

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة -

كلية العلوم النفسية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

عنوان المذكرة

الخصائص النفسية و الاجتماعية للطفل التوحدي من

وجهة نظر المربيات

(دراسة عيادية لـ عشر حالات بروضه التاج في مدينة الوادي)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

ريحاني الزهرة

إعداد الطالبة:

مدلل شهرزاد

السنة الجامعية: 2015/2014

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة الخصائص النفسية والخصائص الإجتماعية عند الطفل التوحدي من وجهة نظر المربية ولتحقيق أهداف الدراسة تم الإعتماد على المنهج (دراسة حالة) وتم اختيار عشر حالات تحت إشراف خمس مربيات, واستخدام المقابلة النصف موجهة لخمس مربيات والملاحظة على الحالات العشرة في جمعية التاج بولاية الوادي وبعد تحليلنا للمقابلة والملاحظة توصلنا إلى:

- ❖ ظهور نوبات من البكاء يتبعها مباشرة نوبات من الضحك بدون سبب وهما خاصيتين متضادتين عند نفس الحالة.
- ❖ بالرغم من العزلة الاجتماعية من حيث اللعب بمفرده ورفض عملية الاحتضان للمربية التي يعاني منها الطفل التوحدي لكن عملية التكفل لها أثر إيجابي وفعال في تحسن الحالات.
- ❖ تظهر الخصائص النفسية والخصائص الإجتماعية للطفل التوحدي من خلال سلوكياته.
- ❖ تختلف خصائص الطفل التوحدي من طفل لآخر كل حالة لديها خصائص خاصة بها.

شكر وتقدير

بقدر العالي الجليل الذي أتم نعمته علينا و كان في عوننا حتى وصلنا مبلغا هذا العمل المتواصل الذي نأمل أن يجوز مبلغ الرضا.

و صدقا لقول سيد القول أجمعين عليه أركى الصلوات والتسليم:

" لا زال الله في عون العبد ما دام العبد في عون أخيه "

أتقدم بخاص الشكر و العرفان لأستاذتي المشرفة التي وجهتني وكانه سندا في هذا العمل ربها الله وحفظها و جزاها الله كل الخير.

كما أحس بالذكر الأستاذ " صالح خشوش " و جميع طاقم روضة التاج خاصة المرربات التي ساعدنني.

وأشكر كل من ساعدني من قريب أو بعيد و كان لي سندا خاصة أساتذة علم النفس العيادي. كما أشكر أختي و صديقتي " محمودي إيناس " على دعمها و سندا لي معنويا وكذلك الشكر للسيد " نيل ميده " على مساعدته لي.

وأخيرا فحسبنا إننا قد بذلنا جهدا وما نحن إلا بشر نصيب ونخطئ و الكمال لله ونحمده و إليه يرجع الثناء.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
-	1- ملخص الدراسة
-	2- الشكر والعرفان
-	3- فهرس المحتويات
-	4- فهرس الجداول
-	5- فهرس الأشكال
أ ب	6- مقدمة
الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية الدراسة	
3	7- إشكالية الدراسة
5	8- أهمية الدراسة
5	9- أهداف الدراسة
5	10- مفاهيم الدراسة وتعريفاتها الإجرائية
6	13- الدراسات السابقة
الجانب النظري	
الفصل الأول: التوحد	
11	تمهيد
11	1- البدايات التاريخية للتوحد
14	2- تعريف التوحد
17	3- نسبة إنتشار التوحد
18	4- نظريات المفسرة للتوحد
23	5- خصائص التوحد
26	6- أسباب التوحد
29	7- أنواع التوحد
31	8- العلامات المبكرة للتوحد
34	9- تشخيص التوحد

35	9-1- معايير التشخيص حسب DSM4
36	9-2- التصنيف الدولي العاشر نظام (ICD10)
37	9-3- التشخيصات الفارقة للتوحد و اضطرابات أخرى
42	10- التكفل بالطفل التوحد
42	10-1- العلاج الطبي الدوائي
45	10-2- العلاج السلوكي
56	10-3- العلاج النفسي
58	خلاصة فصل
الجانب المنهجي	
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة	
61	تمهيد
61	1- منهج البحث
62	2- حالات الدراسة
63	3- المجال الزمني والمكاني
63	4- أدوات الدراسة
63	4-1- المقابلة العيادية نصف موجهة
63	4-2- شبكة الملاحظة
64	خلاصة فصل
الفصل الرابع: عرض تحليل النتائج	
66	1- عرض الحالات
72	2- تحليل الملاحظات
80	3- عرض وتحليل المقابلات
93	4- مناقشة النتائج العامة
96	خاتمة
96	الإقتراحات
97	قائمة المراجع
-	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
38	يوضح الفرق بين اضطراب التوحد واضطراب ريت.	1
40	يوضح قائمة تشخيص اضطراب التوحد.	2
62	يوضح المعلومات الشخصية للحالات.	3

جدول يوضح الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
16	يوضح ثلوث الإعاقات	1

مقدمة

لقد عانى الإنسان عبر العصور من حالات الإعاقات والاضطرابات وعبر مراحل عمرية مختلفة فالإعاقة أنواع وظهور بعضها قبل الولادة ولذا تعتبر السنوات الأولى من حياة الفرد أهم مرحلة من مراحل نموه، والاهتمام بفئة الأطفال هو ما يجعل بهم فائدة على أنفسهم وعلى مجتمعهم والتعرض لأي إصابة في هذه المرحلة تؤثر كثيرا على باقي مراحل العمرية فتكون في تأخر وعجز ومن بين هذه الاضطرابات التي تصيب الأطفال ، اضطراب التوحد الذي اكتشفه الطبيب النفسي الأمريكي كانر من بين الأطفال المتخلفين عقليا ففي بداية الأمر كان هناك خلط بينه وبين الاضطرابات الأخرى وعدم اكتشافه مبكرا لا يلغي عدم وجوده، وإنما الكثير من الأشخاص قد أطلقوا عليه " بالاضطراب الغريب" وقد توصل كانر إلى خصائص مشتركة لإحدى عشر طفلا وهو الإنسحاب الإجتماعي والغربة في التعامل مع الآخرين، والتماثل والقصور الواضح في التواصل مع الآخرين واضطرابات في السلوك اللفظي (مثل السلوك النمطي، قصور التخيل في اللعب) وصعوبة فهم المفاهيم المجردة، والاضطرابات اللغوية (مثل المصاداة، وعكس الضمائر) فالطفل التوحدي تلزمه مجموعة من الأعراض تمنعه من الإتصال بمن حوله على عدة مستويات أهمها المستوى الإجتماعي فهو عاجز عن إقامة علاقات مع أمه و أبيه، كما أنه عاجز عن القيام بأبسط المهام الحياتية اليومية في اعتماده على نفسه وكذلك ليه صعوبات في التواصل سوى كان لفظيا فيتميزون بلغة محدودة لا تتطور أو التواصل البصري الذي يكاد يكون معدوما، كما أنه يظهر هذا الاضطراب في سن ثلاث سنوات كما يعد من أكثر الاضطرابات التطورية في

الصعوبة و التعقيد فالطفل يصاب بالإنعزال على جميع من حوله و الإنطواء حول ذاته, وبناء عالم خاص به والتعامل مع جميع من حوله على أنهم أشياء تتم بهم قضاء حاجاته, وتظهر لديه سلوكيات غريبة مثل إصدار أصوات غريبة صراخ وبكاء دون سبب معين, تظهر لديه حركات نمطية ومقومة للتغير فلهذه أشياء معينة يحب بقائها على حالها وشذوذ في طريقة لعبه, نقص في الإتصال الإنفعالي واللغوي كذلك وتعتبر السلوكيات الغريبة التي يسلكها الطفل التوحدي هي نتيجة عدم إستقباله أو التواصل مع العالم الخارجي, وتعتبر خصائص الطفل التوحدي عديدة ومختلفة من بينها الخصائص النفسية والاجتماعية البارزة الظهور.

وقد تم تقسيم هذه الدراسة إلى أربع فصول الفصل الأول يظم الإطار العام لإشكالية الدراسة, ذكر أهمية البحث, إضافة إلى الأهداف التي نسعى الوصول إليها , والتعاريف الإجرائية والدراسات السابقة.

أما الفصل الثاني التوحد الذي يعتبر الجانب النظري فقد خصص للتوحد يتضمن أولاً البدايات التاريخية, ثم تعريفه, ونسبة إنتشاره, أم النظريات المفسرة له, وخصائصه, كذلك كل من الأسباب, الأنواع العلامات المبكرة لظهوره, تشخيصه وأخيرا العلاج.

أما الفصل الثالث فقد خصص لمنهجية البحث وإجراءاته بداية بالمنهج المستخدم, وصف حالات البحث, الأدوات المستخدمة للدراسة.

والفصل الرابع فقد تم فيه عرض وتحليل وتفسير نتائج البحث مع مناقشتها. و أتمنا الدراسة بخاتمة, وعرض جملة من المقترحات التي نراها جديرة بالبحث و الاهتمام.

الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية الدراسة

- 1 - الإشكالية.
- 2 - التساؤلات.
- 3 - أهداف الدراسة.
- 4 - أهمية الدراسة.
- 5 - تحديد مفاهيم الدراسة.
- 6 - الدراسات السابقة.

الإشكالية

تعتبر مرحلة الطفولة, السنوات الأولى من حياة الفرد من أهم المراحل تطوره حيث يتم فيها بناء الأسس الأولية لتكوين شخصية, ويكون الطفل في هذه المرحلة متكون جسميا وعقليا وانفعاليا ويتصف سلوكه بالسواء, ومن هنا يمكننا القول بأن حياة الإنسان تقوم على خصائص طفولته, ففيها تثبت بذور التكيف مع البيئة وفيها يتكون الوازع الخلقى من خلال علاقة الطفل بوالديه أو من يقوم عنهما, وفيها تتشكل معظم الاتجاهات النفسية التي تهيم على الذات.

ومن بين خصائص نمو الطفل هي نموه العقلي كأسنان وزيادة الوزن والعضلات....إلخ. ونموه العقلي كأن يبدأ الذكاء بالنمو بسرعة وتعلمه لخبرات جديدة وتمييزه بالخيال وينمو لديه حب الإستطلاع.....إلخ, ونموه الاجتماعي وهو كذلك من أهم الخصائص التي يميل فيها الطفل لمرحلة اللعب التي تساعد في مراحل نموه, الإختلاط بالمجتمع وتكوين علاقات ونموه الانفعالي وتظهر بردات فعله كالغضب والخوف, البهجة والسرور وغيرها.

يمكن أن يتعرض بعض الأطفال إلى اضطرابات عديدة وتكون على شكل نقص أو قصور أو علة مزمنة تؤثر على قدرات الطفل وتكون على مستواه الجسدي أو الحسي أو العقلي أو الاجتماعي, ويتعرض الطفل لهذه الإضطرابات عند ولادته أو في مراحل عمرية أخرى ومن بين هذه الإضطرابات, التوحد

و اضطراب التوحد يجعل الطفل في اغلب الأحيان انعزالي ومنطوي على نفسه ولا يشعر بالآخرين وكأنه أصم ولا يميل إلى اللعب الإبتكاري والجماعي ولا يشعر بالأخطاء الطبيعية والتي من المفترض أن يخاف منها, واضطرابه هذا جعله أحيانا يضحك ويبكي بدون سبب وغيرها من الأعراض والاضطرابات والتي أصبحت تنطوي تحت اسم التوحد.

والتوحد هو اضطراب في النمو تستمر طيلة عمر الفرد , ويظهر التوحد بوضوح في السنوات الثلاث الأولى من الحياة , ويعرف التوحد بأنه عجز يعيق تطوير المهارات الإجتماعية والتواصل اللفظي والغير لفظي واللعب التخيلي والإبداعي وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الإجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الإرتباط وخلق العلاقات مع الأفراد , وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ , وعدم القدرة على التصور البناء والملائمة التخيلية, ويكون للطفل حركات متكررة واهتمامات محددة .

ويعتبر ليوكانر (Leo Kanner) أول من أشار إلى مفهوم الذاتوية وهو أول من وصف أعراض التوحد عند (11عشرة) طفلا وسماها أعراض التواصل الإنفعالي الذاتوية . وذلك عام (1943) ثم مصطلح التوحد الطفولي المبكر .

وتقدر نسبة شيوع التوحد تقريبا 4-5 حالات توحد كلاسيكية في كل 10.000 مولود ومن 14-20 حالة (اسبيرجر) توجد ذا كفاءة أعلى كما أنه أكثر شيوعا في الأولاد عن البنات بنسبة 4-1 وللتوحيدين دورة حياة طبيعية كما أن بعض أنواع السلوك المرتبطة بالمصابين قد تتغير أو تختفي بمرور الزمن ويوجد التوحد في جميع أنحاء العالم وفي جميع الطبقات العرقية والإجتماعية. (كوثر حسن عسلي 2006, ص19).

ويعتبر عجز التفاعل الإجتماعي إحدى الخصائص الرئيسية التي يتميز بها الأطفال المصابون بالتوحد , وذلك لوجود عجز واضح في تكوين العلاقات الاجتماعية لديهم بشكل فعال والحفاظ عليها , كما أنهم يتصفون بالعزلة والانسحاب والعيش بطريقة خاصة ومختلفة ومثيرة للحيرة .

فالطفل التوحيدي يتمتع بمجموعة من الخصائص النفسية والاجتماعية ومن هنا نطرح التساؤلات التالي :

- ما هي أهم الخصائص النفسية للطفل التوحدي من وجهة نظر المربية؟
- ما هي أهم الخصائص الإجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المربية؟

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في البحث و اكتشاف الخصائص النفسية والاجتماعية للطفل التوحدي وهذه الخصائص تختلف عن الأطفال الآخرين هذا ما دفع بالطالبة لدراستها وكذلك الإهتمام بهذا الموضوع كونه إضطراب تزايد معدل إنتشاره على شتى أنحاء العالم وأحيانا أخرى عدم القدرة على تصنيفه , فلجوء إلى الخصائص قد يساعدنا على عملية التشخيص المبكر للحالة.

أهداف الدراسة:

- تهدف هذه الدراسة إلى معرفة الخصائص النفسية لأطفال التوحد.

- الخصائص الإجتماعية للطفل التوحدي.

والتي تكمن الفائدة منهما هو عملية التشخيص التي يقوم بها كل من (الأطباء

والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون...) من خلال ملاحظة هذه الخصائص التي يختص

بها الطفل التوحدي عن غيره من الحالات, والهدف من هذه الدراسة هي جمع هذه

الخصائص التي تساعد كل من الآباء والمربين على تشخيص هذه الحالة وطريقة التعامل

معها وعدم الاستغراب من سلوكياتهم ومساعدة هؤلاء الفئة بالبرامج الع لاجية المقترحة

لتحسينهم.

تحديد المصطلحات الأساسية:

التعريف الإجرائي للتوحد: التوحد هو اضطراب نمائي, يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى

من عمر الطفل, وتؤثر على مختلف جوانب النمو, والتي قد تظهر في النواحي الاجتماعية

التواصلية والعقلية والانفعالية والعاطفية ويستمر هذا الاضطراب مدى الحياة، وتتحسن الحالة من خلال البرامج التدريجية العلاجية التي تقدم لها.

التعريف الإجرائي للطفل التوحدي: هو الطفل الذي لديه خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، يؤثر عليه في عملية التعلم، ويتعامل هذا الطفل مع الأشياء بطرق شاذة مختلفة تماما عن فهم وتجاوب أقرانه العاديين، وهو الطفل الحامل لسمات مختلفة عن الطفل العادي، من عجز جسمي ظاهري وبرود عاطفي شديد وتكرار السلوك النمطي وسلوك إغناء الذات وكلام نمطي، ولديه خلل في التفاعل مع بيئته الإجتماعية.

التعريف الإجرائي لخصائص النفسية: إن مفهوم الذات لدى التوحديين يرتفع كلما كان توافقه مع المجتمع والتكيف أكثر و يقل بقلص تكيفهم ، يرى كافر أن الطفل التوحدي يولد عاجزا عن التواصل الانفعالي مع والديه ، والأطفال التوحديين قد يتضايقون إذا اهتمت أمهاتهم بأطفال غيرهم ، و من الملامح المميزة للأطفال التوحديين الصراخ والبكاء كاستجابة للانزعاج أو الإحباط ، الخجل والشعور بالذنب ، و الاضطرابات النفسية المقررة لدى التوحديين (كالاكتئاب والوساوس القهري وقلق الانفصال والقلق الاجتماعي).

