



تحت رعاية سمو الشيخ  
حمدان بن محمد بن راشد آل مكتوم  
ولي عهد دبي  
دبي - الإمارات العربية المتحدة



"الخدمات المقدمة للشباب من ذوي الإعاقة  
.... الواقع والطموح"



17-14 أبريل 2014م



## تطور المشكلات النفسية والاجتماعية للأشخاص التوحديين في مرحلة الشباب

14

ورقة علمية مقدمة من

د. السيد سعد الخميسي

أستاذ علم النفس والتوحد المساعد

كلية الدراسات العليا - جامعة الخليج العربي

مملكة البحرين

دراسة مقدمة إلى

الملتقى الرابع عشر للجمعية الخليجية للإعاقة

تحت شعار

"الخدمات المقدمة للشباب من ذوي الإعاقة.... الواقع والطموح"

خلال الفترة من 17-14 أبريل 2014م في مدينة دبي - الإمارات العربية المتحدة

يعد اضطراب التوحد أحد اضطرابات النمو الشاملة Pervasive Developmental Disorders

والتي انصب عليها الاهتمام حديثاً بسبب تزايد نسبه انتشاره، وصعوبة الكشف عن السبب الرئيس المؤدي للاضطراب، وبالتالي صعوبة تحديد الأسلوب الأمثل في العلاج.

وفي الورقة الحالية سوف يتم لتعرف على طبيعة تطور المشكلات النفسية والاجتماعية لدى الأشخاص التوحديين، وذلك من خلال عرض طبيعة الخصائص الأساسية للتوحد وتطورها من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد مروراً بمرحلة المراهقة، وذلك على اعتبار أن تلك الخصائص الأساسية تشمل كل من مشكلات التواصل ومشكلات التفاعل الاجتماعي بالإضافة للمشكلات الحسية والسلوك النمطي والتكراري، وأن هذه المشكلات هي في حد ذاتها مجموعة من المشكلات السلوكية والاجتماعية التي يتعرض لها الشخص التوحي، إضافة إلى أنه سيتم الإشارة إلى أعراض الاكتئاب التي تظهر لدى الشخص التوحي في كل من مرحلتي المراهقة والرشد.

### الخصائص الأساسية للتوحد في مرحلة الطفولة:

#### 1- القصور في التفاعل الاجتماعي.

تعد المشكلات المرتبطة بالتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد هي الأكثر شيوعاً مقارنة بالمشكلات الأخرى المتعلقة بالجانب اللغوي وجانب المشكلات السلوكية، ويظهر القصور الاجتماعي للطفل التوحي في وقت مبكر من العمر ويتم الكشف عنه بشكل واضح خلال السنة الثانية من العمر (Court & Givon, 2003 ؛ نصر، 2002). إذ أن المشكلة الأساسية لأطفال التوحد هي نقص القدرة على فهم طبيعة العلاقات الاجتماعية وقوانينها وأنظمتها، فهم يفشلون في تكوين العلاقات العادية مع الآخرين، وينظرون لهم كما لو كانوا غير موجودين. ويتصف أطفال التوحد بتأخر النمو الاجتماعي منذ الصغر، حيث يلاحظ أنهم لا

يطوّر علاقة ارتباط مع والديهم، وخاصة أمهاتهم، كما يتصفون بالقصور في اللعب الجماعي وتفضيل العزلة، وكذلك العجز والفشل في طلب المساعدة من الآخرين، كما أنهم لا يظهرون عواطفهم تجاه الآخرين والتي تظهر في اضطراب التفاعل الاجتماعي واللعب الرمزي. كما يجذبون عزل أنفسهم، حتى لو كانوا في حجرة مليئة بأعضاء العائلة (الفوزان، 2000).

وقد حاول الباحثون وضع تصنيفات اجتماعية للأشخاص التوحديين ، منها تصنيف إدلسون Edelson

ووينج Wing والتي صنفت التوحديين اجتماعياً إلى الفئات التالية:

- النمط الانعزالي: The aloof group: هي الأكثر شيوعاً بين الأطفال التوحديين ، ويتصف أفراد

هذه المجموعة بأنهم لا يتجاوبون مع أي محاولة لإبداء العطف أو الحب لهم، وكثيراً ما تشكو أسرهم من عدم اكرثائه أو عدم الاستجابة لمحاولاتهم تدليله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته، بل وربما لا يجدان منه اهتماماً بحضورهما أو غيابهما عنه، وفي كثيرٍ من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما، وقد تمضي ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزلته حتى لو كان موجوداً مع الآخرين، ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين.

