ لدى الأطفال الذاتويين يتزايد مقارنة بالأشخاص العاديين كما فحص Edelson أدمغة الموتى من الذاتويين، حيث وجد أن كل من اللوزة والخصيتين من الدماغ كانتا أقل تطورا، وهاتان المنطقتان مسؤولتان عن العواطف والعدوان والمدخل للإحساس والتعلم. (بيومي، 2008، 35)

2-2-5- المناعة الذاتية: يعتبر الخطأ في تنظيم رد الفعل المناعي أحد الأسباب الممكنة للإصابة بالذاتوية، حيث وجد أن عند الأشخاص المصابين بالذاتوية أضرار ذاتية دماغية لبروتين الميالين القاعدية (anti - MBP)، وبروتين خيط محور العصبون (anti - NAFF). (العلي، 2008، 33)

### 2-3- عوامل بيوكيميائية:

أشارت بعض الدراسات إلى أنه توجد علاقة بين الأجهزة العصبية البيوكيميائية والإصابة بالذاتوية، كما أشارت إلى أن المستويات المرتفعة لعدد من أجهزة الإرسال العصبية في دم الأطفال الذاتويين نتج عنها تأخر في النضج والقصور في الفهم، كما أكدت دراسة أخرى لـ (yong) أن الذاتويين يعانون من ارتفاع نسبة السيروتونين في الدم. (القمش، 2011، 38)

### 3- تشخيص وتقييم اضطراب الذاتوية:

#### 3-1- الصعوبات التشخيصية:

ما زال تشخيص الذاتوية يواجه العديد من الصعوبات من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق لفئة الأطفال الذاتويين، لأنه لا يوجد في الوقت الحاضر أية اختبارات طبية يمكن من خلالها التحري عن الذاتوية. ويمكن عرض أهم الصعوبات التشخيصية في النقاط التالية:

1. التباين الواضح في الأعراض من حالة لأخرى من حالات الذاتوية، كما أن بعض الأطفال حتى غير المعوقين قد نجد في سلوكياتهم بعضاً من سمات الذاتوية التي تظهر في بعض الأحيان ولفترات محدودة، وبهذا فهم ليسوا أطفالاً ذاتويين، ومن هنا تحدث أخطاء جسيمة في التشخيص فيحكم على الطفل أنه ذاتوي وهو ليس كذلك.

2. اختلاف الآراء وعدم الاتفاق على العوامل المسببة لهذه الإعاقة، فهل هي وراثية جينية أم نفسية، أم بيوكيميائية، أم اجتماعية، أم نتيجة لتفاعل هذه العوامل، أم نتيجة لعوامل أخرى ما زلنا نجهلها تماماً.

3. تشابه أعراض الذاتوية مع أعراض إعاقات أخرى مثل التخلف العقلي، الفصام، الذهان الصرع الصمم، إعاقات التخاطب. (القمش، 2011، 103)

4. عدم وجود أدوات أو اختبارات مقننة للقياس وللتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات.

5. ندرة انتشار حالات التوحد التي يكشف الفحص الدقيق عنها.

6. حداثة البحوث التي تجرى على هذه الفئة حيث تعتبر البحوث التي اهتمت بدراسة الذاتوية حديثة نسبياً بالمقارنة بغيرها من الإعاقات الأخرى.

7. عدم قدرة الطفل الذاتي على الاستجابة للاختبارات المقننة لقياس قدراته العقلية، وذلك بسبب العجز الشديد لنمو قدرات اتصاله بالبيئة المحيطة كما لو أن عائقاً أوقف جهازه العصبي عن العمل. (عليوه،

(19، 1999)

## 3-2- المعايير التشخيصية لاضطراب الذاتوية:

بالرغم من الصعوبات التي واجهت عملية تشخيص حالات الذاتوية، إلا أن العلماء والباحثين حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير والمحكات الأساسية التي تشخص على أساسها حالات الذاتوية.

يرى القريوتي (1995) نقلا عن فهد المغلوث أن أية محاولة للتعرف على الأفراد أو الأطفال الذين يعانون من الذاتوية وتشخيص حالاتهم، لابد أن تنطلق من جهود (كانر) بوصفه أول من أشار إليها. فقد توصل من خلال الملاحظة الدقيقة والمنظمة لـ 11 طفلا كانوا يعانون من جملة من الأعراض غير معروفة، إلى الصفات التالية:

- عدم القدرة على التعلق والانتماء إلى الذات والآخرين والمواقف، وذلك منذ الولادة. وتأخر في اكتساب الكلام، وعدم استخدام الكلام من أجل التواصل وإعادة الكلام، ورغبة شديدة في المحافظة على الروتين وعكس صفة الملكية، وسلوك لعب نمطي، وضعف في التخيل، وذاكرة جيدة، ومظهر جسماني طبيعي. وكانت معظم هذه الصفات قد ذكرت في دراسات لاحقة عن الأطفال الذاتويين. (المغلوث، 2006، 94) بعد عرض (كانر) لهذه المحكات، ظهرت محاولات علمية أخرى للتوصل إلى تشخيص أكثر دقة للذاتوية. ومع كثرة الأبحاث والدراسات لكثف أسرار اضطراب الذاتوية قام الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية في طبعته الثالثة (DSM-III) (1980) بوضع خمسة محكات أساسية لتشخيص حالات الذاتوية في الطفولة المبكرة Infantile Autism، وإن كان هذا الدليل لم يتضمن أية إشارة لهذه الحالات في طبعته الأولى (1952) والثانية (1968):