التعريف الإجرائي للخصائص الإجتماعية: تعتبر هذه الخاصية من أهم الخصائص التي تميز الطفل التوحدي وهذا نتيجة أن هؤلاء الفئة قليلو التفاعل الإجتماعي أو انعدامه في بعض الأحيان وغالبا ما يوصفون على أنهم منعزلون أو مفصولين أو في عالم خاص بهم وهذه الخاصية تفسر حالتهم الإجتماعية ، ويتصف أطفال التوحد بتأخر النمو الإجتماعي منذ الصغر حيث يلاحظ أنهم لا يطورون علاقة إرتباط مع والديهم وخاصة أمهاتهم.

الدراسات السابقة:

1/ دراسة عادل جاسب شبيب، سنة: 2008، بعنوان: ما الخصائص النفسية والإجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة :

1. الخصائص النفسية للأطفال المصابين بالتوحد, ومن تلك الخصائص: (القلق , الانطواء الانعزال , الاضطرابات السلوكية , اكتساب المهارات , النمو...), الخصائص الإجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد (التواصل والعلاقات مع الآخرين), الخصائص العقلية للأطفال المصابين بالتوحد (مستوى النمو العقلي والمعرفي) , وكل هذه الخصائص أراد الباحث أن يعرفها من وجهة نظر الآباء. اقتصرت هذه الدراسة على طفلين مصابين بالتوحد , استخدم الباحث أسلوب المقابلة لجمع البيانات عن الحالة من قبل الوالدين , ومن أهم نتائج هذه الدراسة, من خلال تطبيق المقابلة وجد الباحث بأن هناك معرفة عند الآباء لتلك الخصائص بالنسبة لطفل الثاني أكثر من تلك المعرفة التي يمتلكها والدي الطفل الأول, أما بالنسبة للفرض الثاني كانت النتائج تكاد تكون مقاربة للفرض الذي وضعه الباحث حيث وجد بأن الخصائص قد تكون معروفة لدى الآباء ولكن عدم معرفتهم بخصوصية تلك الخصائص ومدى تأثيرها على سلوك الابن يؤثر على تعاملهم وعلاقتهم بالطفل وبالتالي يؤثر على علاج وتأهيل الطفل. كما يعتقد الباحث بأن تصرف الأب مع ابنه يعكس عدم الفهم الحقيقي للخصائص وأعراض المرض, كما انه قد فسر الفرض الثالث القائم على إثبات ما إذا كان يقوم الوالدين بإخفاء الخصائص لهذا الطفل خوفا من التشخيص, فلم يجد الباحث عملية إخفاء متعمدة لأي خاصية من الخصائص الثلاث التي عمل على معرفتها من قبل والدي الطفل المصاب خوفا من التشخيص.

2/ دراسة محسن محمود احمد الكيكي , 2011, بعنوان: المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معدي الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم , وكان هذه الدراسة قائمة على هدفين, وهما, الأول التعرف على المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم, والهدف الثاني, هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر (آبائهم وأمهاتهم). وعينة الدراسة كانت متكونة من (46) أبا وأما لأطفال التوحد في معدي الغسق وسارة, والأداة التي استعمله الباحث كانت استبيان استطلاعي, ومن أهم نتائجها , وجود العديد من المظاهر السلوكية عند أطفال

التوحد من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر (آبائهم - أمهاتهم).

3/- دراسة عمر بن الخطاب خليل (1994): بعنوان: خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الأوتيسية) (على اختبار إيزنك لشخصية الأطفال) هدفت الدراسة إلى التعرف على خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية على اختبار إيزنك لشخصية الأطفال تكونت عينة الدراسة من مجموعتين: الأولى مجموعة الأطفال المصابين بالتوحدية، وكان عددهم خمس وعشرون متوسط أعمارهم 2, 6 سنوات، أما المجموعة الثانية كانت أطفال الأسوياء، وكان عددهم خمس وعشرون طفلاً وطفلة كما استعمل أداة الدراسة المستخدمة هي اختبار لشخصية الأطفال وقيس بعد الإنطوائية- الإنبساطية- العصابية وقد تم استخدام إختبار: "ت" Test, وقد أظهرت النتائج صدق الفرضين اللذين افترضهما الباحث حيث كان الأطفال الأسوياء أكثر انبساطية من الأطفال المصابين بالتوحدية، كما اتضح بأن من النتائج بأن الأطفال المصابين بالتوحد أكثر عصابية من أقرانهم الأسوياء.

التعليق على الدراسات السابقة: تتفق الدراسات السابقة على أن هناك خصائص نفسية

و إجتماعية يتميز بها الطفل التوحدي (القلق, الإنطواء, الإنعزل, والتواصل الإجتماعي). كما أن هناك أهمية كبيرة في معرفة الأولياء لهذه الخصائص وعدم معرفتهم لهذه الخصائص يؤثر على تعاملهم مع ابنهم التوحدي.

الجانب النظري

الجانب النظري

الفصل الثاني: التوحد

تمهيد

- 1 - البدايات التاريخية للتوحد.
- 2 - تعريف التوحد.
- 3 - نسبة إنتشار التوحد.
- 4 - النظريات المفسرة للتوحد.
- 5 - خصائص التوحد.
- 6 - أسباب التوحد.
- 7 - أنواع التوحد.
- 8 - العلامات المبكرة للتوحد.
- 9 - تشخيص التوحد.
- 10 - التكفل بالطفل التوحد.

تمهيد:

من أهم القضايا في حياة الفرد أن يكون بصحة جيدة، ولكن وللأسف هناك العديد من الإعاقات التي تصيب البشرية بوجه عام تؤدي لعرقلة المسيرة النمائية والتطور في المجتمع، ومن هنا نتطرق للإصابة بإضطراب التوحد وهو إحدى الإضطرابات الإرتقائية حيث تأثرها لا يقتصر على جانب واحد فقط من شخصيته وإنما يتسع ليشمل جوانب مختلفة منها الجانب المعرفي والجانب الإجتماعي والجانب اللغوي والجانب الإنفعالي مما يؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر عام في العملية الإرتقائية بأسرها.

ويعتبر التوحد خلل في تفاعل الطفل مع بيئته الإجتماعية مما يجعله الإضطراب الأكثر صعوبة على الطفل وأسرته، ويبدو الطفل التوحدي راض عن نفسه، كما أنه لا تبدو عليه السعادة حين رؤية والديه أو أحد آخر، كما أنه لا يبدي أي تفاعل عند بعض المواقف.

1- البدايات التاريخية لدراسة التوحد :

يعتبر " ليو كانر " Leo Kanner أول من أشار إلى الذاتية " التوحد " كأضطراب يحدث في الطفولة. و قد كان ذلك عام 1943 . حدث ذلك حين كان " كانر " يقوم بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقلياً بجامعة هارفارد بالولايات المتحدة الأمريكية . و لفت إهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنفيين على أنهم متخلفين. حيث لاحظ إستغراقهم المستمر في إنغلاق كامل على الذات , و التفكير المتميز بالإجتراح الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس , و تبعدهم عن الواقعية . بل و عن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد , حتى لو كانوا أبويه أو إخوته فهم دائمو الإنطواء و العزلة , لا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم التي أصبحت في حالة انغلاق

تام , بحيث يصبح هناك استحالة لتكوين علاقة مع أي ممن حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال , و حتى المتخلفين عقلياً منهم .

و منذ عام 1943 م استخدمت تسميات كثيرة و مختلفة – كما سنشير إلى ذلك في

محاولات تعريف هذا الإضطراب – من هذه التسميات على سبيل المثال لا الحصر فُصام

الطفولة المبكر Early Infant Autism أو إجترارية الطفولة المبكرة Early Childhood

Autism ، ذهان الطفولة Childre psychosis ، النمو غير السوي (الشاذ) Atypical

Development (و هو لفظ يستخدم أحياناً ليميز فصام الطفولة أو التوحد الطفولي المبكرة)

نمو " أنا " غير سوى Atypical Ego Development . (رائد خليل العبادي, 2006, ص15).

و يرى بعض الباحثين (انظر على سبيل المثال : يوسف القريوتي و آخرون , أن

هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح " إعاقة التوحد " في البداية في ميدان الطب

النفسي عندما عُرِفَ الفصام , خاصة الفصام في مرحلة الطفولة أو فصام الطفولة

Childhood Schizophrenia و في ذلك الوقت كان يستخدم مصطلح الذاتوية

" إضطراب التوحد " كوصفٍ لصفة الانسحاب لدى الفصاميين . ثم بعد ذلك أصبح يستخدم

كاسم للدلالة على اضطراب الذاتوية بأكمله .

و على الرغم من أن " كانر " قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال و قام

بتصنيفها على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإِ اضطراب و أعراضها التي تميزها عن

غيرها من الإِ اضطرابات – في عقد الأربعينيات – فإن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها

مصطلح " الأوتيزم " أو " التوحد " أو " الاجترار " في اللغة العربية , لم يتم إلا في عقد

الستينيات حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي , و ذلك

وفق ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية (DSM2)

و لم يتم الاعتراف بخطأ هذا التصنيف إلا في عام 1980 حينما نشرت الطبعة الثالثة

المعدلة (DSM3) R , و التي فرقت بوضوح بين "الفصام و " إضطراب التوحد" ليست مجرد

حالة مبكرة من الفصام . و ربما يرجع هذا الخلط إلى وجود بعض الأعراض المشتركة مثل

الإنطواء و الانكفاء على الذات , و الانعزالية و لكن الواقع أن الإختلاف في الأعراض أكثر من التشابه بينها ... ذلك أن حالات الذاتوية " إضطراب التوحد " تخلو تماماً من أعراض الهلوسة أو الضلالات. كما توجد فروق واضحة تتميز بها الذاتوية " إضطراب التوحد " فهي أكثر حدوثاً في الذكور عن الإناث و بدء ظهور الأعراض في الطفولة المبكرة و مصاحبته لحالات الصرع أو التخلف العقلي ، و هي أعراض لا نجدها بين من يعانون من الفصام و مع أنه في حالات الفصام الذي تلعب الوراثة دوراً كبيراً فيه غالباً ما يتكرر ظهوره في أفراد أخرى في الأسرة فإنه يبدو حتى الآن على الأقل - أن " إضطراب التوحد " ليست لها علاقة مؤكدة بالوراثة ، حيث أنها ظهرت في أسر لم تكن قد ظهرت فيها حالات مشابهة من قبل .

لقد كان يعتقد أن فقدان التفاعل الاجتماعي و العزلة التي يظهرها الأطفال الذين يعانون من " إضطراب التوحد " أنها دليل على العلاقة المرضية الشديدة بين الطفل و أمه و إلى الإتجاهات السليمة من الوالدين تجاهه , و لذلك فقد استخدمت مصطلحات و تسميات للدلالة على هذا الإضطراب مثل الإضطراب الإنفعالي الشديد، النقص في نمو الأنا، فصام الطفولة و غيرها و بناءً عليه فإن والدي الأطفال الإجتزاريين " التوحديين " كانوا يلامون و يوصمون سلبياً على اعتبار أنهم السبب الأول لاضطراب أبنائهم. و وصفت نتائج الدراسات في هذا الصدد أمهات هؤلاء الأطفال بأن عواطفهن جامدة و أنهن أمهات لا يغذين أطفالهن و وصف الآباء بأنهم متشددون و حازمون و كنتيجة مترتبة على هذه النظرة , فإن البحوث قد توجهت لدراسة صفات و خصائص الأطفال الإجتزاريين و ذلك من أجل ربط مثل هذه الخصائص بوجود الأوتوس (إضطراب التوحد) .

و في عام 1975 عندما روجع تعريف الولايات المتحدة الأمريكية عن الإضطرابات النمائية فإن " إضطراب التوحد " ضم إلى تلك الإضطرابات ، و في عام 1980 عندما روجع النظام الفيدرالي مرة أخرى . فإن إضطراب التوحد أخرج من تصنيف الإضطرابات الإنفعالية الشديدة , و قد حدث هذا التغيير بسبب الخلط القديم بين الأوتوسية (الذاتوية " إضطراب التوحد ") و علاقتها بالأمراض العقلية , كما أن الدليل التشخيصي و الإحصائي

للأمراض العقلية (DSM) الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (A P A) قد عرف " إضطراب التوحد " على أنه إضطراب نمائي و ليس إنفعالي.

2/- مفهوم التوحد:

لغة: - تعود كلمة "التوحد" إلى أصل إغريقي هي كلمة " أوتوس " Autos وتعني الذات و التوحد "Autism" معناها الانغلاق والانعزال على الذات . وتعبّر في مجملها عن حال من الاضطراب النمائي الذي يصيب الأطفال. (طارق عامر ، 2008 :ص 19).

اصطلاحاً: التوحد هو أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق

تواصلهم الاجتماعي واللفظي وغير اللفظي كما تعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلاتهم

الاجتماعية المتبادلة ويظهر هذا الاضطراب خلال الثلاث السنوات الأولى من عمر الطفل

وتكون أعراضه واضحة تماماً في الثلاثين شهراً من عمر الطفل الذي يبدأ في تطوير

سلوكيات شاذة وأنماط متكررة والانطواء على الذات ، ويمكن أن تظهر أعراض التوحد كل

على حدا أو ممزوجة مع ظروف أو اضطرابات أخرى

عرفته الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية: الإضطراب التوحدي على أنه

فقدان القدرة على التحسين في النمو مؤثراً بذلك على الاتصالات اللفظية والغير لفظية

والتفاعل الإجتماعي وهو عادة يظهر في سن قبل ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على

الأداء في التعليم وفي بعض الحالات التوحد به تكون مرتبطة بتكرار مقاطع معينة ويظهر

هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير روتين يومي وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي

خبرات جديدة.

تعريف مايكل "Michael" يعرف التوحد على أنه نوع من الإضطراب (التطورية النمائية)

والذي يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل حيث ينتج هذا الإضطراب عن

خلل في الجهاز العصبي، يؤثر بدوره على وظائف المخ وبالتالي على مختلف نواحي النمو

فيؤدي إلى قصور في التفاعل الإجتماعي والاتصال سواء كان لفظيا أم غير لفظي. وما يميز هؤلاء الأطفال من أي تغير يحدث بينهم , كما يظهرون تكرار حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة . (بهي خولة أحمد, 2000, ص18) .

تعريف روتر 1978 Rutter: حدد روتر ثلاث خصائص رئيسية للتوحد

✓ إعاقة في العلاقات الإجتماعية.

✓ نمو لغوي متأخر أو منحرف.

✓ سلوط طقوسي واستحواذي أو الإصرار على التماثل. (رائد خليل العبادي ص13).

وعرفه المعهد القومي للصحة العقلية (PIMH , 1998): التوحدية هي تشويش عقلي يؤثر على قدرة الأفراد على الإتصال, وإقامة علاقات مع الآخرين والاستجابة بطريقة غير مناسبة مع البيئة المحيطة بهم , وبعض التوحديين قد يكونون متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي أو بكم أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي وبعضهم يبدون متعلقين أو محصورين داخل أنماط سلوكية متكررة ونماذج تفكير جامدة, وأكثر هؤلاء يواجهون مشكلات اجتماعية ومشكلات حسية تتصل بالإدراك ومشكلات اتصالية وكل هذه المشكلات تؤثر على سلوكهم وبالتالي على قدرتهم على التعلم ومن ثم قدرتهم على التكيف مع الحياة. (سهى أحمد أمين نصر, 2002, ص 18).

ويشير "ارونر" و"جيتينز" (Aarons & Gittens) 1992 إلى وجود مجموعة من

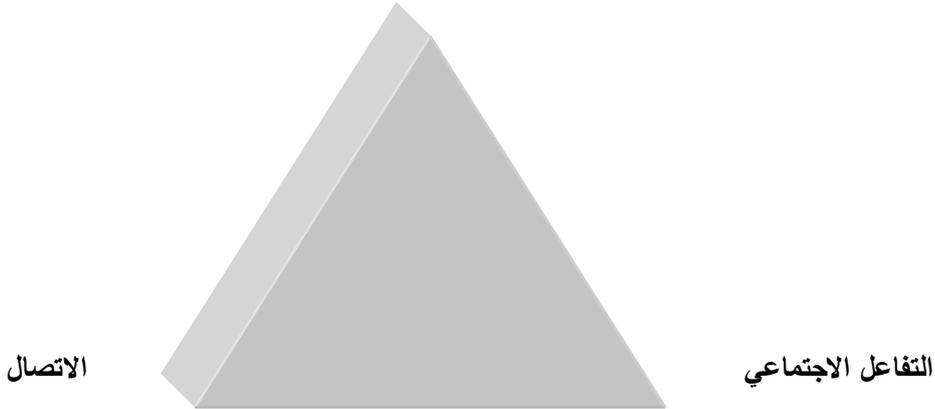
الإضطرابات المصاحبة للتوحد والتي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهرا تتمثل في اضطرابات في الاستجابة الحسية للمثيرات واضطرابات في الكلام واللغة والسعة المعرفية واضطراب في التعلق بالأشخاص أو بالأشياء أو الأحداث أو الموضوعات. (وليد السيد خليفة, ربيع شكري سلامة, 2010, ص23).