- النمط السلبي The passive group: وهي الأقل شيوعاً، ويتميز أفراد هذه الفئة بعدم المبادرة

بالتفاعل، ولكن لديهم تقبل لمبادرة الآخرين معهم في التفاعل الاجتماعي، ويُعدُّ هذا النمط من أقلّ الأنماط إحداثاً للمشكلات السلوكية.

- النمط النشط بشكل شاذ The active but odd group: وتتصف هذه المجموعة باهتمامهم

بوجود الغير ومحاولة التقرب منهم، وخصوصاً نحو الأشخاص البالغين، ولكن يتصف هذا التقرب بالخرق الاجتماعي.

- النمط الرسمي المتكلف Over Formal Stilted Type: ويتصف أفراد هذه المجموعة بأنهم مهذبين مع الغير، ويطبقوا كل ما تعلموه من قوانين اجتماعية، إلا أن تطبيقهم لهذه القوانين يتصف بعدم المرونة (الشامي، 2004).

## 2- قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي:

يعد العجز والقصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي من الأعراض المميزة لحالات التوحد. ويظهر القصور اللفظي في الكثير من الحالات في وقت مبكر وربما في الأشهر الثلاثة الأولى من العمر، حيث يلاحظ الهدوء غير الطبيعي وغياب المناغاة المعتادة عند الطفل السليم في هذه الفترة. وقد ينطق كلمات معينة لكنه يعجز عن استخدامها . كما تنتشر لديهم ظاهرة المصاداة Echolalia وهي عبارة عن إعادة ترديد السؤال الذي يوجه إليه حرفياً دون أي إجابة (فراج، 2002) .

### ومن أهم مظاهر القصور اللغوي للطفل التوحد:

- الاستخدام الخاطئ لضمائر ( أنا - أنت - هم ... )
- يتحدث بمعدل أقل بكثير من الطفل العادي.
- لا يستطيع استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي مع الآخرين.
- يستمر في استخدام اللغة بشكل غير عادي حتى لو وصل إلى مستوى متوسط من التحصيل اللغوي.
- يواجه مشكلة في توصيل الرسائل لغوياً، ويستخدم نغمة ذات مستوى واحد، مع عدم المرونة في رفع أو خفض تلك النغمة.

● يعاني من ضعف القدرة على استخدام كلمات جديدة، ويستمر في إعادة الكلمات التي سبق أن تعلمها بشكل نمطي (الشمري، 2000).

أما عن التواصل غير اللفظي فالأطفال المصابين بالتوحد لا يميلون عادة إلى التواصل بأساليب غير لفظية وذلك لأن وجوههم لا تعكس إلا تعبيرات ضعيفة ، كما أنهم لا يستخدمون أيديهم أو أجزاء من أجسامهم بنفس الطريقة التي يؤدي بها الطفل العادي ، فطفل التوحد لا يستعمل تلميحات تلقائية لتعويض صعوبات التواصل اللفظي مع الآخرين ، وهو يختلف في ذلك عن الأصم الذي لا تكون لديه لغة منطوقة إلا أنه يبدي رغبة في التواصل لدرجة أنه قد يخترع تلميحات أو إشارات تدفع الآخرين لمحاولة فهمه .

وعلى الرغم من أهمية الإشارات وتعبيرات الوجه في عملية التواصل ، إلا أن أطفال التوحد يعانون من صعوبات في مثل هذا النوع من التواصل ، بل إن بعض هؤلاء الأطفال تبدو وجوههم بلا حياة أو تعبير في جميع المواقف تقريبا حيث تبدو وجوههم بلا انفعالات على الإطلاق . لذا يتخلى معظم الناس عن محاولاتهم للحصول على استجابة ملحوظة عندما يواجهون مثل هذا النوع من الأطفال ، مما يخلق نوعا من الدائرة المفرغة حيث أن الطفل لا يمكنه أن يبادر ببدء التواصل بنفسه .