- 1- ظهور الأعراض قبل حلول الشهر الثلاثين من عمر الطفل.
- 2- قصور لغوي تام في الحالات التي تكتسب بعضا من الكلمات، وبالتالي غياب القدرة على التواصل.
- 3- غياب الاستجابة للمثيرات الاجتماعية وتجنب المبادأة أو التفاعل مع الآخرين.
- 4- اندماج الطفل الذائوي في حركات نمطية روتينية وتكرارها باستمرار لمدة طويلة من أن إلى آخر.
- 5- غياب الأعراض المميزة لفصام الطفولة، من هلوسة وسماع أصوات وتخيلات غير واقعية (بيومي، 2008، 18)

وبملاحظة المحكات التي ظهرت لتشخيص الذاتوية منذ أن بدأها (كانر) عام 1943 وحتى عام 1987، نجد أنها تقريبا تعبر عن ضرورة توافر قصور أو عجز في جوانب النمو المختلفة، لا سيما النمو (الاجتماعي، اللغوي، الانفعالي، الحركي). أما الاختلاف الواضح كان في تحديد العمر الزمني الذي تظهر فيه الأعراض.

فوجد أن (كانر) حدّده في الفترة من (14- 18) شهرا، أما الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث (1980) فقد مدّ هذه الفترة حتى قبل انتهاء الثلاثين شهرا الأولى من العمر. ومع قبول هذه المحكات من كثير من العاملين في هذا المجال، إلا أنها تعرضت للنقد، وكان أهمها إطلاق صفة الطفولة على الذاتوية Autism Infantile فقد ثبت وجود حالات لا يبدأ ظهور أعراضها إلا بعد (30) شهرا من الولادة، ولهذا تم تعديل التسمية في الطبعة الثالثة المعدلة للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية عام (1987) فظهرت الذاتوية كنوع قائم مع إلغاء طفولي Infantile، واعتبر إحدى إعاقات النمو الشاملة Pervasive Developmental Disorders (P.D.D)، (القمش، 2011، 107).

ويمثل الدليل التشخيصي الثالث الصورة المعدلة (DSM-III-R) تغييرا رئيسيا في مفهوم ووصف اضطرابات الذاتوية، وقد أدى إلى حل الكثير من أوجه النقد للتعريف الموجود في الطبقات السابقة. فقد تم تسجيل عدد (16) خاصية سلوكية نوعية ومحددة في كل واحد من المجالات الثلاثة الرئيسية وفيه يتم تشخيص الذاتوية إذا توفرت (8) من الصفات (16) على أن تشمل على الأقل (4) من المجموعة (أ) و(2) من المجموعة (ب)، و(2) من المجموعة (ج). والمجموعات هي:

أ- خلل نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة.

ب- خلل نوعي في مهارات التواصل اللفظي وغير لفظي والأنشطة الخاصة بالتخيل.

ج- عدد محدود بشكل ملحوظ من النشاطات والاهتمامات.

ومع ذلك؛ فإن تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث - الصورة المراجعة (DSM-III-R) له أيضا أوجه نقد يمكن أن توجه إليه؛ فهناك جدل عن أن هذا التعريف كان من الأوسع بدرجة كبيرة زادت من التباعد بين الأفراد الذين تمت ملاحظتهم، وكذلك كانوا يؤكدون على أن المحكات كانت معوقة بعض الشيء للتذكر والاستخدام بفاعلية، وأنها تفتقد إلى الصدق الإمبريقي. (عودة، ، 2006، 31)

ومع تقدم البحوث والدراسات، أصبح هناك اتفاق على أن الذاتوية هي اضطراب مستقل عن غيره من الاضطرابات، ويتميز بمجموعة من السمات السلوكية الخاصة به. ويرجع فضل الوصول إلى اتفاق بشأن معايير تشخيص اضطراب الذاتوية إلى الاتفاق بين اثنين من أكثر النظم التشخيصية انتشارا وقبولاً لدى المختصين، وهما: الطبعة الرابعة من الدليل الإحصائي والتشخيصي لجمعية الطب الأمريكية (DSM-IV) (1994)، والطبعة العاشرة من التصنيف الدولي للأمراض الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (ICD-10) (1993). ولقد تم التوافق بعد سنوات من الاختبارات الميدانية للنظم التشخيصية التعديلات المستمرة على المعايير السلوكية للتشخيص (شريبمان، 2010، 67). وتتشابه المعايير التشخيصية لاضطرابات التوحد في (ICD-10) و (DSM-IV) بشكل كبير. بالنسبة (ICD-10) يجب أن تظهر مشكلات لدى الفرد في ثلاث مجالات رئيسية:

أ- التفاعل الاجتماعي.

ب- الاتصال والنماذج المحددة والمتكررة والنمطية للسلوك.

ج- الميول والأنشطة.