و استندت معايير تعريف وتشخيص التوحد, على خصائص سلوكية معينة تظهر لدى الفرد في ثلاثة مجالات رئيسية, وتذكر وينج (Wing-1992) بأنها المعايير التي من المحتمل أن تكون الأكثر قبولاً عالمياً وهي:

- إعاقات في التفاعل الإجتماعي. Impairments in Socialization
- إعاقات في الإتصال الإجتماعي. Impairments in Ccommunication
- إعاقات في التخيل. Impairments in Imagination

وتعرف هذه الخصائص الثلاثة بشكل مجتمع باسم "ثالث الإعاقات" كما يوضحه الشكل وبما أن التوحد اضطراب نمائي تطوري, تتنوع مظاهره السلوكية حسب العمر والقدرة ومع ذلك فإن خصائصه الثلاثة (إعاقات في التفاعل الإجتماعي والاتصال والتخيل) تكون موجودة بأشكال مختلفة في جميع مراحل النمو.

التخيل



الشكل (1): يوضح ثالث الإعاقات (محمد صالح الإمام وآخرون, 2010, ص21, 22).

منذ إكتشافه لأول مرة في عام 1943, اعتبر التوحد "إضطراباً نادراً", ولعدة سنوات, دلت أكثر الإحصائيات على أن التوحد يصيب من 4 - 5 من كل 10.000 حالة ولادة, وتم الحصر على أن إنتشاره لدى الفتيات. (محمد صالح, 2010, ص78 79).

3/ نسبة إنتشاره

نتيجة الإهتمام المتزايد لهذا الاضطراب ونتيجة ظهور أكثر من أداة للتشخيص والتقييم لحالات التوحد, فإن هناك اتفاق على نسبة ظهور هذا الاضطراب أخذ في التزايد فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن النسبة تصل إلى " 20/15 حاله 10000 لكل حاله ولادة حية. (Bryna.1996.p 201)

كما بينت بعض الدراسات أن نسبة الأطفال الذين يعانون من التوحد تصل من 10%

80% وهؤلاء يظهرون شذوذا في جهاز رسم المخ الكهربائي, وهذا الشذوذ لدى البنين

والبنات ولا توجد فروق دالة بينهم مما يشير إلى خلل في الدماغ الأوسط Midbrain والذي يتكون من مراكز التنشيط الشبكي Reticular ويلعب دورا خاصا في الإنتباه للمثيرات البصرية والسمعية علاوة على التحكم في حركة العين والتآزر والتوازن وضبط الشعور والوعي والنوم واليقظة وتنظيم ضربات القلب والتنفس.

وهناك دلائل كثيرة على أن مدى إنتشار التوحد يأخذ في التزايد وأشارت دراسات عديدة إلى أن الذكور البكر هم أكثر عرضة للإصابة ولا يعرف سبب ذلك حتى الآن. (القمش و المعاينة 2006, ص296).

وقد أشار معهد أبحاث التوحد (Institute Autism Research, 14.NoM:2,2000) إلى زيادة حالات التوحد بشكل كبير, كما أصدر مركز الأبحاث في جامعة كامبرج تقريرا بازدياد نسبة حالات التوحد حيث أصبحت (75) حالة في كل (10.000) من عمر (5-11) سنة وهي نسبة أكبر بكثير من النسبة التي يعتقدها كثير من المختصين وهي (5) حالات في كل (10.000). (قحطان أحمد الظاهر, 2009, ص33).

ومن ناحية أخرى فإنه يظهر لدى الذكور أكثر من الإناث وتصل النسبة (4/1) ولكن يظهر في الغالب بدرجات شديدة لدى الإناث ويكون مصحوبا بتأخر عقلي شديد وفي هذه الحالة تصبح النسبة (2/1) أنثى مقابل ذكران, وليس الذكر كالأنثى فالبنات يتطلبن فحصا نيورولوجيا دقيقا أكثر من الأولاد في التعرض للإضطرابات الإرتقائية بشكل عام والاضطراب التوحدي بشكل خاص, يظهر التوحد في مختلف الطبقات الإجتماعية والمستويات الثقافية والعرقية. (Bowley, 1972, 66)

ولكن بالرغم من ذلك فإن هناك شبه إتفاق بين نتائج معظم الدراسات على أن معدل إنتشار الإصابة بالتوحد تتراوح ما بين 4 الى 5 حالات في كل 10.000 ولادة حية وأن هذه النسبة تظهر في الذكور أكثر من الإناث بمعدل (1الى4) وأنه موجود في جميع المستويات الاجتماعية والجنسيات المختلفة دون تفرقة. (محمد السيد عبد الرحمان وآخرون, 2005,ص49).

4- نظريات التوحد:

لا توجد نظرية واحدة يتفق عليها المختصون في تفسير حدوث حالات التوحد إذ لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت في هذا الجانب إلى نتيجة قطيعة حول السبب المباشر للتوحد. وهناك العديد من النظريات التي فسرت حدوث التوحد وأشهرها:

1_ النظرية السيكلوجية: وهي من أشهر وأقدم النظريات التي فسرت حالات التوحد والتي بدأها كانر والتي تفسر التوحد على أنه حالة من الهرب والعزلة من واقع مؤلم يعيشه الطفل نتيجة للجمود والفتور واللامبالاة في العلاقة بين الأم وابنها والتي قد تكون نتيجة للعلاقات بينها وبين زوجها, ويمكن أن يكون ذلك في فترة الحمل من خلال عدم حمل الأم أي مشاعر و انفعالات نحو جنينها الأمر الذي يفضي إلى ولادة طفل مصاب بالتوحد. وتعد هذه العلاقة مريضة لا يتخللها الحب والحنان. لذلك فإن السلوكات التي تصدر من الطفل هي بمثابة

وسيلة دفاع لرفضه عاطفياً. لذلك النشأة الأولى التي عاشها الطفل هي السبب الرئيسي لحالة الواحد حسب هذه النظرية.

وقد ربطت طلال (Tallal, 1996) بين الحمل المتوتر ومشكلات الطفل اللغوية. وإن الإستعداد للتعلم يبدأ بمرحلة الحمل.

على أية حال , لقد لاقت هذه النظرية رفضاً من قبل الكثير من المهتمين في هذا الشأن وأشهرهم ريملاندر (Rimland) الذي رد على بتلهاميم (bettelhiem) الذي يعد من أشهر المؤيدين لهذه النظرية بعدة نقاط من أهمها :

- من الواضح أن بعض الأطفال المصابين بالتوحد مولودون لآباء لا تنطبق عليهم أنماط الشخصية المرضية الأبوية التوحيدية.
- الأطفال المصابون بالتوحد من الناحية السيكلوجية غير إعتياديين منذ لحظة الميلاد.
- إن نسبة الإصابة للذكور يفوق الإناث بثلاثة أو أربعة أضعاف, وتكاد تكون هذه النسبة ثابتة.
- غالباً ما يكون أخوة الأطفال المصابين بالتوحد طبيعيين إلا في بعض الحالات النادرة
- هناك أطفال طبيعيين غير مصابين بالتوحد ينطبق عليهم وصف المورثين جينيا.

2_ النظرية البيوكيميائية: إن الخلل الكيميائي في الدماغ قد يؤثر في الأداء الوظيفي لأجزاء من المخ كالفصين الصدغي والأمامي وكذلك جذع المخ والمخيخ.

ويعد السيروتونين (serotonin) من النواقل العصبية المهمة في الجهاز العصبي المركزي الذي يتمركز في وسط الدماغ, ويتحكم في العديد من الوظائف والعمليات السلوكية بما فيها من إفرازات الهرمونات والنوم وحرارة الجسم والذاكرة والسلوك النمطي وقد عمل

المختصون على فحص مستوى هذا الناقل بفحص السائل المخ شوكي ومستويات السيروتونين في الدم.

والسيروتونين ينشأ في الدم من جدران الأحشاء أو القناة الهضمية كالأمعاء ويخزن على شكل صفيحات إثناء الدوران حيث يتم هدمه من خلال عملية الأيض بواسطة انزيمات خاصة بعد امتصاصها في الكبد.

ولكن عندما يكون هناك مشكلات في عملية الأيض يترسب بكميات أعلى في الدم أو البول لدى التوحديين.

كما أن الدوبامين (Dopamine) يلعب دورا في التوحد، وهذا يتشكل من الحامض الأميني الفينيلانين (Phenylalanine) ، ويتركز كذلك في الدماغ الأوسط وإذا زادت كميته فهو يلعب دورا في السلوكيات التوحدية مثل الطقوسية والنمطية والنشاط الزائد. إن السيروتونين و الدوبامين هي مواد كيميائية أشبه بالسماعة التي تثبت إلى مناطق واسعة من الدماغ وهي التي تولد السلوكيات التي تظهر في غرفة الصف كالانتباه والتوتر أو النعاس.

3_ الدراسات العصبية: قد يرتبط التوحد بإضطراب دماغي ناشئ من أصل عصبي أي إضطراب في المنظومة العصبية للمخ وخاصة المتعلقة بالفص الصدغي والمخيخ.

فقد أظهرت بعض الاختبارات التصويرية للدماغ إلى وجود إختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ، كما توجد فروق في المخيخ إذا ما قورن بين الأطفال الإعتياديين والأطفال المصابين بالتوحد إذ وجد العلماء ضمور في المخيخ ليصل إلى (13%) عند التوحديين وخاصة في خلايا بوركنجي (Purkinge)

بينما لم يظهر فرق في حجم الفص الجبهي على عينة مقدارها (23) طفلا مصابا بالتوحد والأطفال الذين ليس لديهم توحد.

وتوصل كل من باومان وكامبر (Bauman & Kamper) إلى أن وزن الدماغ لدى الأطفال المصابين بالتوحد أكثر وزنا من أدمغة أقرانهم الآخرين في مرحلة الطفولة , ثم يكون أقل وزنا في مرحلة البلوغ , كما أن هناك خلايا موجودة في المخيخ إذ يكون نموها غير طبيعي فإما يكون نقص في نموها أو فرط في نموها الأمر الذي يؤثر في وظائف المخيخ .

أشار جيلبيرج (1996) إلى دراسات بينت وجود اضطراب في وظائف المخ, وذلك ما أظهره التصوير الطبقي المحوري بالكمبيوتر حيث وجد تغيرات في الفصوص الصدغية وحول بطينات المخ مما يؤدي إلى ظهور سلوكيات غير طبيعية, كما ظهر أن واحدا من إثنين لديهم تخطيط دماغي كهربائي (EEG) غير عادي.

بينما ذكر باجافالير وميرجيريان (Bachavalier & Merjarian, 1994) أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم خلايا في الجهاز العصبي الطرفي يؤثر في سلوكياتهم الاجتماعية والعاطفية والتعلم والذاكرة. وأشار كوهين وبولتون (2000) أن درجة تركيز حامض الهوموفانيليك (Homovanilic Acid) أكثر ارتفاعا في السائل المخي المنتشر بين أنسجة المخ والنخاع الشوكي في حالات التوحد قياسا بالأسوياء.

الدراسات الجينية: هناك من الدراسات والبحوث التي ربطت بين الخلل الكروموسومي وحالات التوحد, ولكن لم يتفقوا على كروموسوم واحد, فهناك من ربط بين الكروموسوم الثاني وحالات التوحد لاعتقادهم بوجود علاقة بينه واضطرابات النطق.

فقد توصل بونورا وآخرون (Bonora , et al, 2005) من خلال دراسات عديدة إلى وجود دلائل على أن الكروموسوم السابع هو الذي يسبب حالات توحد.

وذكر بايلي وآخرون (Bailey , al, 1995) وجود علاقة محددة بين الخلل في الكروموسوم (X) وبعض حالات التوحد المقترن بالتخلف العقلي.

وتسهم الوراثة كسبب من الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد حيث أشارت الدراسات أن حالات التوحد بين التوائم المتطابقة أكثر من التوائم الأخوية، وتوصلت إلى أن نسبة حدوث الاضطراب بلغ (95,7%) بين التوائم المتطابقة و(23%) بين التوائم الأخوية.

4- دراسات الإضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة : أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب إلى أن الاضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة قد تكون إحدى الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد كالإصابة بالحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل وخاصة خلال الأشهر الثلاثة الأولى، نقص الأوكسجين، حالات النزيف التي تصيب الأم وخاصة بين الشهر الرابع والشهر الثامن، استخدام عقاقير طبية وخاصة المضادات الحيوية، أو إصابة الأم بالحصبة الألمانية، والولادة المبكرة، والعملية القيصرية، والحوادث والصدمات وعمر الأم عند حمل الطفل.

وقد أشارت الراوي وحمام (1999) اعتمادا على دراسات أن الحوادث والصدمات البيئية المختلفة التي تصيب الرأس وما ينتج عنها من خلل في الجهاز العصبي المركزي قد تؤدي إلى حدوث حالات التوحد , كما ذكرت الباحثتان دراسة اريكسون التي توصلت إلى أن الولادة العسرة تزيد من احتمالية حدوث التوحد.

5_الدراسات الغذائية: قد تكون بعض الأطعمة التي تسبب الحساسية لها علاقة بأعراض التوحد، وعدم التوازن الغذائي يساعد أسباب أخرى تؤدي إلى ظهور أعراض التوحد كترسب مواد الزئبق والرصاص والزنك أو الخلل الوظيفي في جهاز الكبد يسبب التسمم الذي يؤدي إلى عدم قدرة الكبد على تنقية السموم، أو عدم التوازن في الكيمياء الحيوية في الجسم.

وقد يرتبط التوحد بعدم قدرة الطفل على هضم مادتي الجلوتين (الغروين) (Glutin) ويوجد في الشوفان والشعير والحنطة والكاسين (الجبين) (Casein) ويوجد في الحليب

ومشتقاته لتصبح ذات تأثير مخدر كالافيون إذ يتحول الأول إلى الكاسومورفين والثاني إلى الجلوتومورفين وهما ذات مفعول مخدر, لأن الطفل المصاب بالتوحد لا يستطيع هضم هذا المواد في عملية الإستقلاب فيؤدي ذلك إلى ظهور سلوكيات توحدية.

وقد ترتبط بظهور أعراض مثل الشعور بالألم وحركة زائدة ثم خمول,سلوكيات شاذة غير مقبولة إجتماعيا شرود الذهن, إضطرابات في النوم.

6_نظرية العقل: تتلخص هذه النظرية بقصور الطفل بالتوحد في الجانب المعرفي

الاجتماعي الذي يتنبأ بمعرفة البناء النفسي للآخرين كمعتقداتهم, وهذا يحمل في طياته عدم اكتمال تطور الأفكار في العقل, بحيث لا يستطيع الطفل المصاب بالتوحد من قراءة مشاعر وأفكار الآخرين, ويحل المشكلات التي تواجهه في المواقف الاجتماعية.ويمكن أن نعبر عنها بأنها التقولب المعرفي الذاتي دون مراعاة لأفكار ومشاعر الآخرين ان هذه النظرية تتلائم مع أعراض الأطفال الكبار والراشدين المصابين بالتوحد.

كما أن القصور في التواصل اللغوي هي مسألة ثانوية أساسها أو هي نتيجة للسبب الرئيسي وهو القصور المعرفي الاجتماعي. (قحطان أحمد الظاهر, 2009, ص ص 91-83)

5- خصائص التوحد:

إن الأفراد ذوي إضطراب التوحد فئة غير متجانسة من ناحيتي الخصائص والصفات وربما يكون الإختلاف بين فرد وآخر من ذوي إضطراب التوحد أكبر من التشابه, ولكن هذا لا يعني عدم وجود خصائص عامة يتشابه فيها الأفراد اللذين تم تشخيصهم بإضطراب التوحد. كما أن هناك عدد من الخصائص العامة التي تميز أفراد هذه الفئة وتساعد على تشخيصهم.