ويستخدم بعض الأطفال المصابين بالتوحد بعض صور التواصل غير اللفظي، فمثلا قد يسلكون مثل الأطفال الصغار فيلجئون إلى البكاء أو الصياح كي ينبهوا الآخرين أنهم يريدون شيئا. وفيما عدا صور البكاء أو الصياح فإنهم لا يعطون أي مؤشرات أخرى تكشف عن الشيء الذي يريدونه تحديدا ، ويكون ذلك في العام الأول، وفي المرحلة التي تلي ذلك يعبرون عن احتياجاتهم عن طريق القبض على يد أحد الأشخاص وجذبه معهم ووضع يده على الشيء المرغوب. وقد تمر عدة سنوات قبل أن يتمكن الطفل من الإشارة ، وعند استخدامها فإنه لا يشير باستخدام إصبع واحد بل يستخدم يده بالكامل(قنديل، د.ت).

ومن أهم مظاهر القصور في التواصل غير اللفظي لدى الأشخاص التوحديين:

- نادرًا ما يلاحظ الانفعالات على الآخرين مثل العطف والتعاطف والشفقة.
- قلة استعمال الإشارات غير اللفظية، مثل الابتسام، الإيماءات، التواصل الجسمي.
- يصعب أن يتواصل بالعين مع الآخرين، أو لا يحافظ علي هذا التواصل.
- لا يمارس اللعب التخيلي.
- يظهر نقص الإيماءات التواصلية الاجتماعية والنطق خلال الأشهر القليلة الأولى من الحياة

(Smith,2001).

### 3- السلوكيات والاهتمامات والنشاطات النمطية والمتكررة:

هي سلوكيات واهتمامات غير طبيعية يظهرها الأشخاص التوحديين والتي تتصف بالتكرار والنمطية والتحديد، حيث تعتبر من المؤشرات الرئيسة التي يمكن أن تدل على تطور حالة التوحد لديهم، وتظهر هذه السلوكيات في أشكال عديدة ، منها ما يرتبط بالحواس ( كالحملقة في الأشياء أو شمها أو لعقها) ، ومنها ما يرتبط بحركة الأطراف ( كالقفز أو كتريك الذراعين أو رفرفة الأيدي أمام الوجه )، ومنها ما يرتبط بحركة الجذع ( كهز الجذع للأمام والخلف) (Alice et al, 2005)

وتظهر هذه السلوكيات لدى الأشخاص التوحديين إما للتخفيف من مثيرات يصعب تحملها، أو لأنها قد تكون مصدر متعة للشخص التوحدي، أو وسيلة من التوحديين لجذب انتباه الآخرين . وهذه الحركات يكثر ظهورها في أوضاع السعادة وفي أوضاع سكون النفس وفي المواقف التي يتعرض فيها الشخص التوحدي للقلق أو التوتر(الشامي،2004).

#### 4- الاضطرابات الحسية Sensory disorders

حيث يُظهر الأشخاص التوحديون اضطراب في واحدة أو أكثر في الاستجابة للحواس المختلفة وهذه الاضطرابات قد تشمل الحاسة السمعية أو البصرية أو اللمسية أو التذوق أو الشمية أو التوازن. (Talan & wood , 2000). وتتحدد الخصائص الحسية للأشخاص التوحديين في أنهم يعتمدون كثيراً على حواسهم في اكتشاف البيئة المحيطة بهم وخاصة اللمس والتذوق . فيميل البعض منهم إلى شم أو لعق الأشياء أو الأشخاص للتعرف عليها (عبد الله ، 2008). كما تظهر الاضطرابات الحسية في ارتفاع أو انخفاض الاستجابة الحسية لديهم، لذا تتسم استجاباتهم إما بالبرود والتبلد الشديد وإما بالحساسية الزائدة بشكل لا يتناسب مع شدة أو ضعف المثير ، فتكون استجاباتهم أكثر أو أقل حدة من استجابة الأطفال العاديين للمثيرات الحسية المختلفة (السيد ، 2002).