ومن أجل القيام بتشخيص للذاتوية، يجب ظهور بعض المؤشرات الدالة على المجالات الثلاث قبل ثلاث أعوام. و بالنسبة لـ DSM-IV، يجب أن تظهر لدى الفرد إعاقات نوعية في نفس المجالات المذكورة في (ICD-10). كما يجب أن تظهر لدى الفرد ستة أعراض على الأقل في هذه المجالات، مع وجود عرضين على الأقل يشير إلى التفاعل الاجتماعي، وعرض واحد في كل من الاتصال والنماذج المحددة والنمطية للسلوك، وكذلك بالنسبة للميول والأنشطة. كما يجب أن تكون هذه الأعراض موجودة عند سن الـ 36 شهرا. (الإمام والجوالده، 2010، 67)

ويلاحظ أن أغلب المحكات التي تستخدم في تشخيص إعاقة الذاتوية تشترك في اعتمادها على مدى وجود اضطراب في جوانب النمو المختلفة، سواء كانت الاجتماعية أو التواصلية أو السلوكية. وقد أكدت الدراسات الحديثة أنه لا بد من وجود فريق عمل متكامل لتشخيص حالة الطفل الذاتوي، ويحتوي فريق العمل على الأطباء النفسيين والعقلانيين، وأطباء الأطفال، وأطباء الأعصاب، والسمع، والتخاطب والوالدين، والمعلمين المتخصصين، وكل هؤلاء لهم دور أساسي في تقديم تشخيص مناسب لحالة الطفل الذاتوي.

### 3-3- التشخيص الفارقي لاضطراب الذاتوية:

من أجل الحصول على تشخيص دقيق لحالات الذاتوية، يجب البحث على ماهية الإعاقات المصاحبة لها، وإيضاح الفروق الجوهرية التي تميزها عن غيرها.

**3-3-1- الذاتوية والإعاقة العقلية:** كثيرا ما يصاحب الذاتوية الإصابة بالتخلف العقلي، كما تتشابه وتختلط بعض أعراضهما، ولاسيما إذا كان العمر العقلي للطفل أقل من (20) شهرا. وقد أشارت (مارشيون) نقلا عن القمش إلى أن الذاتوية تتشابه مع التخلف العقلي في الأعراض التالية:

- تكرار السلوكيات النمطية والقهرية، صعوبات في الكلام والتخاطب. أما الفروق فهي كثيرة، ونلخصها فيما يلي:

1. اختلاف نسبة الذكاء بينهما: التخلف العقلي قد يكون بسيطا أو متوسطا أو شديدا. أما نسب الذكاء لدى فئة الذاتويين فتصل إلى مستوى ذكاء العاديين وأحيانا إلى مستوى العباقرة.
2. المتخلف عقليا لديه اضطراب واضح في الذاكرة، بينما الذاتوي يتمتع بذاكرة آلية جيدة للمكان والزمان، ولكنه لديه اضطراب واضح في الإدراك.
3. يستطيع المتخلف عقليا أن يتواصل مع الآخرين لفظيا وغير لفظي بعكس الذاتوي، فلهذه قصور في هذه المهارات.
4. يستطيع المتخلف عقليا تقليد ومحاكاة الآخرين، بعكس الذاتوي فلهذه قصور في هذه المهارة.

5. يستطيع المتخلف عقليا تكوين علاقات اجتماعية، كما أنه لا يرفض التفاعل الاجتماعي مع الآخرين بعكس الذاتوي، فله قصور في مهارات التفاعل الاجتماعي.
6. تظهر سمات التخلف العقلي منذ الميلاد، ويمكن التشخيص المبكر لهذه الحالات، أما بالنسبة لحالات الذاتوية، فبعضها ينمو بصورة طبيعية حتى عمر سنتين أو بالأكثر حتى عمر (30) شهرا ثم تبدأ الأعراض في الظهور في ذلك الوقت أو قبله بشهور معدودة.
7. يتمتع الذاتوي بمهارة عالية في القدرات الحركية الدقيقة بعكس المتخلف عقليا فيعاني من قصور في هذه المهارات. (في: القمش، 2011، 114)

**3-3-2- الذاتوية وزملة (اسبيرجر): زملة (اسبيرجر) سميت باسم الطبيب النمساوي (هانز اسبيرجر) Hans Asperger الذي اكتشفها عام (1944) واعتبرها إحدى اضطرابات الشخصية. وكانت تتشابه مع بعض أعراض الذاتوية التي وضعها (كانر) عام 1943. وقد حدّد أحمد عكاشة نقلا عن سهام عليه جوانب التشابه بين الذاتوية وزملة اسبيرجر في العناصر التالية:**

- غياب التواصل غير اللفظي، ومخزون محدود من الاهتمامات والأنشطة النمطية المتكررة، وكذلك قصور في الحركات الدقيقة. وتضيف سهام عليه أن (شارون نيورث) وآخرون، وعثمان فراج قد حدّدوا جوانب الاختلاف في النقاط التالية:

1. عدم بدء ظهور أعراض (اسبيرجر) إلا خلال مرحلة الطفولة المتأخرة بينما حالات الذاتوية تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة.
2. نسبة ذكاء (الاسبيرجر) تقترب من الطبيعي، ولكن لديه تباين بين نتائج اختبار الذكاء اللفظي والأدائي.
3. الطفل (الاسبيرجر) لا يوجد لديه تأخر في اللغة، ونموه اللغوي يقترب من الطبيعي في سنواته الأولى، ولكنه يبدي صعوبة بسيطة في استخدام الضمائر وتكوين الجمل.
4. (الاسبيرجر) يتصف بالقلق والاكتئاب وضعف التوافق الحركي، من السهل إحباطه وعدواني. وهذه السمات غير أساسية في الذاتوي. (في: عليه، 1999، 36)

**3-3-3- الذاتوية وزملة (ريت): زملة (ريت) هي إحدى إعاقات الطفولة، اكتشفها (ريت) عام 1966 وهي عبارة عن خلل عميق في المخ يظهر لدى البنات والأفراد شبيهي الذاتويين، ويظهر في صورة حركات تكرارية لليد، وقصور في المهارات اللغوية والاجتماعية. وتتشابه مع أعراض الذاتوية فيما يلي:**

1. النمو الطبيعي في السنتين الأولى والثانية من العمر، يليه حالة من فقدان الكامل أو الجزئي للمهارات اللغوية والاجتماعية ومهارات التكيف المكتسبة.
2. قصور في النمو المعرفي والتفكير والكلام وربما فقدان كامل الكلام.
3. عدم التواصل في الأفكار والانفعالات قد يكون مصحوبا بالاكتئاب أو الضحك الهستيري بدون سبب.

أما أوجه الاختلاف بينهما فهي كثيرة، و تتمثل فيما يلي:

1. زملة (ريت) تصيب البنات فقط، أما الذاتية فتصيب الذكور والإناث، ولكن نسبة الإصابة في الذكور أكثر من الإناث (1/4).
2. العجز الرئيسي في المصابين بزملة (ريت) يتمثل في التخبط والترنح في المشي ataxia وفقدان الاتزان الحركي للأطراف الحركات اليدوية النمطية، وفشل في التحكم في عمليات التبول والتبرز، بعكس حالات الذاتية فلا تظهر فيها هذه الأعراض.
3. حدوث تشنجات للمصابين بزملة (ريت) في أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة، وحدثت نوبات صرعية في معظم الحالات قبل ثماني سنوات، أما الذاتية قد تحدث لهم نوبات صرعية عظمى في وقت ما في حياتهم ولاسيما في مرحلة البلوغ.
4. حدوث ضمور في العضلات الفقرية مع عجز شديد وتشنج يصيب الأطراف السفلية أكثر من الأطراف العلوية يؤدي إلى فقدان القدرة على الحركة والمشي للمصابين بزملة (ريت)، أما حالات الذاتية فلا تظهر عليها هذه الأعراض.
5. حالات الإصابة بزملة (ريت) مرتبطة دائما بالإعاقة العقلية الشديدة، أما في حالات الذاتية فنسبة ضئيلة فقط تقع في فئة التخلف الشديد، أما الفئة الأخرى تتراوح بين التخلف البسيط والمتوسط إلى مستوى العاديين وحتى العباقرة.
6. سلوك إيذاء الذات المتعمد والانشغال بالتوافه من الأمور والحركات النمطية غير الهادفة سمة بارزة لدى الذاتويين، ولكنها نادرة جدا في حالات الإصابة بزملة (ريت).
7. العوامل المسببة لزملة (ريت) تنحصر في تلف المخ أو النخاع الشوكي، المخيخ أو الجهاز العصبي بصفة عامة، أي أنها عوامل عضوية، أما العوامل المسببة للذاتوية فهي غير محددة. (القمش، 2011، 119)

**3-3-4- الذاتية وزملة الإعاقة السمعية:** نظرا لأن الطفل الذاتي غالبا ما يكون صامتا، أو قد يظهر عدم اهتمام انتقائي باللغة المنطوقة في مرحلة مبكرة، فإنه قد يظهر غالبا أنه أصم. وقد اتفق الباحثون على توضيح أهم الفروق بين الذاتية والإعاقة السمعية على النحو التالي:

- 1- معدلات الذكاء في حالات الإصابة بالإعاقة السمعية أعلى من حالات الذاتية.
- 2- المعاقين سمعيا لهم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية بعكس حالات الذاتية.
- 3- حالات الإعاقة السمعية تستطيع تحقيق تواصل غير لفظي مع الآخرين أفضل من الذاتية.
- 4- سهولة في تشخيص ذوي الإعاقة السمعية بالفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام، بينما توجد صعوبة تشخيص الذاتية، نظرا لعدم وجود أدوات مقننة لهذا الغرض.
- 5- يمكن للذاتوي تحقيق تواصل لفظي، بينما لا يستطيع الأصم ذلك.
- 6- يميل الذاتوي للانسحاب الاجتماعي والانزعاج من الروتين بشكل أساسي مقارنة بالمعاق سمعيا. (بيومي، 2008، 24).