الخصائص السلوكية: بداية عند المقارنة بين سلوك التوحد وغير التوحد نجد أن المتوحد يتصف بمحدودية السلوكيات وسذاجتها والقصور الواضح في التفاعل مع المتغيرات البيئية بشكل سليم وناضح, فضلا عن أنها تبتعد عن التعقيد. (قحطان أحمد الظاهر, 2009, ص45).

ومن أبرز سلوكيات المتوحدين:

- يظهر الطفل سلوكيات لا إرادية ررفة اليدين, هز الجسم ذهابا وإيابا.
 - يظهر الطفل قصورا واضحا في دافعيته إزاء المثيرات الموجودة في البيئة المحيطة.
 - يميل التوحديين إلى انتقاء مثير محدد بصورة مفرطة.
 - يفضل التوحديين أن تسيّر الأمور على نمط محدد دون تغيير, ويشعرون بقلق زائد إزاء أي تغيير.
 - السلوك العدواني, ويظهر لدى التوحديين بطريقة تلحق الأذى والضرر بأنفسهم.
 - إضطرابات الأكل, كما يرفضون مضغ الطعام الصلب ولديهم حساسية زائدة للتكوين أو الطعم أو الرائحة.
 - إضطرابات الإخراج, كالتبول اللاإرادي.
 - إضطرابات النمو, من أشكاله هز الرأس, مص الإبهام, حركات الأصابع, هز الجسم التلويح باليد, الصراخ والقهقهة والتصفيق والحملقة في الفراغ, والدوران في المكان نفسه.
- ويستغل الطفل التوحد حواسه في تكرار السلوك النمطي, ومن أمثلة ذلك:
- حاسة الإبصار: مثل التحديق في شيء ورعشة العين المتكررة وتحريك الأصابع أمام العينين والنظر باستمرار وصمت في الفضاء.
1. حاسة السمع: طقطقة الأصابع, إحداث صوت معين باستمرار, سد الأذن بالأصبع.

2. حاسة اللمس: الحك, مسح الجسم باليد.

3. حاسة التذوق: عض القلم أو ما شابه باستمرار, وضع الأصبع في الفم ولحس الأشياء.

4. حاسة الشم: شم الناس. (مصطفى, الشربيني, 2011, ص73-83)

الخصائص الإجتماعية: الاضطراب الأساسي الذي يعاني منه الطفل التوحد يتركز في قصور علاقاته الإجتماعية مع الآخرين, يمكن أن نوجز أهم النقاط فيما يلي:

- النمو الاجتماعي: من حيث التواصل البصري, كذلك العجز عن فهم الطبيعة التبادلية في مواقف التفاعل الاجتماعي, وعجزه عن فهم وتحليل مشاعر الآخرين من خلال السلوك غير اللفظي.

- التواصل الإجتماعي: مصحوب بقلّة الإنتباه وعدم التفاعل الإجتماعي داخل المحيط الأسري.

- الرغبة في تكوين صداقات: وتكون مبنية على المشاركة في نشاط معين يستحوذ على إهتمام التوحد.

- العزلة الإجتماعية: يظهر في العجز عن تكوين علاقات مع المحيط وعدم الإستجابة الانفعالية مما نجدهم يتصرفون وكأنهم في عالم خاص في التواصل البصري.

- العلاقة الوسيلية مقابل العلاقة التعبيرية: أي أن التوحد يتخذ من الآخرين وسيلة لتنفيذ ما يريد في غياب اللغة الكلامية.

- اللعب: بحيث يظهر التوحد اللعب التنظيمي كصف الأشياء في صفوف, كما يتسم بقصور في اللعب الخيالي. (مصطفى, الشربيني, 2011, ص85-89).

الخصائص اللغوية: فقد يتصف هؤلاء الأطفال في أنهم لا يستخدمون اللغة المنطوقة وغير المنطوقة, وإن تكلموا فغالبا ما يرددون ما يقال دون فهم وهذا ما يسمى بالبيغائية. كما يتأخر النمو اللغوي لهؤلاء الأطفال في سن الثالثة.

وفيما يلي نوجز أهم الخصائص اللغوية لدى التوحديين:

- في بداية تعلمه فإنه يتعلم لغة الأشياء ولكن ذلك يكون محدودا, باستثناء ذوو الأداء العالي فيمكنهم تطوير مفردات كثيرة واستخدامها في الحديث.

- يعاني التوحدي من صعوبات في النطق ناتجة عن تأخر التطور الذهني لديهم.

- يلاحظ على أن لغة التوحدي تنمو ببطء وفي أغلب الأحيان يستخدم الإشارات بدل الكلمات.

- يستخدمون كلمات خاصة بهم: حيث يستخدمونها للدلالة على أشياء معينة.

- قلب الضمائر فيستخدم ضمير أنت بدلا من أن والعكس.

- المصاداة Echolalia ترديد الكلام حيث تعتبر من أكثر السمات الغوية شيوعا في التوحد.

- الإستخدام المتقطع للغة, حيث أنهم يمتلكون رصيذا كبيرا من الكلمات لكن لا يملكون القدرة على إستخدامها في محادثات ذات معنى. (قحطان الظاهر, 2008, ص52).

6/- أسباب التوحد:

هناك أسباب متعددة لحدوث الإضطراب ولا يمكن الإعتماد على أحد هذه الأسباب

بشكل قاطع وعملي, وقد تتداخل العديد من الأسباب في حدوث هذا الإضطراب وما توصلت

إليه بعض الدراسات ما يلي:

1/ عوامل جينية: أثبتت بعض الدراسات الحديثة أن هناك إرتباط بين التوحد وشدوذ الكروموزومات وأوضحت هذه الدراسات أن هناك إتصالات إرتباطية وراثية مع التوحد فقط وهذا الكروموزوم يسمى Fragile x Syndrome ويعتبر Fragile شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلي وأيضا له دور أساسي في حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الزائد والإنفجرات العنيفة والسلوك الأناني, ويظهر عند الفرد الذي لديه كرموزوم x.f تأخر لغوي شديد وتأخر في النمو الحركي ومهارات حسية فقيرة.

وهذا الكروموزوم يكون شائع بين البنين أكثر من البنات, ويؤثر هذا الكروموزوم في حوالي 7 إلى 10% من حالات التوحدية.

2/ عوامل بيولوجية: و تنحصر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة وأثناءها أو بعدها, ونعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل نقص الأكسجين_استخدام آلة...الخ أو عوامل بيئية أخرى وهي تعرض الأم للنزيف قبل الولادة أو تعرضها لحادثة أو كبر سن الأم, كل هذه العوامل قد تكون سبب متداخل في حالة التوحدية.

3/ عوامل نيروولوجية: أثبتت بعض الدراسات أن هناك إرتباط بين بعض الحالات التوحدية والتغير في كيمائية الدم لدى هؤلاء الأطفال

4/ أثبتت دراسات أخرى حديثة أن هناك جزءا من المخ يتأثر في التكوين وأوضحت هذه الدراسات أن هناك إختلافات في جزء في المخ لدى الأطفال التوحديين عن غيرهم من الأطفال العاديين, وهذا ما أشارت إليه دراسة Waterhose أن هناك شدوذ لدى الطفل التوحدي على جهاز رسم المخ الكهربائي والتي توصلت إلى حوالي 10% إلى 80% من الأطفال التوحديين غالبا ما يظهرون شدوذ في جهاز رسم المخ الكهربائي, وهذا الشدوذ يشير

إلى فشل في التجنب المخي، والإستجابة السمعية مستثارة من جزع المخ لدى الأطفال التوحديين.

5/ عوامل ترجع إلى متغير الجنس: دراسة Triston Smith 96 الفروق الجنسية بين البنين والبنات في معدل الإصابة ومداهما وقد توصلت الدراسة إلى الآتي:

- 1) البنات التوحيديات أقل من الأولاد في الإصابة بالاضطرابات الإرتقائية بشكل عام والاضطراب التوحيدي بشكل خاص وتتراوح النسبة 3_1 إلى 4
 - 2) البنات التوحيديات يظهرن مستوى أقل من الأولاد التوحيديين في نسبة الذكاء
 - 3) توجد انحرافات شاذة على رسم المخ لدى الإثنين ولا توجد فروق بينهم
 - 4) يبدي كل من البنين والبنات التوحيديين اضطرابات سلوكية وعصبية و إن بدت متفاوتة أحيانا وفقا لمعدلات الذكاء. (سهى أحمد أمين نصر, 2002, ص ص 21- 23).
- كما أن هناك أسباب أخرى مثل:

- _أسباب إجتماعية أسرية: تعرض الطفل للحرمان الشديد داخل الأسرة, خوف الطفل وإنسحابه من الجو الأسري وإنزاله بعيدا عنها وإنطوائه على نفسه...إلخ.
- _أسباب المناعية: تشير بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحدية . كما أن الكريات اللمفاوية لبض الأطفال المصابين بالتوحدية يتأثرون وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات وهي حقيقية
- تثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل.

_العوامل البيوكيميائية: على الأقل ثلث مرضى اضطراب التوحدي لديهم إرتفاع في بلازما السيروتونين Plasma Serotonin وهذا الاكتشاف ليس خاصا بإضطراب التوحدي فقط. فالأطفال المتخلفين عقليا بدون اضطراب التوحدي يظهرن أيضا تلك الصفة. والمرضى باضطراب التوحدي بدون تخلف عقلي لديهم حدوث عالي من الهيرسيروتونيميا hyperserotonemia ولدى بعض الأطفال التوحديين توجد زيادة في السائل النخاعي الشوكي cerebrospinal وحامض الهوموفانيلك homovanillic (العامل الأيضي الرئيسي للدوبامين) وقد يكون هذا الحامض في تناسب عكسي مع مستوى السيروتونين في الدم وهذه المستويات تزداد بنسبة الثلث لدى المصابين باضطراب التوحدي وهذا هو الاكتشاف المحدد الوحيد الذي يحدث لدى الأشخاص المتخلفين عقليا.

7/- أنواع التوحد:

1-متلازمة اسبرجر Aspergers syndrome : لقد شخص الدكتور Hans Asperge من جامعة فينا - قسم طب الأطفال التوحد بأنه يشمل عدة أعراض سميت بمتلازمة اسبرجر وهي قصور في مهارات التوازن, الاكتئاب, الكلام التكراري, إخراج الصوت بنفس الوتيرة, كراهية التغيير في كل شيء سواء في الأكل أو الملابس وعادة ما تكون لهم طقوس معينة في حياتهم, حب الروتين, عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل الطبيعي ومعظم هؤلاء الأطفال لديهم نسبة ذكاء عادية أو ذا معدل عالي من الذكاء ولا يوجد لديهم تأخر في النطق, وينشغلون ويلعبون في اغلب الأوقات بشيء واحد, لديهم حساسية كبيرة من

الأصوات. كما أن بعض الأطفال لديهم قدرات فائقة في بعض النواحي مثل (لديهم قدرة غير عادية على الحفظ , وهم عرضة أحيانا للسخرية والتهكم من أقرانهم لكونهم غريبين في تصرفاتهم في بعض الأحيان) .

2- متلازمة الكروموسوم الهش Fragile X syndrome اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الأنثوي X ويظهر في 10% من أطفال التوحد وخاصة الذكور , معظم الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط, وللطفل صفات معينة مثل بروز الأذن ,كبر مقاس محيط الرأس, مرونة شديدة في المفاصل وغالبا ما تظهر استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت, اضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي, واضطرابات معرفية .

3- متلازمة لاندو - كليفر Landau - kleffner Syndrome في هذه الحالة ينمو

الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث إلى سبع سنوات من العمر ولكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك , و غالبا ما يشخص الطفل خطأ على أنه أصم وهناك حاجة لاستخدام التخطيط الكهربائي للدماغ لتشخيص هذه المتلازمة . من الأعراض المشابهة للتوحد قصور الإنتباه عدم الشعور بالألم , الكلام التكراري , وقصور المهارات الحركية .

4-متلازمة موبياس Mobius syndrome تسبب عدة مشكلات في الجهاز العصبي

المركزي ربما فيها شلل عضلات الوجه مما إلى صعوبات بصرية وكلامية ومشكلات سلوكية كذلك التي تنتج عن التوحد.

5 - متلازمة كوت kott Syndrome تحدث لدى الإناث في معظم الحالات وأعراضها

تتمثل في عدم القدرة على الكلام وفقدان القدرة على استخدام اليدين إراديا .

6- متلازمة سوتوس **Sotos Syndrome** تسبب سرعة كبيرة في النضج وكبر حجم الجمجمة والتخلف العقلي وتعبيرات وجهية شاذة .

7- متلازمة توريتي **Tourette Syndrome** تتصف بالحركة اللاإرادية كما في رمش العين وتلمظ الشفاه وهز الكتفين بطريقة شاذة . غالبا ما يعاني الطفل أيضا من القلق وعدم القدرة على التركيز .

8- متلازمة وليامز **Williams Syndrome** اضطراب نادر يشترك مع التوحد ببعض الخصائص مثل التأخر اللغوي و الحركي و الحساسية المفرطة للصوت وهز الجسم والتعليق بالأشياء غير الطبيعية

9- مرض فينائل كيتونيوريا **phenylketonuria pku** وهو مرض وراثي سببه أن الحامض الاميني المسمى فينالايلالنين phenylketonuria pku , لا يتم له في الجسم وذلك بسبب نقص أو عدم نشاط إنزيم معين في الكبد يؤدي إلى تراكم هذا الحامض في الدم والمخ والتشخيص يتم عن طريق فحص الدم .

10- مرض **Tuberous Sclerosis** المعروف بتصلب الأنسجة وهو مرض وراثي ويسبب بالنمو غير الطبيعي للأنسجة الدماغية وهناك حوالي 1-4 حالات من كل عشرة الآلاف حالة يولدون بهذا المرض. (سوسن شاكر, 2010, ص ص 31-33).

8/- العلامات المبكرة للتوحد:

رغم أن التشخيص إضطراب التوحد لا يكون قبل سن 3 سنوات إلا أن معالمه تظهر في الأشهر الأولى من حياة الطفل.

❖ من صفر إلى ستة أشهر:

- يمكن أن تجد اضطرابات متكررة في التفاعل.
- طفل هادئ لا يبكي أبدا ولا يشتكي.
- اضطراب في النشاط في شكل ضعف النشاط.
- إنعدام الحوار ابتداء من 2_3 أشهر.
- إقطاع واضح في النظر الذي يمكن أن يحمل بصفة متكررة هيئة تجنب متكررة للنظر.

- اضطراب في النوم والأرق.
- وعامة طفل هادئ (جامد).
- اضطراب في الأكل (انعدام المص, فقدان الشهية).
- إنعدام الإبتسامة التلقائية ابتداء من الشهر الثالث (, 2006 , daniel marcell) .(p297)

من 06 أشهر إلى 12 شهر:

- غير حنون, وغير مبال بالألعاب الإجتماعية.
- متصلب, وغير مبال بما يؤخذ بين الأيدي (rigide).
- إنعدام التواصل الشفوي أو غير الشفوي.
- نفور و إشمئزاز من المأكولات الصلبة.
- عدم إنتظام مرحلة التطور الحركي.

• السنة الثانية والثالثة:

- غير مبالى بالإتصال الخارجي أو الإجتماعي.
- يتصل بتحريك يد البالغ.
- اهتمامه الوحيد بالألعاب يكمن في تصنيفها.
- متعصب.

- يقوم بصرف الإنسان بالإضافة إلى الحك والمسح.

• السنة الرابعة والخامسة:

- غياب التواصل البصري.

- اللعب, غياب الإبتكار التخيل ولعب الأدوار.

- اللغة محددة ومنعدمة.

- يقاوم التغيير الذي يحدث في البيئة المحيطة به. (Marion Leboyer , 1985 ,

.(p21

وعليه فحسب هذا الباحث فان أعراض اضطراب التوحد تشمل مراحل العمر بدءا من الميلاد إلى غاية سن الخامسة. حيث تستمر الأعراض في مراحل حياته كما تنقص أو تزيد في الشدة.

ويمكن أن تساعد القائمة التالية في الكشف عن وجود التوحد , في حالة أن طفلا ما أظهر 07 أو أكثر من هذه السمات فإن تشخيص التوحد أن يؤخذ بعين الإعتبار وهذه السمات هي:

1 صعوبة الاختلاف والتفاعل مع الآخرين.

2 يتصرف الطفل وكأنه أصم.

3 يقاوم التعلم.

4 يقاوم تغير الروتين.

5 الضحك والقهقهة في أوقات غير مناسبة.

6 لا يبدي خوفا من المخاطر.

7 يشير بالإماءات.

8 لا يحب العناق.

9 فرط الحركة.