وقد حاولت بعض الدراسات بحث الفروق بين التوحد والعاديين ومجموعات اكلينيكية أخرى على الاضطرابات الحسية ، حيث وجدت دراسة ليكام وزملاؤها (Leekam et al , 2007) أن تلك الاضطرابات تنتشر بنسبة 94% من الأطفال التوحديين في مقابل 65% لدى مجموعة الأطفال المضطربين لغويا وذوي الإعاقات النمائية، بينما تنتشر بنسبة 33% لدى عينة الأطفال العاديين ، وأن هذه الاضطرابات تنتشر لدى الأطفال التوحديين من عاليي الأداء عن أقرانهم المنخفضين. وعن شكل الاضطرابات الحسية التي أظهرها الأطفال التوحديين وجدت الدراسة أن 30% منهم أظهروا سلوك الإثارة الحسية الذاتية ، و 18% أظهروا سلوك شم الأشياء أو الأشخاص ، و 21% أظهروا سلوك العبث بلعابهم وتلطيخ الأشياء به، في حين لم يظهر أي من المجموعتين الأخريين هذه السلوكيات.

## تطور السمات الخصائص الأساسية في المراهقة:

تتطور الخصائص الأساسية للأشخاص التوحديين ( التفاعل - التواصل - محدودية الاهتمامات والأنشطة) خلال فترة المراهقة، حيث وجد أن معظم المراهقين التوحديين لديهم مشكلات في الجانب الاجتماعي ويفشلون بالتالي في اكتساب وتطوير مهارات الحياة المستقلة (Hendricks & Wehman, 2009) وتظهر هذه المشكلات في الجوانب الاجتماعية في الحياة، وفي العلاقات الاجتماعية وخاصة العلاقات الحميمة أو الصداقات (في: روزنبرج وآخرون، 2004)، وعلى الرغم من أن البعض منهم قد يتمكن من الاستقلال بذاتهم والدراسة في الجامعة والعمل في وظائف تكسبهم عيشهم- ممن لا يعانون تأخرًا ذهنيًا أو لغويًا- إلا أنه تستمر لديهم مشكلات اجتماعية وصعوبات في فهم المشاعر والتعبير عنها إلى حد تختلف شدته من شخص إلى آخر، أما أسوأ الحالات فهي المصحوبة بتأخر ذهني شديد، حيث يندر أن يكتسب هؤلاء الأشخاص القدرة على الكلام (Shea & Mesibov, 2005).

كما يظهر القصور في الجانب الاجتماعي في عدم قدرة المراهق التوحدي على تكوين علاقات اجتماعية، وعلى عدم قدرته على الانضمام لمجموعات الأقران كما يفعل المراهق العادي وبالتالي يصبح المراهقون التوحديون غير مشاركين في عملية التفاعل الاجتماعي وغير مستفيدين منها، وبالتالي سيظهرون كأفراد غريبين الأطوار في مجتمع المراهقين مما قد يؤدي بالآخرين لتجاهلهم والابتعاد عنهم حيث سيزيد ذلك من عزلتهم وابتعادهم عن المجتمع الذي يعيشون فيه (Gabriels & Hill, 2007).

كما وجد أن بعض السلوكيات التي تلاشت في مرحلة الطفولة - مثل العدوانية أو نوبات الغضب- وجد أنها قد تعود من جديد أثناء المراهقة، ويحدث هذا لدى حوالي 27% إلى 30% من الأشخاص التوحديين، ولا سيما ذوي الأداء المنخفض، إلا أن 80 - 90% من هؤلاء الذين يصيبهم التراجع، سيستعيدون



مهاراتهم خلال سنة أو سنتين (Wall, 2007 ; Koller , 2000 ). كما أشارت نتائج دراسة (1987) Gillberg & Steffenberg إلى وجود ارتفاع معدل نوبات الصرع في فترة المراهقة عنها في مرحلة الطفولة.