### 3-3-5- الذاتوية والاضطرابات الذهانية: أوضح كل من شاكر قنديل (2000) و ماجد عمارة (2005)

نقلا عن عبد الرحمن سليمان أن الاختلافات بين الذاتوي والذهاني تتمثل فيما يلي:

- 1- تدهور واضح واضطراب في الانتباه لدى الذاتوي مقارنة بالذهاني.
- 2- نقص التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الذاتوي مقارنة بالذهاني.
- 3- نشاط حركي مفرط لدى الذاتوي مقارنة بالذهاني.
- 4- نسبة الإعاقة لدى الذاتويين الذكور أكثر من الإناث (1/4)، بينما تتساوى لدى الجنسين في الذهان (الفصام).
- 5- وجود هلاوس وهذيانات لدى الذهاني، وعدم وجودهما لدى الذاتوي.
- 6- ظهور بعض أعراض التخلف العقلي لدى الطفل الذاتوي، بينما لا توجد لدى الطفل الذهاني.
- 7- الطفل الذاتوي يعاني من اضطراب نمائي وسلوكي وانفعالي، بينما يعاني الذهاني من اضطراب عقلي. (بيومي، 2008، 25)

### 3-3-6- الذاتوية واضطرابات التواصل: أوضح سيد سليمان (2000، 78) بعض الفروق بين الذاتوية

واضطرابات التواصل على النحو التالي:

- 1- العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل لدى الطفل الذاتوي، بينما يتعلم مضطرب التواصل مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين.
- 2- يحاول ذوي الاضطرابات اللغوية التواصل مع الآخرين بالإيماءات، وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام، بينما لا يظهر الأطفال الذاتويين أية تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية.
- 3- قد تظهر الفئتان إعادة الكلام وترديده، غير أن الأطفال الذاتويين مميزين بترديدهم للكلام (المصاداة)، وخاصة ترديد أواخر الكلمات أكثر.

وبعد عرض الفروق التشخيصية بين اضطراب الذاتوية والإعاقات التي تتشابه معها في بعض الأعراض، يمكن بالملاحظة الدقيقة المتأنية التمييز بين هذه الإعاقات وعدم الخلط بينها، وهذا التشخيص الفارقي يجب أن يقوم به فريق فني من المتخصصين.

#### 4- أدوات تشخيص و قياس التوحد:

يلجأ الأخصائيون الإكلينيكيون غالبا إلى العديد من الوسائل والطرق لتجميع البيانات المختلفة عن الطفل، وذلك من أجل وضع تشخيص محدد للحالة. فهم عادة ما يرجعون إلى التاريخ التطوري للحالة التاريخ الوراثي، تاريخ الحمل، والتقييم السلوكي.

ومن الأدوات التي كثر استخدامها في الدراسات التشخيصية ما يلي:

- 1-4- قائمة سلوك التوحد (Autistic Behavior Checklist (A.B.C): قام بإعدادها كل من (كرج، أريك، ألموند) (1980) Krug, Arik, Almond) من أجل التعرف على الأطفال الذاتويين، وكذلك يمكن استخدامها في تصنيف الأطفال ذوي الإعاقات الخاصة. تتكون القائمة من (57) سلوكا موزعة

على خمسة أبعاد، وتهدف هذه الأبعاد السلوكية إلى تزويد المدرسين والقائمين على تخطيط البرامج التعليمية بالمعلومات اللازمة لوضع برامج مناسبة لاحتياجات الأطفال الذاتيين.

**4-2- نظام الملاحظة السلوكي (B.O.S) Behavior Observation System:** أعدّ هذه الأداة (فريمان، ريتفو، سكروز) Freeman, Ritvo, Schroth (1984) لتشخيص حالات الذاتوية على أسس موضوعية فيقوم الأخصائي بملاحظة (24) سلوكا هادفا من أعراض الذاتوية من خلال مشاهدة شريط فيديو للسلوك اليومي للحالة، ثم يقوم بتسجيل معدل تكرار كل سلوك لفترة من الوقت تتيح التعرف على مدى ثبات سلوكيات الحالة. (القمش، 2011، 125)

**4-3- مقياس (ريتفو- فريمان) لتقدير مواقف الحياة الواقعية Rtiveo-Freeman, Real life Rating Scale, 1986 (R.L.R.S):** قام (ريفو- فريمان) بتعديل نظام الملاحظة (B.O.S) وإضافة بعض السلوكيات القابلة للملاحظة من خلال مواقف الحياة الواقعية بدلا من المواقف المعملية المصطنعة فأصبح هذا المقياس يتضمن (47) سلوكا مرتبطا بأعراض الذاتوية.

**4-4- مقياس ملاحظة التوحد (A.O.S) Autism Observation Scale:** أعدّ هذا المقياس (سيجل وآخرون) Siegel, et al (1986) لتشخيص حالات الذاتوية، ويعتبر من المقاييس موضوعية التقدير ويتكون من (32) سلوكا رباعية التقدير. يقوم ملاحظ مدرب جيدا على كيفية تفرغ وتقدير جلسات اللعب شبه النظامية للأطفال والمسجلة على شرائط فيديو.