10 إنعدام التواصل البشري.

- 11 تدوير الأجسام واللعب معها.
 - 12 ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء.
 - 13 يطيل البقاء في اللعب الانفرادي.
 - 14 أسلوب متحفظ وفاتر المشاعر. (خالدة نيسان , 2009, ص 128).
- رغم كل هذه المعايير التشخيصية إلا أن يصعب تشخيص اضطراب التوحد لذلك لاختلاف أعراضه واختلاف شدتها كما قد يحدث خلط بين اضطراب التوحد واضطرابات أخرى.
- 9/- تشخيص اضطراب التوحد:**

إن تشخيص اضطراب التوحد ليس بالأمر السهل باعتباره اضطراب ذو أعراض مختلفة من فرد لآخر وكذا لعدم وجود إختيارات طبية التي تطبق لتشخيصه .

حيث يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة مختص معتمد وعادة ما يكون اختصاصي في نمو الطفل أو طبيب وذلك قبل عمر ثلاثة سنوات, في نفس الوقت فإن تاريخ نمو الطفل تتم دراسة بعناية عن طريق جمع المعلومات الدقيقة من الوالدين . ويمر تشخيص التوحد على عدد من المختصين منهم طبيب الأطفال (مختص في أعصاب المخ) طبيب نفسي, طبيب عام, مختص بقياس تربوي, مختص إجتماعي, حيث يتم عمل تخطيط المخ, والأشعة المقطعية وبعض الفحوصات اللازمة وذلك لإستبعاد الإصابة بمرض عضوي .

وتشخيص اضطراب التوحد مر بعدة محاولات, أولها كانت ل كانر (Kanne) (1943) الذي وضع معايير لتشخيصه , كما جاء أيضا كل من العالمان بولان وسبسر اللذان وضعوا مقياس أعراض التوحد في المراحل العمرية الأولى .

الأمراض (I CD 10) وكذا الدليل الإحصائي الرابع المراجع للجمعية الأمريكية للطب العقلي (DSM IV TR) .

9-1- معايير تشخيص التوحد كما نص عليها DSM IV TR أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV TR إلى أن أعراض التوحد تشمل على ظهور (1) أعراض أو أكثر من المجموعات (1,2,3) التالية واثنين من أعراض المجموعة (1) وعرض واحد لكل من المجموعتين (2, 3)
وتتضمن المجموعة (1) :

• إعاقة نوعية في التفاعل الإجتماعي : ويعتبر عن ذاته بواسطة اثنين على الأقل من الأعراض التالية:

1 -قصور واستعمال قليل للسلوكات غير ال لفظية مثل تلاقي العين بالعين وتعبيرات الوجه مثل(الابتسامة,العبوس)

2 -قصور في بناء علاقات صداقة مع الأقران تتناسب مع العمر ومرحلة النمو كما يفعل الأطفال الآخريين.

3 غياب المشاركة الوجدانية والانفعالية أو التعبير عن المشاعر

4 -قصور القدرة على مشاركة الآخريين في الإهتمامات والهوايات والتمتع والتحصيل أو انجاز أعمال مشتركة معهم.

وتتضمن المجموعة (2):

• قصور كفي في القدرات على التواصل: ويكشفها واحد على الأقل من الأعراض التالية:

1. تأخر أو غياب تام في نمو القدرة على التواصل بالكلام (اللغة المنطوقة).

2. لغة غير مألوفة تشتمل على التكرار والنمطية.

3. بالنسبة للأطفال الذين يتكلمون لديهم قصور في الحديث والمبادرة فيه والمواصلة.

4. غياب وضعف القدرة على المشاركة في اللعب أو تقليد الآخريين الذين يتناسب مع

العمر ومرحلة النمو.

تتضمن المجموعة (3):

- قصور نشاط الطفل على سلوكيات نمطية وتكرارية: كما هي ظاهرة على الأقل في واحدة من التالية:

1. إستغراق وإشغال بأنشطة وإهتمامات نمطية شاذة من حيث شدتها وطبيعتها.
2. حركات نمطية تكرارية غير هادفة مثل (فرقة الأصابع, وضرب الرأس, وتحريك الجذع للأمام والخلف).
3. إشغال طويل المدى بأجزاء من الأدوات والأشياء مثل يد لعبة, سلسلة مفاتيح.
4. جهود وعدم مرونة في الإلتزام بسلوكيات وأنشطة روتينية لا جدوى لها (يحي القبائلي, 2001, ص257).

ونفس الشيء تجده في تشخيص اضطراب التوحد وفقا للدليل الإحصائي الرابع المراجع للجمعية الأمريكية للطب العقلي (DSM 4 TR) فحسبه وحسب الدليل العاشر (ICD 10) فإن اضطراب التوحد يبدأ قبل سن الثالثة. (American Psychiatrie Association , 2003 , p87)

9-2- التصنيف الدولي العاشر نظام (ICD10): الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) والشكل النهائي ل (ICD10) ظهر في عام (1993), حيث يقسم هذا النظام إلى خمس فقرات أساسية حيث سيتم ذكر الجوانب الأساسية وهي:

- أ - ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة.
- ب - قصور نوعي وواضح في القدرة على التواصل.
- ت - قصور نوعي في التبادل الإجتماعي.
- ث - سلوكيات وإهتمامات تتصف بالنمطية والرتابة.
- ج - أن يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية إعاقات نمائية أخرى أو أثرت في القدرة على التواصل اللفظي مصحوب بمشاكل إجتماعية عاطفية أو تخلف عقلي مصاحب له إضطرابات انفعالية وسلوكية أو متلازمة ريت (RETT) أو إنفصام الشخصية المبكر. (يحي القبائلي, 2001, ص258).

ومن خلال هذا الدليل يتأكد لنا أن اضطراب التوحد يمس كل جوانب النمو والتفاعل الاجتماعي للطفل الذي يعيقه عن التكيف والعيش السوي, ومن أجل التعرف على اضطراب التوحد وتشخيصه عند الطفل نعرض محاولة لتحديد العلامات المبكرة للتوحد.

9-3- التشخيصات الفارقة للتوحد واضطرابات أخرى:

9-3-1_ التوحد ومتلازمة أسبرجر: يشير عثمان لبيب فراج (2002) إلى وجود جوانب

تشابه بين الإعاقين كما أن بينهما إختلافات تميز كلا منهما عن الآخر, وتدور أوجه التشابه حول نواحي القصور في القدرة على التفاعل الاجتماعي والاتصال أو التواصل وفي محدودية الإهتمامات وأوجه النشاط, أما الإختلافات بينهما فإنها تتعلق بما يلي:

1- درجة القصور أو الإعاقة: فبينما يعاني طفل التوحد من تأخر أو توقف تام في نموه اللغوي وفي القدرة على التخاطب والاتصال, فإن طفل أسبرجر لا يبدي مثل هذه الأعراض حيث لا يحدث تأخر أو توقف في هذه القدرات, ولو أنه يعاني من صعوبة في تفهم كلام الآخرين .

2- القدرة المعرفية: فبينما نجد أن حالات التوحد تجمع بينه وبين التخلف العقلي, ومن النادر أن نشاهد قصورا ملحوظا في النمو المعرفي في حالات الاسبرجر التي تكون معدلات الذكاء فيها عادية أو ربما عالية.

أ-تجنب الآخرين: لا يتجنب طفل الاسبرجر الآخرين من الأقران والكبار كما يفعل طفل

التوحد بل يقبل على التعامل معهم بنشاط , ولو أن هذا النشاط ضيق الحدود ويدور

ب-غالبا حول اهتماماته وحاجاته الشخصية التي قد تبدو غريبة.

د-درجة الوعي: مع أن طفل الإسبرجر قد يعاني العزلة الاجتماعية والوحدة مثل طفل التوحد

إلا أن طفل التوحد غير واع لوجود الآخرين حوله ولا يبدي أي إحساس أو إهتمام بوجودهم

ولا يحاول التواصل معهم, بينما يدرك طفل الإسبرجر وجود الآخرين حوله ويشعر بهم ويبذل

محاولات للحديث معهم , ولكن قصور قدراته يحول دون نجاحه في ذلك.

9-3-2_ التوحد و زملة ريت: متلازمة ريت هي أحد اضطرابات النمو الشاملة حيث تأثيرها على مخ الفرد المصاب وفقدانه القدرة على الإحتفاظ بما إكتسبه من خبرات وما تعلمه من مهارات (كالمشي والكلام...الخ) وكثيرا ما تصاحبها درجة من درجات التخلف العقلي بالإضافة إلى ما تسببه له من إعاقات حركية أو إعاقاة تواصل ونوبات صرعية تزيد من إعاقته عنفا، وتحدث في المراحل الأولى من العمر وتكون بمعدل حالة واحدة من كل 10,000 ولادة حية وهكذا يشير (عثمان فراج) إلى أهم أوجه الإختلاف بين الريت والتوحد كما يلي:

جدول رقم (1) يوضح الفرق بين اضطراب التوحد و اضطراب ريت

م	إضطراب ريت	إضطراب التوحد
1	بيدي المريض تدهورا واضحا تدرجيا في النمو مع التقدم في العمر	قصور النمو موجود وظاهر بعد الميلاد (مبكر).
2	إضطراب وعشوائية ونمطية حركة اليد عرض مستمر.	غالبا لا توجد، وإذا وجدت فهي غالبا نتيجة عادات مكتسبة.
3	غياب التوازن - ترنح في المشي - غياب التناسق الحركي.	الوظائف العقلية الكبيرة سليمة.
4	فقدان تام للوظائف اللغوية.	قد يوجد إضطراب في إستخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها.
5	إضطرابات التنفس أحد الأعراض الرئيسية.	إضطراب التنفس نادرة أو لا توجد.
6	التدهور في محاور النمو عرض أساسي حتى يصل إلى عمر 6- 12 شهرا على المحور اللغوي الإجتماعي.	ثبات في محاور النمو المختلفة دون تدهور.

7	نوبات الصرع تظهر مبكرا في 75 % من الحالات عنيفة متكررة تصاحبها إفرازات فمية.	نوبات الصرع قليلة أو نادرة، وإذا ظهرت ففي مرحلة المراهقة.
---	--	---

(وليد السيد خليفة وآخرون, 2010, ص183-184).

9-3-3_ التوحد والتخلف العقلي:

وذلك منذ سنة 1940 ولكن إذا قارنا طفلا ذا تخلف عقلي IQ 70 وآخر, طفلا توحديا نسبة ذكائه IQ 070 فنرى أن الطفل التوحدي غير قادر على إستخدام اللغة ولا يوجد عنده أي رد فعل إجتماعي للآخرين ولغته لا توضح للآخرين بماذا يفكر لغته سواء كانت كلمات أو جمل لا توضح مدى علاقة كلامه بالأشياء التي يريدّها، ودائما أغلب التوحديين يخلطون ما بين (أنا)، أنت، هذا كله بعكس الطفل المتخلف عقليا في نفس نسبة ذكائه. ولكن دائما يحدث هذا الخلط عندما يكون نسبة التخلف العقلي شديدة لدى الطفل المتخلف فيظهر نفس المظاهر الإكلينيكية للتوحدي. ولكن يمكن تمييزهم من خلال تواصلهم الإجتماعي غير اللفظي. (سهى أمين نصر, 2002, ص38-39).

9-3-4_ التوحد و الفصام:

ويلخص (محمود حمودة, 1991 ص105)العلاقة بين الفصام والذاتوية في أن الإصابة بالفصام نادرا ما تحدث في الطفولة بينما المصابين بالتوحد قد يكون لديهم عديد من الأعراض السالبة للمرحلة المتبقية من الفصام(مثل العزلة الإجتماعية الإنسحاب, السلوك مفرط الغرابة والوجدان المتبدل غير المناسب و غرابة اللغة والآلية المتكررة للأفعال) (وليد السيد خليفة, 2010, ص185).

9-3-5_ إضطرابات اللغة:

كما أوضحت دراسة (Smith , 1995) بعض الفروق بين الأوتيزم وإضطرابات التواصل على النحو التالي:

-العجز عن إستخدام اللغة كأداة للتواصل لدى الطفل التوحدي بينما يتعلم مضطرب التواصل معاني مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين.

- يظهر الطفل التوحدي بتعبيرات إنفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة بينما المضطرب في التواصل يحقق التواصل بالإيحاءات وتعبيرات الوجه تعويضاً عن مشكلة الكلام.

- كلاهما يمكنهما إعادة الكلام إلا أن التوحدي يظهر إعادة الكلام المتأخر من الجمل والعبارات بعكس الطفل المضطرب تواصلياً. (وليد السيد خليفة, 2010, ص182)

9-3-6_ البكم أو الصمت الإختياري: ويتسم بفشل في استخدام الكلام والتواصل في بعض المواقف الإجتماعية بالرغم من استخدام الكلام في مواقف أخرى وهذا الإضطراب يختلف عن التوحدي لأنه أقل خلافاً في التفاعل الإجتماعي , وقد يكون له سبب نفسي ولكن الطفل الأصم يصدر أنماطاً سلوكية متشابهة لإضطراب التوحد وعادة يبدأ أو يظهر قبل سن 5 سنوات. (سهى أحمد أمين نصر , 2002 , ص38).

و في ختامنا للحديث عن القياس و التشخيص في مجال التوحد يمكن أن نشير إلى تلك القائمة التي أعدها ماجد عمارة لتشخيص اضطراب التوحد بشكل عام:

جدول رقم(2) يوضح قائمة تشخيص إضطراب التوحد

عناصر التشخيص	درجة القصور	لا يوجد	قصور بسيط	قصور متوسط	قصور شديد	قصور حاد
		(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
أولاً: القصور النوعي في التواصل الإجتماعي.						
(1) قصور في استخدام السلوكيات غير الشفهية.						
(أ) قصور في التواصل البصري.						
(ب) قصور في التعبيرات الوجهية.						
(ج) قصور في وضع الجسم التعبيري.						
(د) قصور في إيحاءات التفاعل الإجتماعي.						
(2) قصور في نمو العلاقات الملائمة لمستوى النمو.						
(3) قصور في التلقائية في مشاركة الآخرين.						
(أ) قصور في المشاركة والإستماع.						
(ب) قصور في الرغبة في التفاعل الإجتماعي.						

					<p>ثانيا: القصور اللغوي</p> <p>(1) قصور في النمو اللغوي.</p> <p>(2) قصور في القدرة المبادأة والمحادثه مع الآخرين.</p> <p>(3) التردد اللغوي و الإجتار.</p> <p>(4) قصور في اللعب الإجتماعي الملائم لمستوى النمو.</p>
					<p>ثالثا: نماذج تكرارية في السلوك:</p> <p>الإستغراق في أحد النماذج التكرارية.</p> <p>التمسك الشديد بالروتين والطقوس.</p> <p>الحركات التكرارية:</p> <p>(أ) حركات اليدين.</p> <p>(ب) حركات الجسم.</p> <p>(4) الإهتمام بأجزاء الأشياء.</p>
					<p>رابعا: قصور في النمو.</p> <p>قصور في التواصل الإجتماعي.</p> <p>قصور في إستخدام اللغة للتواصل الإجتماعي.</p> <p>قصور في اللعب الخيالي أو الرمزي.</p>

(ماجد السيد عمارة، 2005:ص 55).

10/- التكفل بتربية الطفل التوحدي :

بسبب طبيعة التوحد، الذي تختلف أعراضه وتخف وتحد من طفل لآخر، ونظراً للاختلاف الطبيعي بين كل طفل وآخر، فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلح للتخفيف من أعراض التوحد في كل الحالات. وقد أظهرت البحوث والدراسات أن معظم الأشخاص المصابين بالتوحد يستجيبون بشكل جيد للبرامج القائمة على البنى الثابتة والمُتوقعة (مثل الأعمال اليومية المتكررة والتي تعود عليها الطفل). والتعليم المصمم بناء على الاحتياجات

الفردية لكل طفل وبرامج العلاج السلوكي، و البرامج التي تشمل علاج اللغة، وتنمية المهارات الاجتماعية والتغلب على أية مشكلات حسية. (ربحاني الزهرة، 2012، ص 45)

على أن تدار هذه البرامج من قبل أخصائيين مدربين بشكل جيد، وبطريقة متناسقة وشاملة. كما يجب أن تكون الخدمة مرنة تتغير بتغير حالة الطفل، وأن تعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه، كما يجب تقييمها بشكل منتظم من أجل محاولة الانتقال بها من البيت إلى المدرسة إلى المجتمع. كما لا يجب إغفال دور الوالدين وضرورة تدريبهما للمساعدة في البرنامج، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهما.