ومن المظاهر التي تطرأ على الشخص التوحدي في مرحلة المراهقة أن وصولهم لمرحلة النضج الانفعالي تتأخر مقارنة بأقرانهم من العاديين، أي أن المراهق التوحدي الذي يمر بمرحلة البلوغ من الناحية الجسدية قد تكون انفعالاته وعملياته المعرفية أقرب إلى مرحلة الطفولة منها إلى مرحلة المراهقة، فالعديد من التوحديين في مرحلة المراهقة مازالوا مهوسين أو مهتمين اهتماماً شديداً بأمور لا تتناسب مع المرحلة العمرية التي وصلوا إليها، كما أنهم لا يفهمون تعابير الوجه والانفعالات الصادرة من الآخرين، وليست لديهم المقدرة على التعبير عن انفعالاتهم بالطريقة الملائمة ، كما يدرك المراهقين التوحديون مدى اختلافهم الشديد عن أقرانهم ومدى صعوبة انسجامهم معهم، مما يؤدي بهم إلى الاكتئاب الشديد وزيادة الميل إلى الوحدة والذي يستدعي بدوره الحاجة إلى العلاج، كما يميل البعض منهم إلى لوم أنفسهم في حالة قيامهم بتصرف سلبي، وعند تكرارهم لهذا التصرف (Koller, 2000).

وفي هذا الصدد تشير دراسة تونغ، بريرتون، و آينفيلد (Tonge, Brereton & Einfeld, 2006) أن الأشخاص التوحديين في مرحلة المراهقة يعانون من الاضطرابات النفسية ، فيزيد لديهم الاكتئاب والقلق والانشغال بالذات وتشنت الانتباه، وتظهر عليهم أعراض القلق عند الانفصال عن الأشخاص المؤلفين لديهم ومقاومتهم الشديدة للتغيير والبكاء بسبب أمور غير هامة، إلى جانب الخجل والتوتر الشديد والتهيج المفرط، وذلك عند مقارنتهم بالأشخاص المعاقين ذهنياً. وأن الاكتئاب يزيد لدى المراهقين التوحديين والذين لا يعانون من إعاقة ذهنية وذلك لإدراكهم أنهم مختلفين عن غيرهم.

وقد ظهر أن الاضطرابات النفسية بشكل عام لم تتأثر بالجنس، العمر ونسبة الذكاء، في حين أن المشكلات الاجتماعية كانت أكثر حدة لدى الأشخاص التوحديين البالغين من العمر 13 من الأشخاص التوحيديين الأصغر سناً، في حين أن الإناث يعانون من مشكلات اجتماعية أكثر من الذكور، كما يزيد اهتمام الأشخاص التوحيديين في مرحلة المراهقة بالتواصل الاجتماعي، ولكن هذا لا يعني التحسن في مهاراتهم الاجتماعية.

### تطور السمات والخصائص الأساسية في الرشد:

حيث قام بيفان وهاربر وبالمر وأرندت (Piven, Harper, Palmer, and Arndt, 1996) بدراسة للكشف على ثبات الخصائص الأساسية للتوحد (التواصل، السلوك الاجتماعي) في مرحلتي المراهقة والرشد، من خلال دراسة تتبعية للأشخاص التوحيديين في مرحلتي المرحلة العمرية من 13 - 28 سنة، وذلك وفقاً لتقديرات آبائهم. وقد أشارت النتائج إلى وجود تحسن ملحوظ في التواصل والسلوك الاجتماعي لدى عينة الدراسة.

كما قام بولت وبوستكا (Boelte & Poustka, 2000) بدراسة تتبعية أيضاً للتعرف على التغيير الذي يطرأ على الأشخاص التوحيديين في كل من مرحلتي المراهقة والرشد، وذلك على عينة مكونة من (93) شخص توحيدي تراوحت أعمارهم بين 15، 37 عام، واستخدمت الدراسة المقابلة التشخيصية المعدلة ADI-R، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن وجود تحسن ملحوظ في كل من التواصل والسلوك الاجتماعي، وأن هذا التحسن يستمر مع التقدم في العمر.

وفي دراسة مشابهة لكل من جيلكرت وجرين وكوكس وبورتون وروتر ولكوتور (Gilchrist, Green, Cox, Burton, Rutter, & LeCouteur, 2001) لتتبع تطور أعراض التوحد باستخدام المقابلة

التشخيصية المعدلة للتوحد ADI-R وقد وجد الباحثون أن هنا هناك تحسن فيما نسبته 10% من سلوك التواصل والسلوك الاجتماعي لدى الأشخاص التوحديين في مرحلة الرشد عنه في مرحلة المراهقة والطفولة.