**4-5- مقياس الطب النفسي لتقييم الأطفال (C.P.R.S) Children'sPsychiatric Rating Scale:** استخدم هذا المقياس لتقدير السلوك غير الفردي، وقد استخدمه الملاحظون في دراسات عديدة لتشخيص حالات الذاتوية، لأنه يتطلب تفاعلا لفظيا، كما استخدم في تجارب إكلينيكية عدّة منذ عام 1973 استخدم في دراسات مختلفة للتعرف على آثار العقاقير المستخدمة في التخفيف من أعراض الذاتوية. يتكون هذا المقياس من (63) عبارة. (عليوه، 1999، 64)

### 5- الآفاق العلاجية لاضطراب الذاتوية:

يعتبر علاج الطفل الذاتوي عملا صعبا للغاية، ويعود ذلك إلى صعوبة فهم السبب الذي من أجله أصبح الطفل ذاتويا، حيث تشير الأدبيات إلى وجود أكثر من 450 علاجاً مختلفاً للتوحد، إذ تظهر أنواع أخرى جديدة كل سنة، وذلك بسبب تداخل مفاهيم المعالجات وتشابكها فيما بينها، لتأتي في الأخير العديد من العلاجات المطردة، حيث أن هناك الكثير من الجدل حول هذه العلاجات وطرق تنفيذها، ومدى فاعليتها، إذ تسعى إلى تحقيق هدفين مهمين، وهما:

1. الدفع بالطفل إلى المزيد من التطور والنمو في سياق محاولات تعديل سلوكه.
2. مساعدة الوالدين في التعلم والتدريب على طرق للتواصل مع الطفل، والمساهمة في علاجهم خلال وجودهم معه في المنزل.

وفي ما يأتي أهم العلاجات المستخدمة:

**5-1-1- العلاج النفسي الديناميكي Psychodynamique:**

وهي عبارة عن مجموعة من العلاجات التي تجمعها نفس المنطلق النظري، ومبدأها أن مشاعر الفرد وانفعالاته وسلوكياته تتأثر بشكل مباشر بالأحداث الماضية، فالصددمات النفسية في مرحلة الطفولة يمكن أن يخلف آثارا طويلة المدى، والهدف الأساسي من هذا العلاج استقصاء ماضي المريض وربطه بالمشاعر الحالية، ومن هذه العلاجات نذكر:

**5-1-1- التحليل النفسي:** ومن أصحاب النظرية التحليلية الذين استخدموا هذا العلاج كل من Wing, Kanner, Kaplan, Sodock, Berg, Goldstein وغيرهم. (القمش، 2010، 209).

وهو علاج شائع في الماضي، ولا يزال شائع في العديد من البلدان، حيث يعتبر أن الأم هي السبب المباشر في الحالة التي يكون عليها الطفل، والاعتقاد الجوهري لعلاج التوحدي هو إبعادهم عن الوالدين "الباردين" عاطفيا، وذلك بإدخاله إلى إحدى المصححات وإعداده للعودة بالتدرج، أو تعليمهم كيفية إنشاء روابط لائقة مع الطفل، وأثبتت العديد من الدراسات عدم فعالية هذا النوع من العلاج، بل قد يكون مضرا أحيانا. (الإمام والجمال، 2010، 134)

**5-1-2- العلاج بالاحتضان:** ظهر هذا العلاج في أواخر الثمانينات لاضطراب الذاتوية، حيث وصف بأنه علاج عجيب، وقالت صاحبة هذا العلاج (مارثا ويلش) أن التعلق الخاطئ ما بين الأم وطفلها هو سبب الخوف عند الطفل، والذي بدوره ينسحب ويصاب باضطراب الذاتوية، في حين إذا كان التعلق مطمئنا يمكّن الطفل من التقدم في مسار نموه، كما ينظر لهذا العلاج على أنه يقوي روابط المحبة بين الأم وطفلها، وهذا هو أساس التطور الصحي السعيد، حيث أنه أثناء احتضان الأم لطفلها بذراعيها بأمان يتعلم الطفل الذاتي التغلب على الخوف، وذلك من اتصال العينين المباشر ومن التعلق الحميم، وكذا تحرير مشاعر الغضب رغم محاولة الطفل للتحرك، إلا أن على الأم الضم بشدة كتعبير لتوصيل رسالة حب قوي، وأنها ستعتني به بغض النظر عما يقوم به، فيتم خلق روابط محبة بينهما، إضافة إلى الاعتقاد بأنه يشفي من اضطراب الذاتوية. (الإمام والجمال، 2010، 134)

**5-1-3- العلاج السلوكي:** ومن أصحاب هذا المنحى كل من Chariop, Milestein, Koegel et al, Biklen, Myles, Simpson. وهذا المنحى يتضمن أهم الاستراتيجيات التي سجلت نجاحا ملموسا في تعليم وتدريب الأطفال الذاتويين، حيث يتم ذلك وفق خطوات يمكن الإشارة إليها باختصار على النحو التالي:

1. تحديد الهدف.
2. سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل.
3. حث الطفل على الاستجابة عن طريق الملائمة بين المطلوب تأديته.
4. مراعاة أن تتم العملية عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيرة متتالية.
5. نوعية المكافأة. (سيد سليمان، 2000، 92)

وهذه الخطوات تتم وفقا للمبادئ كما ذكرها (واطسون) في ما يلي:

1. ملاحظة السلوك المطلوب التخلص منه، وتسجيل مدته ودوريته والتعرف على الظروف التي تؤدي إليه، والنتائج المترتبة عليه، وتتابعه.