11- التكفل بالطفل التوحدي :

11-1- العلاج الطبي الدوائي: من المعروف أنه ليس هناك علاج يشفي من التوحد ، فالتوحد يستمر مدى الحياة ولكن هناك بعض العقاقير التي تستخدم لتقليل بعض الأعراض الغير مرغوب فيها والشفاء الجزئي والتحسن عادة ما يحدث في حالة شخص يبدأ بالتحدث أو يبتسم أو يبين عاطفة أو يتعلم...الخ و بالرغم من هذا فيستمر التوحد طيلة الحياة . والهدف الأساسي من العلاج الطبي لأطفال التوحد هو ضمان الحد الأدنى من الصحة الجسمية والنفسية، كما أن العلاج الصحي الجيد يبدأ بتقييم الحالة العامة للطفل لإكتشاف وجود أي مشاكل أخرى.

لقد إستخدمت أدوية وفيتامينات وغيرها من المواد الفاعلة البيولوجية كمحاولات لضبط وعلاج حالة الدماغ لدى الأطفال التوحديين بشكل مباشر , إستعمال الليثيوم (Lithium) في علاج الإضطرابات الإنفعالية (الهوس - الإكتئاب) وقد أظهر فائدة قليلة لدى الأطفال التوحديين ومع الإضطراب الإنفعالي الهوس الإكتئابي، وعقار النالتركسون (Nalterxonen) لا زال قيد الدراسة ويعمل هذا

العقار على الحد من إثارة الدماغ, وخفض السلوكيات النمطية ويزيد من مقدار العلاقات مع الآخرين.

وعقار الفنفلورامين (Fenfuramine) يعمل على خفض مستويات السيروتونين في الدم, لقد لوحظ بعض التحسن بعد تناول الأطفال التوحديين لهذا العقار منها تحسن السلوك الاجتماعي وفترة انتباه أفضل وخفض التملل الحركي وهناك بعض العلامات والإشارات السلبية السلبية مثل فقدان الوزن والنعاس و اضطرابات في النوم (إبراهيم عبد الله فرج الزريقان, 2004, ص 299) .

كما أن العديد من الأطفال التوحديين لديهم نوبات صرعية وخصوصا أولئك الأشخاص المصابون بالتوحد لأسباب طبية معروفة مثل التدرن (Tuberons) ويعطون أدوية مضادة للصرع, أيضا الحبسة الصرعية موجودة لدى بعض حالات التوحد ولقد أعطيت العقارات الدوائية أهمية وانتباها ويحتاج الآباء والمعلمون لأن يعرفوا ذلك وتدريبهم على علاج التوحد باستخدام أدوية مثل بارالديهيد (Paraldehyde) أو الفوليوم (Valium) ويجب مراقبة نوبات الصرع لدى الأطفال التوحديين لضبطها بشكل مناسب (إبراهيم عبد الله فرج الزريقان, 2004, ص 300).

ولدى العديد من الأفراد التوحديين مشكلات في النوم, ويمكن لمادة ميلاتونيس (Melatonin) المنتجة من خلال هذه الغدة الصنوبرية في الدماغ أن تساهم في دور فعال في تنظيم دائرة النوم- الصحيان.

بالنسبة إلى استخدام العقاقير الطبية, فلا بد من الحرص على عدم استخدامها إلا بموافقة الطبيب المختص والإلتزام الدقيق بتعليماته , من حيث نوع العقاقير المناسبة للحالة وحجم الجرعة وتوقيتها والمدة التي يستمر في تعاطيه هذا علما أنه لحد الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما هو فيه شفاء ناجح لحالات التوحد, لكن هناك ما يخفف من حدة الأعراض

ويساند ويسهل عملية التعليم أو يحد من النشاط الزائد أو السلوك العدواني أو يهدئ من ثورات الغضب. (محمد أحمد الخطاب, 2009, ص93).

11-1-1-1- التدخل بالفيتامينات: ينطلق العلاج بالفيتامينات من مبدأ أن أجسام الأطفال التوحديين تتطلب جرعات أكبر من بعض العناصر الغذائية, التي لا توفرها الوجبات الغذائية العادية, حيث أن الأمعاء لهؤلاء الأطفال تخفض من نسبة امتصاص فيتامين "ب 6" ويشير ريملاندر أن فيتامين "ب 6" يساعد في تنشيط الجهاز العصبي, إلا أن التحسن يختلف من حالة لأخرى لكن التحسن يشمل عدة مظاهر أهمها:

- زيادة التواصل البصري.
- التقليل من سلوك الاستثارة الذاتية.
- تحسن في عادات النوم.
- زيادة مدة الإنتباه.
- تحسن في استخدام الكلمات والتحدث. (مصطفى القمش و خليل المعاينة, 2007, ص186).
- وهناك أدلة على أن فيتامين (B06) مساعد في علاج التوحد, حيث أن المغنسيوم معدن مساعد في تكوين الناقلات العصبية المضطربة لدى الأطفال التوحديين عادة , كما أنه مساعد في بناء العظام وحماية الخلايا العصبية والعضلات , تقوي دور الأنزيمات في الجسم. (إبراهيم عبد الله فرج الزريقان, 2004, ص 301).

11-1-2- التدخل بالحمية: الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية في حياة الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد دور بالغ الأهمية ومع ذلك فإن الدور ليس مفهوما تماما على الصعيد العلاجي, حيث تمت دراسات خاصة بتحليل عينات بول حالات توحد, ووجد أن هناك مركبات مورفينية أو شبه أفيونية مخدرة وهذه المواد هي: كازومورفين و جليومورفين.

ومصدر هذه المواد هو: الحليب والحنطة والشعير والشوفان، وهي عبارة عن بروتينات نتجت عن عدم هضم الكازين والجلوتين بطريقة فعالة لدى التوحديين، وبالتالي أصبحت ذات مفعول أفيوني، وللمعالجة الناجحة يجب معرفة المواد المسببة للحساسية أو المشكل من خلال التحليل، إضافة إلى هذه المواد الغذائية هناك عدة مواد أخرى ترتبط بأعراض الاضطراب وهي المواد الصناعية أو المواد الحافظة للأطعمة والعطور والرصاص والألمنيوم، وهنا يجب الحد من هذه الأطعمة غير طبيعية. (كوثر عسلي، 2006، ص 215).

وتجدر الإشارة على أن استخدام هذه الأدوية والعقارات يؤثر في نوبات الهيجان والغضب لدى الطفل التوحدي كما يؤثر على سلوكه بالتالي لا بدا من مساعدة الطفل على تعديل السلوك وذلك يكون من خلال العلاج السلوكي.

11-2-العلاج السلوكي: يعد العلاج السلوكي من أفضل العلاجات النفسية والتي أوضحت فاعليتها في علاج وتعديل سلوكيات الأطفال الأوتيزم حيث يعتمد على نظرية التعليم والثواب والعقاب ويستخدم للتخلص من السلوكيات المصاحبة للتوحد كالعنف ونوبات الغضب وإيذاء الذات وغيرها من المشاكل السلوكية. وتكمن أهمية أساليب التدخل السلوكي في: أ-إنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويطبقونها بشكل سليم بعد التدريب و إعداد لا يستغرقان وقتا طويلا.

ب-يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية التي غالبا ما تتدخل في نتائج القياس.

ج-نظرا لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث الذاتوية (التوحد) فإن هذه الأساليب لا تعير اهتماما للأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها.

د-ثبتت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك.

2-1- طريقة لوفاس: تسمى كذلك بالعلاج السلوكي, أو علاج التحليل السلوكي, وتعتبر واحدة من طرق العلاج السلوكي, ولعلها تكون الأشهر, حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها, والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك, حيث يعتبر كل سلوك عبارة عن إستجابة لمثير ما. ومبتكر هذه الطريقة هو لوفاس, أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس, وهذا العلاج السلوكي قائم على النظرية السلوكية و الإستجابة الشرطية في علم النفس, حيث يتم مكافأة الطفل على كل سلوك جيد, أو على عدم إرتكاب السلوك السيئ, كما يتم عقابه (كقول قف, أو عدم إعطائه شيئاً يحبه) على كل سلوك سيئ. وطريقة لوفاس هذه تعتمد على إستخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف, حيث يجب أن لا تقل مدة العلاج السلوكي 40 ساعة في الأسبوع ولمدة غير محددة.

وفي التجارب التي قام بها لوفاس وزملاؤه كان من الأطفال صغيرا, وقد تم انتقائهم بطريقة معينة وغير عشوائية, وقد كانت النتائج إيجابية, حيث استمر العلاج المكثف لمدة سنتين, هذا وتقوم العديد من المراكز بإتباع أجزاء من هذه الطريقة.

وتعتبر هذه الطريقة مكلفة جدا نظرا لإرتفاع تكاليف العلاج, خاصة مع هذا العدد الكبير من الساعات المخصصة للعلاج, كما أن كثيرا من الأطفال الذين يؤدون بشكل جيد في العيادة قد لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية.

وتدور محاور البرنامج حول:

أولا: الحضور والانتباه:

- 1 أن يجلس بمفرده بطريقة مستقلة.
- 2 أن يتواصل ببصره إستجابة لسماع إسمه.
- 3 أن ينظر ويتصل ببصره عند سماع أمر - أنظر إلى -

4 أن يستجيب للأوامر مثل: أشبك يدك, ضع يديك, ضع يديك على الطاولة.

ثانياً: التقليد:

1 أن يقلد حركات الجسم الكبرى.

2 أن يقلد حركات باستعمال الأشياء.

3 أن يقلد حركات دقيقة.

4 أن يقلد حركات الفم والشفاه.

ثالثاً: فهم اللغة:

1 أن يتبع تعليمات من خطوة واحدة.

2 أن يتعرف على أعضاء الجسم.

3 أن يتعرف على الأشياء.

4 أن يتعرف على الصور.

5 أن يتعرف على الأشخاص المألوفين.

6 إتباع أوامر الأفعال.

7 أن يتعرف على الأفعال في الصور.

8 أن يشير إلى الصورة في كتاب.

9 أن يتعرف على استعمال الأشياء.

10 أن يتعرف على الملكية.

11 أن يتعرف على الأصوات في البيئة.

رابعاً: اللغة التعبيرية:

1 أن يشير إلى الأشياء التي يرغبها عند سؤاله عما يريد.

2 أن يشير بإصبعه تلقائياً إلى ما يريد.

- 3 أن يقلد الأصوات والكلمات.
- 4 تسمية الأشياء.
- 5 تسمية الصور.
- 6 يطلب رغباته شفهيًا.
- 7 أن يعبر حركيًا ب (نعم, لا)
- 8 تسمية الأشخاص المألوفين.
- 9 أن يقوم بالإختبار.
- 10 أن يتبادل التهاني. (مجدي عبد الله, 2013, ص 255).
- 11 أن يجيب على الأسئلة الإجتماعية.
- 12 تحديد الأفعال: في الصور, على الآخرين, على نفسه.
- 13 تسمية الأشياء باستعمالاتها.
- 14 تسمية الملكية.

خامسا: ما قبل الأكاديمي:

- 1 أن يستطيع المطابقة بين:
 - الأشياء المتماثلة.
 - الصور المتماثلة.
 - الأشياء وصورها.
 - ألوان, أشكال, حروف, أرقام.
 - الأشياء غير متماثلة.
 - الأشياء في مجموعات.
- 2 التعرف على الألوان.
- 3 التعرف على الأشكال. (مجدي عبد الله, 2013, ص 256).

و تكرر هذه المحاور في مناهجه الثلاث المنهج المبتدأ والمنهج المتوسط والمنهج المتقدم مع تطور في المراحل وصولاً إلى إعداد الطفل للمدرسة، وتتطور أهداف البرامج مع تطور الطفل لتصبح تسعى لتحقيق:

1 مهارات العناية الذاتية.

2 إستغلال أوقات الفراغ بالإستقلالية .

3 التتواصل مع المجتمع.

4 الدمج في المدرسة.

و بالنسبة للهدف الأخير الدمج في المدرسة فإن الطفل يحتاج بشكل أساسي إلى 6-12 شهر تدخل في البيت لمتطلبات العناية الذاتية، اللغة، ومهارات اللعب قبل أن يحقق التقدم مع جماعة الصف في المدرسة.

2-2- برنامج تيتش: يركز منهج "تيتش" على تعليم مهارات التواصل واللعب ومهارات

الإعتماد على النفس والمهارات الإجتماعية والمهارات الحركية والمهارات الإدراكية والعمل

بالإستقلالية ومهارات أكاديمية، كما يتميز منهج "تيتش" بأنه طريقة علاج مصممة بشكل

فردى على حسب احتياجات كل طفل، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد من

5 إلى 7 أطفال مقابل مدرسة ومساعدة مدرسة ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل

بحيث يلبي إحتياجات هذا الطفل.

تتسم بيئة برامج "تيتش" بطابع مميز فهي مليئة بمعينات ودلائل بصرية مختلفة وتدور

محاورة حول:

✓ تكوين روتين محدد يتضمن تسلسل الأحداث خلال اليوم، وخلال الأسبوع والانتقال

إلى النشاط التالي ومقدار ما يستغرقه كل نشاط وتحديد الأمكنة التي يمارس بها النشاط.

✓ تنظيم المساحات حيث ينبغي تنظيم مساحة اللعب الحر ومساحة الإنتظار ومساحة الكرسي والمساحة الخاصة بالتلميذ.

✓ الإلتزام بتحقيق التكيف وتحسينه.

✓ التعاون بين أولياء الأمور والأخصائيين.

✓ التقويم الرسمي وغير الرسمي في بناء الخطة التعليمية.

✓ تحسين المهارات.

✓ تضمين المجتمع الجداول اليومية وإستخدام جداول فردية لطفل التوحد، تسلسل الأحداث اليومية.

✓ تنظيم العمل حيث يعرف الطفل ما هو مطلوب منه؟ كم كمية العمل؟ كيف يعرف

الطفل أن العمل إنتهى؟ وما هو النشاط التالي؟

✓ التعليمات البصرية: إعطاء التلميذ إعطاء التلميذ إرشادات من خلال إستخدام دلائل بصرية كالصور والكلمات المكتوبة. (أسامة مصطفى وسالم منصور, 2013, ص112).

2-3- طريقة جدول النشاط المصورة: تعتبر من طرق العمل الهادفة والناجحة مع حالة

الطفل المتوحد، ومن احدث إستراتيجيات التواصل الفعال، وذلك بهدف أن يتعلم الطفل مهارات أساسية معينة، من خلال إستخدام جداول تأخذ شكل كتيبات صغيرة يتألف كل منها من خمس أو ست أو سبع صفحات بكل منها صورة واضحة تعكس نشاطا معيناً يتم تدريب الطفل على القيام به .

وذلك وفق تشخيصنا للقدرات العقلية للطالب وحاجات الطالب المخطط للعمل بها

ضمن الخطة الفردية السنوية، والتي تجزأ إلى فصلية وشهرية وأسبوعية ويومية وفق تدريب فردي ونشاط جماعي.

لقد أثبت العمل من خلال الصور في برامج التربية العادية, نتائج أفضل لدى الطلاب وذلك بعد مقارنة وعمل بين مجموعتين من الأطفال تلقت إحداها برامج تعليمية من خلال الصور وأخرى استبعدت هذه الطريقة واعتمدت الطرق النظرية فقط.

تعتبر الصور منبهات تستثير سلوك أو معلومة أو إلحاق منبهات جديدة تعمل على تشكيل استجابات جديدة, غير قائمة من قبل.

2-4- برنامج بيكس: طور هذا النظام في الولايات المتحدة الأمريكية من قبل بوندي

وفروست, حيث إعتد هذا النظام على مبادئ التحليل السلوكي التطبيقي, ويستخدم هذا النظام كنظام تواصل معزز وبديل, يتكون نظام التواصل بتبادل الصور والرموز لمساعدة الأفراد الذين يعانون من مشاكل في التواصل, وخاصة التوحيدين الذين يعانون من تأخر في إكتساب الوسائل الوظيفية التي تمكنهم من التواصل بشكل سريع وبتلقائية دون الاعتماد على تقليد الكلمات أو الحركات التي يراها الطفل التوحيدي.

تهدف هذه الطريقة إلى تعليم الطفل التوحيدي التعبير عن إحتياجاته ورغباته مما يسهل عليه التواصل مع أفراد أسرته ومع أقرانه, حيث يتيح البرنامج للأطفال الذين يعانون التوحد من التواصل التلقائي, والتواصل في قالب إجتماعي من خلال تبادل الأدوار, وما يميز نظام التواصل بتبادل الصور أنه يتكون من مجموعة من الصور التي تعبر عن الأفعال والصفات والضمائر, باستخدام صور للأشياء الموجودة في البيئة المحيطة بالطفل التوحيدي لتمكينه من التعبير بشكل فعال في عملية التواصل. (هالة إبراهيم وسمية طه, 2013, ص125).