كما أشارت دراسة كل من فنتير ولورد وشوبلر (1992) Venter, Lord & Schopler والتي أجريت على 58 مراهق وراشد توحدي ، أشارت إلى وجود تحسن لدى الأشخاص التوحديين في مرحلة الرشد في السلوك التكيفي لديهم، وارتفاع عشرة نقاط في نسبة الذكاء لديهم ، وذلك عن أقرانهم في مرحلة المراهقة.

في حين أشارت نتائج دراسات أخرى إلى وجود تحسن في أداء الراشدين التوحديين في كل من مهارات الرعاية الذاتية ومهارات التواصل ومستوى التحصيل الأكاديمي، وذلك بمقارنته في مرحلة المراهقة (Beadle-Brown, Murphy, Wing, Gould, Shah, & Holmes, 2000).

ومن جهة أخرى حاولت بعض الدراسات مقارنة محكات التوحد التي حددها دليل التشخيص الاحصائي للاضطرابات العقلية الرابع المعدل DSM-4R ، مقرنتها على الأشخاص التوحديين في كل من مرحلة الطفولة والمراهقة والرشد. وقد وجدت الدراسة أن هناك تحسن في الأعراض الأساسية للتوحد تطراً على الشخص التوحدي في مرحلة الرشد، وأن هذا التحسن يحدث بنسبة 82% في مجال التواصل والتفاعل الاجتماعي، وبنسبة 55% في مجال السلوكيات النمطية (Piven et al., 1996).

#### الخلاصة:

ومما سبق يتضح أن الخصائص الأساسية للأشخاص التوحديين تختلف في شدتها وحدتها من مرحلة لأخرى، حيث تكون شديدة إلى متوسطة في مرحلة الطفولة ، ثم تتباين هذه الخصائص في مرحلة المراهقة فتظهر بعض التغيرات السلبية في هذه المرحلة ، وتكون فيشكل زيادة نوبات الصرع والاكتئاب والقلق عنها في مرحلة الطفولة، كذلك يستمر القصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي. وعلى النقيض تظهر بعض

التغيرات الايجابية التي تظهر على المراهق التوحدي، مثل التحسن في السلوكيات النمطية والتكرارية وكذلك زيادة وعي المراهق بنفسه وإدراكه أنه مختلف عن أقرانه العاديين.

أما في مرحلة الرشد فقد أشارت معظم الدراسات التي تم عرضها والتي أجريت في هذه المجال هو وجود تحسن ملحوظ في هذه الأعراض لدى الراشدين التوحديين، وأن هذا التحسن يظهر في التواصل والتفاعل الاجتماعي ومهارات الحياة اليومية وكذلك في السلوك النمطي والتكراري، إلا أن يوجد استمرار لأعراض القلق والتي يفسرها البعض نتيجة لارتفاع وعي الراشد بنفسه وبطبيعة الاختلاف بينه وبين أقرانه العاديين.

ويلاحظ أيضا مما سبق أنه يوجد اختلاف في نتائج الدراسات التي تعرضت لطبيعة التحسن في سلوك لدى الأشخاص التوحديين، ويعود هذا الاختلاف لعدة عوامل، منها مايتعلق باختلاف عينات الدراسات التي أجريت في هذا المجال ، ومنها يعود لاختلاف الأدوات المستخدمة، ومنها يعود إلى طبيعة السلوك الذي تم على احتسابه محكاً لدرجة التحسن، والذي اعتبره البعض الخصائص الأساسية للسلوك التوحدي من تواصل وتفاعل اجتماعي وسلوكيات نمطية (Boelte & Poustka,2000) ، ومنها ما اعتبره السلوك التكيفي أو نسبة الذكاء (Bolte &Poustka,2002).

#### العوامل التي تساعد في تحسن الأعراض خلال فترة الرشد:

- حدة أعراض التوحد خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة.
- طبيعة الخصائص المعرفية ونسبة الذكاء لدى الشخص التوحدي.
- كم ونوع التدخل في فترة الطفولة والمراهقة.
- طبيعة التعامل مع مشكلات المراهقة التي تظهر على الشخص التوحدي.