2. عند إلغاء سلوك سيء يميل الطفل إلى ممارسته باستمرار، فيجب البحث على السلوك الإيجابي البديل ليحل محل السلوك السيئ.
3. عند تعليم مهارة أو سلوك جديد يجب تقسيم هذا العمل إلى خطوات بسيطة، يمكن تنفيذها بسهولة مع تلقين الطفل التعليمات الواجب إتباعها بشكل واضح ومفهوم لديه، ثم يقل التلقين شيئاً فشيئاً حتى يتلاشى ليستطيع الطفل القيام بالمهمة بدون أية مساعدة.
4. التعزيز والتشجيع بشتى الوسائل المادية والمعنوية لكل سلوك إيجابي يصدر عن الطفل، وذلك من أجل زيادة حدوث مثل هذه الأنواع من السلوكيات، وتجاهل السلوك السيئ (كلما ما أمكن) ليساعد على التقليل شيئاً فشيئاً حتى يتم التخلص من معظم أنواع السلوك التي يهدف الطفل من خلالها إلى جذب انتباه الآخرين.
5. تغيير الظروف المصاحبة لحدوث السلوك السيء لتقليل فرص حدوثه.
6. لا بد من الاستمرارية والإصرار على نفس التعليمات كلما صدر السلوك السيء من الطفل.
7. مراعاة عدم التناقض بين السلوك الصادر من الكبار لكونه يسبب الحيرة والارتباك لدى الطفل. (عليوه، 1999، 80)

ويندرج تحت هذا المنحى العديد من الاستراتيجيات المستخدمة، نذكر منها استراتيجية الاتصال الميسر (لمايلز وسيمسون) Myles, Simpson، واستراتيجية التعلم الطارئ (الموجي) وزملاؤه Mogeas et al، واستراتيجية التدريب والتوجيه في تعليم اللغة (سيسان) وزملاؤه Secan et al، ونموذج الفيديو للمراقبين (لتشارلوب وميلستين) Charlop & Milsten، كذا نموذج التفاعل الاجتماعي بتطوراته وتعديلاته (لكرنتز ومكلنتهان) Krantz, McChlannhan، استراتيجية ادارة الذات (لبيرس وسكريبمان) Pierce & Schrebman بجميع تطوراته، وغيرها من الاستراتيجيات والنماذج. وقد أثبتت العديد من الدراسات فعالية أسلوب تعديل السلوك في اختراق عزلة الطفل الذاتي والتعامل معه والتحكم في المشكلات الصادرة منه، وذلك بتحويل السلوكات غير هادفة إلى سلوكات هادفة.

## 5-2- العلاج الطبي:

هذا المنحى لأصحاب النظرية العضوية، والذين يبنون أن الذاتوية هي عبارة عن خلل عضوي داخل الطفل، منهم (وينج، روتر، كامبل)، وغيرهم، ويتمثل العلاج الطبي فيما يلي:

5-2-1- العلاج الجسدي: ومضمونه علاج الأمراض التي تصيب الخلايا الحية، أو الخلل الوظيفي للهرمونات، مثال ذلك: استخدام السماعات لتحسين السمع أو علاج الحول، تحسين طريقة المشي والوقوف فيكون بذلك عاملاً مساعداً في تحسين حالة الطفل النفسية، ومنه الحالة بصفة عامة. (القمش، 2010، 134)

ومن أمثلة ذلك:

**5-2-1-1- العلاج عن طريق (كرانو سكرال):** والتي هي عبارة عن تدليك خفيف للجمجمة (كرانو) ولأسفل فقرات الظهر (سكرال)، حيث العلاج يتمركز حول الأغشية السحائية في الجهاز العصبي وصاحبها البروفيسور (جون إبلدجر). يذكر أنه خلال عملية النمو الطبيعية لمخ الطفل، لا بد للغشاء السحائي الذي يغطي التجاوي أن ينمو ليتماشى مع بقية أجزاء الجهاز العصبي.

#### 5-2-1-2- الأساليب العصبية الحسية:

**أ- النمذجة أو طريقة (دومان ديلاكتو):** ويستند على العلاقة بين نظرية سيطرة نصف الدماغ والتطور العرقي التسلسلي، وهو يعالج التنظيم العصبي المختل بإعادة التدريب ونمذجة الحركات من الخارج.

**ب- طريقة (إيرلين):** وهي تعالج المشكلات الإدراكية نحو الضوء، باعتبار المشكلة مصاحبة لاضطراب الذاتوية، وذلك باستخدام شفافيات ونظارات ملونة، وقد أثبتت فعالية هذا العلاج، حيث يقوم بتصفية الذبذبات الضوئية، بحيث تبطئ المعلومات البصرية، فيقل العبء البصري.

**ج- العلاج بالتكامل الحسي (SIT):** ومبدأها أن الجهاز العصبي يقوم بربط جميع الأحاسيس والتكامل في ما بينها، وقد يؤدي إلى أعراض ذاتوية، ويقوم هذا العلاج على تحليل هذه الأحاسيس والعمل على توازنها، وذلك عن طريق برامج تنمي الدمج الحسي وتطوره تحت إشراف مدرب، وتكمن علاقة التكامل الحسي كون الذاتويين يعانون إما من زيادة تفاعل (في نظام السمع مثلاً)، ونقص التفاعل (في نظام الرؤية مثلاً)، وتختلف من طفل لآخر.