2-5- طريقة فاست فورود: وهي عبارة عن برنامج الكتروني يعمل بالحاسوب, ويعمل

على تحسين المستوى اللغوي لطفل المصاب بالتوحد وقد تم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة "بوللا طلال" على مدى 30 سنة تقريبا, حتى قامت بتصميمه قد اكتسبوا ما يعادل سنتين في المهارات اللغوية خلال فترة

قصيرة وتقوم فكرة هذا البرنامج سنة 1996 ونشرت نتائج بحوثها في مجلة "العلم"، حيث بينت في بحثها المنشور أن الأطفال الذين إستخدموا البرنامج الذي قامت بتصميمه قد اكتسبوا ما يعادل سنتين في المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة وتقوم فكرة هذا البرنامج على وضع سماعات على إذني الطفل بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب، ويلعب ويستمتع لأصوات الصادرة عن هذه اللعب وهو يركز على اللغة والاستمتاع والانتباه. (أسامة مصطفى وسالم منصور، 2013، ص118).

2-6_ الطرق الحسية والعصبية:

2-6_1_ التدريب على التكامل السمعي: يرى المؤيدون لهذه الطريقة بأن الأشخاص

المصابين بالتوحد مصابين بحساسية في السمع (فهم أما مفترطين في الحساسية أو عندهم

نقص في الحساسية السمعية) لذلك فإن طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى

هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً، ثم يتم وضع سماعات على آذان الأفراد التوحديين

بحيث يستمعون لموسيقى، ثم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل

الحساسية المفرطة، أو زيادة الحساسية في حالة نقصها. (مجدي عبد الله، 2013، ص222).

2-6_2_ التدخل بالتكامل الحسي: طورت الدكتورة "جين آيرز" عام (1969) بناء على

إفتراض أن الأطفال ذوي إضطراب التوحد لديهم صعوبة في التنظيم وتوجيه المعلومات

الحسية المختلفة الصادرة عن أجسامهم وعن البيئة، وذلك بسبب عدم قدرة الدماغ على دمج

المعلومات القادمة من الحواس المختلفة بشكل تكاملي مناسب، ويسبب هذا الخلل في

التكامل الحسي عددا من المشكلات التالية:

- قلق وتوتر - عدم القدرة على المعالجة الصحيحة للمعلومات البصرية والسمعية.

- تأخر لغوي - عدم القدرة على تحمل لمس الغير - ضعف مهارات التركيز.

- مستويات إثارة غير ملائمة - صعوبات تعلم - ضعف توازن الجسم والوقفة. (نايف بن عابد الزراع, 2010, ص 182).

تهدف المعالجة بالدمج الحسي إلى التقليل من هذه الأعراض, من خلال إستخدام نشاطات من المفترض أنها تؤثر على النظام العصبي, وتشمل الأدوات والأساليب اللازمة للعلاج من خلال الدمج الحسي ما يلي:

- الضغط الشديد.

- التدليك - تحريك أشياء ثقيلة - شد حبل بقوة- التآرجح على أرجوحة.

- اللعب بمواد متنوعة مختلفة الملمس (الأرز, العدس, الرمل...), الدرججة على كرات كبيرة.

- القفز وغيرها من النشاطات المماثلة. (وفاء الشامي, 2004, ص 298).

2-6_3_ التوصل الميسر: تقوم هذه الطريقة على أساس إستخدام لوحة مفاتيح, ثم يقوم الطفل باختيار الأحرف المناسبة لتكوين جملة تعبر عن عواطفه وشعوره بمساعدة شخص آخر, وقد أثبتت معظم التجارب في هذه الطريقة أن معظم الكلام أو المشاعر الناتجة أنها كانت صادرة من الشخص المساعد وليس من الطفل التوحيدي وهنا تدخل ذاتية المربي ويصبح الطفل أكثر تبعية له بينما هدف التدخل والعلاج تحقيق الإستقلالية للطفل. (هالة الحرواني ورحاب صديق, 2011, ص 2403).

2-6_4_ التدخل بالتمارين الرياضية: تساعد ممارسة الأنشطة الرياضية أطفال التوحد في حالة الأطفال منخفضي النشاط, حيث يمكن للأنشطة الرياضية أن ترفع من مستواهم وتجعله أكثر ملائمة للمواقف التي تصادفه, ويمكن أيضا أن تساعد الأطفال الذين لديهم درجة مرتفعة من النشاط فتكون الأنشطة الرياضية تفرغ للطاقة الزائدة لديهم, وتكون هذه

الأنشطة عبارة عن تسلق أو قفز أو جلوس فوق كرة علاج كبيرة والقفز إلى الأعلى وعلى الأسفل والمشي والهرولة والسباحة, وكل هذه الأنشطة تساهم في عملية علاج الطفل التوحدي ونستطيع عبر هذه الأنشطة دمج بعض المعطيات المعرفية التي تلقاها الطفل في برنامجه مع المعلم أو المربي في النشاط الرياضي مثل داخل وخارج, فوق وتحت. (أحمد العزيز و بلال عودة, 2009, ص193).

2-7_ طرق أخرى:

2-7-1_ **التدخل بالموسيقى:** هو نوع من أنواع التدخل يستخدم في مساعدة الأطفال على التعامل الأكثر فعالية مع حياتهم والصعوبات التي تواجههم, ولهذا التدخل أهمية خاصة مع الأطفال التوحديين بسبب طبيعة الموسيقى كمادة غير لغوية, ويتم تصميم الأنشطة الموسيقية الموازية لأنشطة الطفل تبعاً لما يشير له المعلم أو الولي, وتسهيل عملية تعلم الجمل ذات المعنى والأغاني المتقدمة مع إشارات مرئية وملموسة أكثر. (كريستين نصار وجانيت يونس, 2012, ص86).

يمكن التدخل بالموسيقى أن يوفر العديد من الفرص اللازمة للتفاعل الايجابي, وإقامة العلاقات المختلفة بين أعضاء الأسرة والطفل التوحدي, والطفل وزملائه وأقربائه سواء من نفس الفئة أو العاديين, فضلاً عن توفير بدائل جديدة لقضاء وقت الفراغ أمام أعضاء الأسرة وإيجاد مخرج إنفعالي مقبول للتعبير عن الذات والتنفيس عن الإنفعالات. (عادل عبد الله, 2008, ص124).

وتتضمن فائدة العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين فيما يلي:

- العلاج بالموسيقى ينمي ويطور المهارات الإجتماعية الإنفعالية الإدراكية, التعليمية والإدراك الحسي.
- اللعب بآلة موسيقية بجوار الطفل ينمي الإنتباه لديه.

- العلاج بالموسيقى يساعد على تعديل السلوك الإجتماعي للطفل التوحد مثل الجلوس على مقعد بهدوء أو الإلتزام بالوجود مع مجموعة من الأطفال الآخرين في دائرة مثلاً.
- يساعد الطفل التوحد على الشعور والإحساس بنفسه والشعور بقيمته وسط المجموعة
- وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين. (ربيع شكري سلامة, وليد السيد أحمد خليفة, 2010, ص210).

2-7-2 التدخل بالفن: يتيح الفن أو الرسم تحديدا الفرصة للأطفال على تأكيد ذاتهم والتعبير عن الانفعالات وتكوين شخصياتهم, كما أنه يطور قدراتهم على الملاحظة والرؤية الدقيقة, إضافة إلى تنمية قدراتهم الحسية من خلال العمل اليدوي وتعويدهم على النظافة والصبر وتنمية روح التعاون. (خولة يحي وماجدة عبيد, 2014, ص279).

2-7-3- التدخل باللعب: من الأمور الثابتة أن اللعب يكسب أطفال التوحد قيمة بارزة في

نموهم الإجتماعي ويمنحهم بالإضافة إلى ذلك الثقة بالنفس ويمدهم بعمليات التواصل الإجتماعي social Communication مع الآخرين سواء كان ذلك في محيط الأسرة أو المدرسة , أو الملعب, فذلك المحيط هو الذي يكتسب الطفل التوحد من خلاله الإستقلال الذاتي.

وتشكل مجموعة الألعاب والأنشطة الرياضية الحركية والجسمية جميعها فائدة كبيرة في إزالة ظاهرة الإنطواء والعزلة التي تميزه عن الأطفال العاديين , وإن الحرص على ذلك من خلال توفير الألعاب الهادفة له يكون قد تحقق للطفل نوعا من التوافق الإجتماعي مع أسرته ومع أقرانهم من أفراد مدرسته. (أحمد سليم النجار, 2006, ص84).

3-العلاج النفسي: ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج الذاتوية وقد اعتمدت هذه الطرق النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل والإنفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم.

وهو الأسلوب السائد حتى السبعينات والهدف الأساسي لهذه الطريقة العلاجية هو إقامة علاقة قوية بين الطفل والنموذج الذي يمثل الأم في محاولة لتزويد الطفل بما لم تقدمه له أمه من خبرات مشبعة معه الحب والأمن والتفاعلات الإيجابية.

ومن رواد هذا النوع من العلاج نجد ميلاني كلاين Melany Klien وبرونو بتلهم Bettelheim و مرشانت Merchant وقد تحمسوا لأسلوب النفسي في علاج التوحد وأشاروا إلى وجود تحسن كبير لدى الحالات التي عولجت بإستخدام الأساليب النفسية، إلا أن هناك بعض الباحثين الذين رأوا أن العلاج النفسي بإستخدام التحليل النفسي في علاج التوحد له قيمة محدودة ويمكن أن يكون مفيد للأشخاص التوحديين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع، كما أنه لم يتم التواصل إلى أدنى إثبات على أن تلك الأساليب النفسية كانت فعالة في علاج أو في تقليل الأعراض كما يقدم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لآباء الأطفال التوحديين على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم حتى يتسنى لهم مساعدة أطفالهم بصورة غير مباشرة.

علاج الإضطرابات النفسية:

مفهوم الذات: هدفت دراسة روبنسون (Robinson, 2008) إلى بيان العلاقة بين إستخدام الألعاب وتنمية مفهوم الذات لدى الأطفال التوحديين، وتكونت عينة الدراسة من 38 طفلاً توحدياً في عمر يتراوح ما بين 3_7 سنوات، وتوصلت النتائج إلى أن إستخدام الألعاب التخيلية يرفع من المحصول اللفظي لدى الأطفال التوحديين.

و قد وجهت الجهود العلاجية في الماضي لتشجيع نمو الذات أو الأنا في الأفراد التوحديين (Bettelheim, 1967) وعلى الرغم من ذلك فإن تأثير العلاج المرتكز على النظريات الدينامية يكون محدودا على حياة الأفراد التوحديين.

والعلاج بإستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين: في الأولى يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم , وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج, وفي الثانية يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الإجتماعية, كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء.

علاج الخوف لدى التوحديين: قام كل من لف وآخرون (Love et al, 1990) بتدريب أمهات الأطفال التوحديين على تدريب أطفالهن على عدم الخوف من الخروج, أو الذهاب إلى الحمام للإغتسال. وأسفرت نتائج دراسة راب (Rapp et al, 2005) عن نجاح علاج مرافقة توحيدية على الاستحمام في حوض السباحة. (أسامة فاروق مصطفى, 2010, ص 251).

علاج القلق لدى التوحديين: انتهت نتيجة دراسة شالفنت (Chalfant et al, 2007) إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق لدى التوحديين البالغ عددهم 47 طفلا , وقد إستغرقت فترة العلاج 12أسبوعا, حيث إنخفضت معدلات إلى حد كبير وذلك من خلال تقارير أولياء الأمور والمعلمين. (أسامة فاروق مصطفى, 2010, ص 252).

خلاصة فصل:

يعد التوحد من الإضطرابات الخطيرة لأنه يؤثر على كامل جوانب الشخصية معرفيا ونفسيا و إجتماعيا ولغويا, كما أن العلماء لم يتوصلو إلى الأسباب رئيسية لهذا الإضطراب فقد تكون نفسية أو وراثية أو بيولوجيا أو كيميائية, كما أن أعراضه تتميز بقصر بالعلاقات الإجتماعية و الإتصال والأفعال القهرية. وما جعل هذا الإضطراب خطير هو صعوبة تشخيصه لأن أعراضه تتشابه مع إضطرابات أخرى من بينها إضطراب ريت, أسبرجر التخلف العقلي...إلخ. مما يستوجب ضرورة وضع تشخيص فارقى وصولا للعلاج ووضع برامج علاجية و تربية من أجل الطفل التوحد.

الجانب الميداني

الجانب الميداني

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة

تخصيص

- 1 - منهج البحث.
- 2 - حالات الدراسة.
- 3 - المجال الزمني والمكاني.
- 4 - أدوات الدراسة.

خلاصة الفصل

تمهيد:

إن الهدف من هذا الجزء هو عرض مختلف الخطوات المنهجية التي إعتدنا عليها لتحقيق الأهداف المذكورة سابقا من هذه الدراسة , فبعد الإلمام بالجانب النظري الذي تناولنا فيه تحديد الإشكالية, الهدف والأهمية, بالإضافة إلى الفصل النظري الذي هو: التوحد. سنتطرق في هذا الفصل إلى الجانب الميداني الذي يعتبر جانبا هاما في أي دراسة حيث سنتناول فيه أولا المنهج المستخدم, مكان الدراسة, حالات الدراسة, بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة.

1_ منهج الدراسة :

منهج العيادي: يعرف "Wimer" المنهج العيادي بأنه: منهج في البحث يقوم على إستعمال نتائج فحص مرضى ودراساتهم الواحد تلو الآخر من أجل إستخلاص مبادئ عامة توحى بملاحظة كفاءتهم و قصورهم. (حسن عبد المعطي, 1998, ص 142).

2- حالات الدراسة: تم إختيار 10 حالات الموجودين بمركز التكفل النفسي البيداغوجي للأطفال في وضعية إعاقة, والذين تتراوح أعمارهم ما بين (6-8) سنوات كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (3)

يوضح المعلومات الشخصية للحالات

اسم الحالة	العمر	مستوى الدراسي للوالدين		المهنة		المستوى الاجتماعي	تشخيص الحالة
		الأب	الأم	الأب	الأم		
منية.ك	8 س	9 أساسي	06 ابتدائي	عامل يومي	ماكثة بالبيت	ضعيف	توحد
طه. ش	6 س	4 متوسط	BAC	عامل مهني من الصنف الأول	ماكثة بالبيت	متوسط	توحد
سجود.ع	7 س	/	BAC	متوفي	ماكثة بالبيت	متوسط	توحد
أمين. د	7 س	9 أساسي	9 أساسي	عامل يومي	ماكثة بالبيت	متوسط	توحد
رائد.د	7 س	خريج المعهد التكنولوجي	ليسانس إنجليزية	مدير متوسطة مكلف	أستاذة متوسطة	عادية	توحد
معتز. ب	8 س	جامعي	9 أساسي	مقاول	ماكثة بالبيت	جيدة	توحد
آية.س	6س	9 أساسي	9 أساسي	عامل يومي	ماكثة بالبيت	متوسط	توحد
عبدالحق.م	7س	9 أساسي	9 أساسي	عامل يومي	ماكثة بالبيت	متوسطة	توحد
أمال.م	7 س	3 متوسط	5 ابتدائي	عامل يومي	ماكثة بالبيت	متوسطة	توحد
أمين.ش	6 س	4 متوسط	BAC	عامل مهني	ماكثة بالبيت	متوسطة	توحد

تم النزول إلى الميدان لتحديد الحالات المناسبة لدراستنا حيث تم هذا الاختيار بشكل مقصود على فئة الأطفال المصابين بالتوحد ومن كلا الجنسين حيث أنهم تحت التكفل النفسي من أعضاء الفريق البيداغوجي.

3_ إجراءات تحديد واختيار حالات الدراسة: كانت أول زيارة للجمعية التاج للصحة للأطفال في وضعية إعاقة, في قمار بولاية الوادي يوم 2015/02/08 وذلك بهدف التحقق ما إذا كانت هناك حالات تساعدنا وتتناسب مع دراستنا والسماح لنا بالتعامل مع الأطفال فكان هناك إستقبال من طرف المسؤول جيد أين وضحا لنا بأنه يجب وضع وقت مناسب ومحدد لتعامل المربيات معنا ومساعدتنا على ما نحتاج من معلومات عن الحالات الموجودة هناك. كما حدد وقت معين لوجود وتعامل المربيات معنا وكان يوم الأحد من كل أسبوع لمدة 3 أسابيع إضافة إلى يوم أحد إضافي لعدم إنهاء العمل.