## المراجع: أولا المراجع العربية:

- السيد ، عبد الرحمن ( 2002). *الذاتوية وإعاقة التوحد لدى الأطفال*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- الشامي، وفاء علي (2004). *سمات التوحد*. جدة: الجمعية الفيصلية النسوية الخيرية للتوحد.
- الشمري، طارش. (2000). *الأطفال التوحديين: أساليب التدخل ومقومات نجاح البرامج*. ندوة الإعاقات النمائية: قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية، جامعة الخليج العربي. البحرين.
- روزنبرج، م؛ ويلسون، ر؛ ماهيدي، ل؛ سنديلاز، ب (2008 /2004). *تعليم الأطفال والمراهقين ذوي الإضطرابات السلوكية*. (ترجمة: عادل عبدالله محمد). عمان: دار الفكر.
- عبد الله، عادل ( 2002). *الأطفال التوحديون: دراسات تشخيصية وبرامجية*. القاهرة: دار الرشاد.
- فراج، عثمان لبيب(2002). *الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة*. القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية.
- الفوازن، محمد (2000). *التوحد: المفهوم والتعليم والتدريب (مرشد إلى الوالدين والمهنيين)*. الرياض: دار عالم الكتب.
- قنديل ، شاكرا. (دت). *علم نفس الفئات الخاصة* ، المنصورة: كلية التربية - جامعة المنصورة.
- نصر، سهى (2002). *الاتصال اللغوي للطفل التوحدي: التشخيص- البرامج العلاجية*، عمان: دار الفكر العربي.

## ثانيا المراجع الأجنبية:

- Alice, S., Carter, N., Klin, A., and Volkmar, F. (2005). Social development in autism. In F.Volkmar, R.Paul, A.Klin and Cohen. (Eds). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, (3 ed., pp.312-319).Hoboken, NJ: John Wiley and Sons. Canada.

- Beadle-Brown, J., Murphy, G., Wing, L., Gould, J., Shah, A., & Holmes, N. (2000). Changes in skills for people with intellectual disability: A follow-up of the Camberwell cohort. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 12–24.
- Boelte, S., & Poustka, F. (2000). Diagnosis of autism: The connection between current and historical information. *Autism*, 4, 382–390.
- Bolte, S. & Poustka, F. (2002). The relation between general cognitive level and adaptive behavior domains in individuals with autism with and without comorbid mental retardation. *Child Psychiatry and Human Development*, 33(2),165–172.
- Court, D., and Givon, S., (2003). Group intervention improving social skills of adolescents with autism. *Teaching Exceptional Children*, 22, 50-65.
- Gabriels, R. L., & Hill, D. E. (2007). *Growing up with autism: Working with school-age children and adolescents*. NY: The Guilford Press.
- Gilchrist, A., Green, J., Cox, A., Burton, D., Rutter, M., & LeCouteur, A. (2001). Development and current functioning in adolescents with Asperger Syndrome: A comparative study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 227–240.
- Koller, R. (2000). Sexuality and adolescents with autism. *Sexuality and Disability*, 18 (2), 125- 35.
- Leekam, S., Nieto, C., Libby, S., Wing, L. & Gould, J. (2007). Describing the Sensory Abnormalities of Children and Adults with Autism. *J Autism Dev Disord*, 37, 894–910

- Piven, J., Harper, J., Palmer, P., & Arndt, S. (1996). Course of behavioral change in autism. A retrospective study of high-IQ adolescents and adults. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 523–529.
- Smith, D.(2001).*Introduction to Special Education: Teaching in an Age of Challenge*. Boston: Allyn and Bacon.
- Brereton, A., Tonge, B., & Einfeld, S. (2006). Psychopathology in children and adolescents with autism compared to young people with intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 863-870
- Shea, V., & Mesibov, G. (2005). Adolescents and adults with autism. In F. Volkmar; R. Paul; A. Klin & D. Cohen. (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*.Vol.1, 3rd. ed. (pp. 288- 240). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Talay-Ongan,A. & Wood, K.(2000). Unusual sensory sensitivity in autism: A possible crossroads , *International Journal of Disability , Development & Education*, (42) 2,346-465.
- Venter, A., Lord, C., & Schopler, E. (1992). A follow-up study of high-functioning autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33, 489–507.
- Wall, K. (2007). *Education and care for adolescents and adults with Autism*. London: SAGE Publications Ltd.