**د- العلاج بالتكامل السمعي (AIT):** ومطورها (جاي بيراد)، وهي عملية تدريب المخ لاستقبال المعلومات بطريقة صحيحة، ويكون باستماع الموسيقى مفلترة باستخدام السماعات، على افتراض أن الذاتويين إما مفرطون في الحساسية السمعية، أو لديهم نقص في ذلك، حيث تمثلت نتائج التدريب على الاستماع في زيادة التركيز لفترة أطول، والقدرة على إهمال المؤثرات الجانبية، وتناقص في التهور والاندفاع، وزيادة التواصل الاجتماعي، والقدرة على إنهاء الواجب... الخ. (المغلوث، 2006، 125)

**5-2-2- العلاج الكيماوي:** وهي عبارة عن أدوية، فيتامينات ومضادات للخمائر، ويهدف كل منها إلى علاج مشكلة معينة في الجسم أو حلها، حيث في اعتقاد العديد من العلماء أن العلاج الدوائي له فاعلية في تخفيف أعراض الذاتوية، ومن الأدوية التي تم استخدامها في علاج القلق والاكتئاب للذين يعانون من مستويات عالية من القلق: (فلوكستين) Fluoxetine (Prozac)، (فلوفوكسامين) Fluvoxamine (Luvox)، (سيتراالين) Setraline (Zalof), (كلوميبرامين) Clomipramine (Anafranil). كما تم استخدام دواء (الريسبردون) Risperidone لعلاج الفصام من أجل ضبط العدوانية وإيذاء الذات والسلوكيات النمطية (الإمام والجوالدة، 2010، 201)

أما بالنسبة للفيتامينات، فتم استخدام فيتامين B6 والمغنيزيوم لتحسين السلوك بشكل عام إضافة إلى اللغة واضطرابات النوم، وغيرها من العقاقير. (المغلوث، 2006، 122)

**5-2-3- العلاج بالصدمات الكهربائية:** أظهرت بعض الحالات فائدة الصدمات الكهربائية، وذلك بشكل مركز ولفترات طويلة بمعدل أربعة إلى خمسة جلسات في الأسبوع، لمدة أربع إلى خمس أسابيع، وذلك على المراهقين الذين يعانون من الذاتوية في أكثر حداثتها. (الإمام والجوالدة، 2010، 135)

## خاتمة:

تعددت وكثرت الأدوات المستخدمة في تشخيص الطفل الذاتوي، ورغم ذلك ما زال التشخيص معقداً وصعباً للغاية، وذلك بسبب تشابه أعراض هذا الاضطراب مع اضطرابات أخرى، وكذلك الغموض الكبير الذي ما زال يكتنف مسببات هذا المرض.

وعليه فإن عملية التشخيص رغم المحكات والمعايير المتفق عليها، فهي تحتاج إلى المتخصص المدرب الواعي ذي الخبرة العملية العالية في ملاحظة وتسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة، بالإضافة إلى إجراء الفحوص الطبية اللازمة لاستبعاد بعض الإعاقات العضوية، كحالات الصمم أو مشكلات الكلام والتخاطب، وعدم إهمال الفحص الطبي العصبي، وكذلك التقييم المعرفي، وكل ذلك حتى يتسنى تقديم الأسلوب العلاجي المناسب للحالة، سواء تعلق الأمر بالعلاج الدوائي أو العلاج بالتكامل الحسي والعلاجات السلوكية والمعرفية، وكافة البرامج التربوية والتدريبية للتخفيف من أعراض هذا الاضطراب وتحسين كافة جوانب النمو للذاتوي.

## قائمة المراجع

- الإمام، محمد صالح والحوالده، فؤاد عيد (2010). **التوحد ونظرية العقل**. الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- سيد سليمان، عبد الرحمن (2000). **محاولة لفهم الذاتوية**. مصر: مكتبة زهراء الشرق.
- الشخص، عبد العزيز والدمياطي، عبد الغفار (1992). **قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير الأسوياء**. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- شربيمان، لورا (2010). **التوحد بين العلم والخيال**. ترجمة فاطمة عياد. الكويت: عالم المعرفة. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- العلي، رسلان (2008). **متلازمة الصبغي X الهش**. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة دمشق: سوريا.
- عليه، سهام علي عبد الغفار (1999). **فاعلية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية (الاولتيزم) لدى الأطفال**. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة طنطا: مصر.
- عودة، محمد محمد (2006). **تشخيص وتنمية بعض مهارات الطفل التوحيدي**. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة عين شمس: مصر.
- المغلوث، فهد بن حمد (2006). **التوحد. كيف نفهمه ونتعامل معه**. السعودية: مؤسسة الملك خالد الخيرية.
- القمش، مصطفى نوري (2011). **اضطرابات التوحد**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- بيومي، لمياء عبد الحميد (2008). **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحيدين**. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة قناة السويس: مصر.
- مصطفى، أسامة فاروق والشربيني، السيد كمال (2011). **سمات التوحد**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.