4- المجال المكاني و الزمني: أجريت الدراسة الميدانية في ولاية الوادي ب"قمار" بروضة التاج فكانت مدة هذه الدراسة إبتداء من 2015/02/15 إلى غاية 2015/03/08.

5 أدوات الدراسة:

5-1-المقابلة العيادية النصف موجهة: وتعرف بأنها: "المقابلة التي تكون فيها الأسئلة مزيج بين المقابلة الحرة و المقابلة الموجهة, أي أنها مزيج بين الأسئلة محددة الإجابة و الأسئلة المفتوحة التي تعطي حرية للمفحوص أن يتكلم دون محددات للزمن أو الأسلوب." (سامي محمد ملحم, 2000, 297-298).

5-2-الملاحظة: و إتمدت هذه الدراسة على الملاحظة التي كانت مباشرة بإستعانة من المربي في الحصول على معلومات.

الملاحظة واحدة من أقدم وسائل جمع المعلومات, حيث يستخدمها الإنسان الأول في التعرف على الظواهر الطبيعية وغيرها من الظواهر, ثم انتقل إستخدامها إلى العلوم بشكل

عام وإلى العلوم الإجتماعية والإنسانية بشكل خاص. وتعد الملاحظة إحدى وسائل جمع المعلومات المتعلقة بسلوكيات الفرد الفعلية ومواقفه وإتجاهاته ومشاعره.

ملاحظة منظمة: وهي التي يحدد فيها الباحث المشاهدات أو الحوادث التي يريد أن يجمع عنها بيانات وبالتالي تكون البيانات المجموعة أكثر دقة وتحديدا عنها في حالة الملاحظة البسيطة. (محمد عبيدات وآخرون, 1999, ص83).

خلاصة الفصل:

عرضنا في هذا الفصل المنهج المتبع وهو منهج دراسة حالة مع إستخدام المقابلة النصف موجهة والتي أجريت مع خمس مربيات وإستخدام شبة الملاحظة على الطفل في جمعية التاج للصحة "روضة التاج" عبر ولاية الوادي والتي تقوم على الخصائص النفسية والخصائص الإجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المربية.

الفصل الرابع : عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تصنيف

- 1 - عرض الحالات.
- 2 - تحليل الملاحظات.
- 3 - عرض وتحليل المقابلات.
- 4 - مناقشة النتائج العامة.

_ عرض وتحليل الحالات:

1-1- تقديم الحالة الأولى: الطفلة (مُنية.ك), مستوى اجتماعي: ضعيف, الأب تحصيله الدراسي(09 أساسي) مهنته عامل يومي حالته الصحية غير جيدة.

الأم تحصيلها الدراسي (06 ابتدائي), وهي ربة بيت, حالتها الصحية جيدة

ليس لدى الآباء صلة قرابة, لديهم طفلة أقل منها

-معلومات أولية عن الطفلة المتوحدة (مُنية.ك) .

الطفلة (مُنية.ك) عمرها 08 سنوات, ولادتها ورضاعتها طبيعيان, ترتيبها الأول من إختها لم تعاني الأم من أي مشاكل طبية أثناء الحمل.

جميع مراحل النمو العضلي (زحف, جلوس, وقوف, مشي) كانت في تأخر و غير طبيعية.

أما مراحل النمو اللغوي: كانت غير طبيعية

الإتصال الإجتماعي: لديها علاقة جيدة مع الجدة بسبب بقائها بمنزلها لأنها الأقرب للروضة التي تدرس بها.

المستوى الدراسي للطفلة: لم تدخل للمدارس بسبب المرض وعدم التدخل المبكر للحالة.

2-2- تقديم الحالة الثانية: الطفل (طه.ش), مستوى إجتماعي: متوسط, الأب تحصيله الدراسي(04 متوسط) مهنته عامل مهني من الصنف الأول حالته الصحية جيدة.

الأم تحصيلها الدراسي (BAC), وهي ربة بيت, حالتها الصحية جيدة

لدى الآباء صلة قرابة, لديهم توأم هو وأخوه

-معلومات أولية عن الطفل المتوحد (طه.ش).

الطفل (طه.ش) عمره 06 سنوات, ولادته ورضاعته طبيعيان, ترتيبه الثاني من إخوته ولادة الأم كانت بطريقة قيصرية .

جميع مراحل النمو العضلي (زحف, جلوس, وقوف, مشي) كانت في أوقاتها الطبيعية.

أما مراحل النمو اللغوي: كانت غير طبيعية نطق كلمة بابا.

الإتصال الإجتماعي: لديه علاقة غير عادية غير حميمي مع توأمه, منعزل وعدم اللعب مع أقرانه.

المستوى الدراسي للطفل: لم يدخل للمدارس بسبب المرض.

1 3 تقديم الحالة الثالثة: الطفلة (سجود.ع), مستوى إجتماعي: متوسط, الأب متوفى:

توفي وهي في عمر الثلاث سنوات, كان مريض, الأم تحصيلها الدراسي (06 ابتدائي) وهي ربة بيت, حالتها الصحية جيدة

ليس لدى الآباء صلة قرابة, لديهم 3 أطفال أكبر منها.

-معلومات أولية عن الطفل المتوحد (سجود.ع).

الطفلة (سجود.ع) عمرها 07 سنوات, ولادتها ورضاعتها طبيعيان, ترتيبها الرابع من إخوتها لم تعاني الأم من أي مشاكل طبية أثناء الحمل.

جميع مراحل النمو العضلي (زحف, جلوس, وقوف, مشي) كانت طبيعية.

أما مراحل النمو اللغوي: كانت طبيعية تتكلم وتحفظ كلمات وكذلك أناشيد وبعض من القرآن وفجأة إمتنعت عن الكلام.

الإتصال الإجتماعي: لديها علاقة جيدة مع عائلتها تحب أخوتها كانت تلعب بطريقة عادية وفجأة أصبحت تحب اللعب بمفردها.

المستوى الدراسي للطفلة: لم تدخل للمدارس بسبب المرض ولكنها تتابع الروضة وحاليا مؤهلة للدخول لفصل التحضيري.

1 4 تقديم الحالة الرابعة: الطفل (أمين.د), مستوى إجتماعي: متوسط, الأب تحصيله الدراسي(09 أساسي) مهنته عامل يومي حالته الصحية جيدة.

الأم تحصيلها الدراسي (09أساسي), وهي ربة بيت, حالتها الصحية جيدة ليس لدى الآباء صلة قرابة, لديهم طفلين أكبر منه وطفلة أصغر منه.

-معلومات أولية عن الطفل المتوحد (أمين.د).

الطفل (أمين. د) عمره 07 سنوات, ولادته ورضاعته طبيعيان, تربيته الثالث من إخوته, لم تعاني الأم من أي مشاكل طبية أثناء الحمل.

جميع مراحل النمو العضلي (زحف, جلوس, وقوف, مشي) كانت متأخرة و غير طبيعية. أما مراحل النمو اللغوي: كانت غير طبيعية لم يتفوه سوى بحروف غير مفهومة.

الإتصال الإجتماعي: ليس لديه علاقات جيدة مع أقرانه وإذا لعب معهم قام بضربهم.

المستوى الدراسي للطفل: لم يدخل للمدارس بسبب المرض ولكن في طور الدخول للتحضيري وبدأ يتعلم الألوان والأشكال والحروف وبعض الكلمات ولكن بصعوبة.

1-5- تقديم الحالة الخامسة: الطفل (رائد. د), مستوى إجتماعي: عادي, الأب تحصيله الدراسي(خريج المعهد التكنولوجي)

مهنته مدير متوسطة مكلف حالته الصحية جيدة.

الأم تحصيلها الدراسي (ليسانس إنجليزية), تعمل أستاذة متوسطة, حالتها الصحية جيدة ليس لدى الآباء صلة قرابة, ليس لديه أخوة.

-معلومات أولية عن الطفل المتوحد (رائد. د).

الطفل(رائد. د) عمره 07 سنوات, ولادته ورضاعته طبيعيان, ترتيبه الأول

لم تعاني الأم من أي مشاكل طبية أثناء الحمل.

جميع مراحل النمو العضلي (زحف, جلوس, وقوف, مشي) كانت طبيعية.

أما مراحل النمو اللغوي: كانت غير طبيعية

الإتصال الإجتماعي : لديه إتصال إلا مع الوالدين غير محتك بآخرين, ومنعزل عن أقرانه.

المستوى الدراسي للطفل : لم يدخل للمدارس بسبب المرض وعدم التدخل المبكر للحالة.

1-6-تقديم الحالة السادسة: الطفل (معتز.ب), مستوى إجتماعي: جيدة, الأب تحصيله

الدراسي(جامعي) مهنته مقاول حالته الصحية جيدة.

الأم تحصيلها الدراسي (09 أساسي), وهي ربة بيت, حالتها الصحية جيدة

ليس لدى الآباء صلة قرابة, لديهم طفلين

-معلومات أولية عن الطفل المتوحد (معتز.ب).

الطفلة (معتز.ب) عمره 08 سنوات, ولادته ورضاعته طبيعيان, ترتيبه الأول وهو توأم مع

أخوه, ولادة الطفل بعملية قيصرية.

جميع مراحل النمو العضلي (زحف, جلوس, وقوف, مشي) كانت في تأخر غير و طبيعية.

أما مراحل النمو اللغوي: كانت غير طبيعية لم يتفوه بكلمة دائما هادئ.

الإتصال الإجتماعي: لدي علاقات طفيفة مع الأخ الأصغر. أما مع باقي الأطفال فهو

منعزل تماما.

المستوى الدراسي للطفل: لم يدخل للمدارس بسبب المرض. وعدم التدخل المبكر للحالة.

1-7- تقديم الحالة السابعة: الطفلة (آية.س), مستوى إجتماعي: متوسط, الأب تحصيله الدراسي(09 أساسي) مهنته عامل يومي حالته الصحية جيدة.

الأم تحصيلها الدراسي (09أساسي), وهي ربة بيت,حالتها الصحية جيدة

لدى الآباء صلة قرابة (أبناء عم), لديهم طفلة أكبر منها.

-معلومات أولية عن الطفل المتوحد (آية.س).

الطفلة (آية.س) عمرها 08 سنوات, ولادتها و رضاعتها طبيعيان, ترتيبها الثاني من إخوتها, لم تعاني الأم من أي مشاكل طبية أثناء الحمل.

جميع مراحل النمو العضلي (زحف, جلوس, وقوف, مشي) كانت متأخرة وغير طبيعية.

أما مراحل النمو اللغوي: تفوهت ببعض الألفاظ الغير مفهومة وفجأة اختفت .

الاتصال الاجتماعي: ليس لديها علاقات مع من حولها حتى مع الأسرة تحب الجلوس أمام التلفاز.

المستوى الدراسي للطفلة: لم تدخل للمدارس بسبب المرض, خاصة صراخها في عدم تحمل الأماكن الغريبة. وعدم التدخل المبكر للحالة

1-8-تقديم الحالة الثامنة: الطفل(عبد الحق.م), مستوى اجتماعي: متوسط,الأب تحصيله الدراسي(09 أساسي) مهنته عامل يومي حالته الصحية جيدة.

الأم تحصيلها الدراسي (09أساسي), وهي ربة بيت, حالتها الصحية جيدة

ليس لدى الآباء صلة قرابة, لديهم 4 أطفال.

-معلومات أولية عن الطفل المتوحد (عبد الحق.م).

الطفل (عبد الحق م.) عمره 07 سنوات, ولادته ورضاعته طبيعيان, ترتيبه الرابع من إخوته لم تعاني الأم من أي مشاكل طبية أثناء الحمل.

جميع مراحل النمو العضلي (زحف, جلوس, وقوف, مشي) كانت متأخرة وغير طبيعية.

أما مراحل النمو اللغوي: كانت طبيعية في البداية ولكن أصبحت في توقف عند سن 4 سنوات.

الإتصال الإجتماعي: لديه علاقة جد ضعيفة مع جميع من حوله.

المستوى الدراسي للطفل: لم يدخل للمدارس بسبب المرض وعدم التدخل المبكر للحالة.

1-9-تقديم الحالة التاسعة: الطفلة (أمال م.), مستوى إجتماعي: متوسط, الأب تحصيله الدراسي (03 متوسط) مهنته عامل يومي حالته الصحية جيدة.

الأم تحصيلها الدراسي (03 ابتدائي), وهي ربة بيت, حالتها الصحية جيدة

ليس لدى الآباء صلة قرابة, لديهم طفلة وذكورين

-معلومات أولية عن الطفل المتوحد (أمال م.):

الطفلة (أمال م.) عمرها 07 سنوات, ولادتها ورضاعتها طبيعيان, ترتيبها الثاني من إخوتها, لم تعاني الأم من أي مشاكل طبية أثناء الحمل.

جميع مراحل النمو العضلي (زحف, جلوس, وقوف, مشي) كانت طبيعية.

أما مراحل النمو اللغوي: كانت طبيعية تفوهت بماما بابا وبعض الكلمات.

الاتصال الاجتماعي: منعزلة ومنطوية حتى بالنسبة للأسرة.

المستوى الدراسي للطفلة: لم تدخل للمدارس بسبب المرض.

10-1-تقديم الحالة العاشرة: الطفل (أمين.ش), مستوى اجتماعي: متوسط , الأب تحصيله الدراسي(04 متوسط) مهنته عامل مهني من الصنف الأول حالته الصحية جيدة.

الأم تحصيلها الدراسي (BAC), وهي ربة بيت, حالتها الصحية جيدة

ليس لدى الآباء صلة قرابة, لديهم توأم

-معلومات أولية عن الطفل المتوحد (أمين.ش).

الطفل (أمين.ش) عمره 06 سنوات, ولادته ورضاعته طبيعيان, ترتيبه الأول وهو توأم مع أخوه, لم تعاني الأم من أي مشاكل طبية أثناء الحمل, ولكن أنجبته بطريقة قيصرية.

جميع مراحل النمو العضلي (زحف, جلوس, وقوف, مشي) كانت في تأخر وغير طبيعية.

أما مراحل النمو اللغوي:كانت غير طبيعية لكن هناك مخارج لبعض الحروف

الاتصال الاجتماعي: غير اجتماعي دائما جالس لوحده منعزل عن أقرانه يحب اللعب أحيانا مع أخوه.

المستوى الدراسي للطفل: لم يدخل للمدارس بسبب المرض. و لكن عرض على الأخصائي النفسي وشخص توحد وهو الآن يتابع دراسته في التحضيري, بعدما تحسنت حالته بالنسبة للأول في روضة الخاصة بالطفل التوحد.

أسلوب الملاحظة: تم بناء قائمة من السلوكيات التي يتميز بها الطفل التوحد عن طريق وجود السلوك (عادة) ما يكون السلوك أو (أحيانا) يكون لدى الحالة أم (غير موجود تماما). ومنها سوف نستنتج شدة السلوكيات لكل حالة وظهورها لدى الحالة, من خلال الملاحظة للحالات العشرة السابقة الذكر تم ملاحظة الآتي:

1 تجنب النظر للآخر.

2 ضرب الكفين أو الأصابع أمام الوجه والجبين.

- 3 الغضب عند تغيير الروتين المتبع.
 - 4 استعمال اللعب والأشياء غير المناسب مثل فكها أو تحريك عجلاتها.
 - 5 صف أو تنظيم اللعب والأشياء غير المناسب وغضبه عند تغييرها.
 - 6 الانشغال المركز باللعب أو الكتب أو الانزعاج عند المقاطعة.
 - 7 الفشل في الإشارة إلى المواضيع التي تهمة.
 - 8 يحافظ على البعد الجسمي من الآخرين (لا يرغب بالحضن أو التقبيل والمداعبة).
 - 9 لا يمتلك سلوك معروفا لإشارات الجسم اللغوية.
 - 10 لا يبدي خوفا عاديا تجاه المخاطر (كالابتعاد أو الهروب عن الخطر).
 - 11 يصفع أو يضرب أو يعض نفسه أو يؤذيها بالضرب أو الجرح.
 - 12 يدور حول نفسه أو بشكل دائري عصبي
 - 13 يمشي على رؤوس أصابعه عند الوقوف أو الحركة.
 - 14 الحملقة في الفراغ أمامه مع الانفصال عن الواقع.
 - 15 عدم الانشغال بأنشطة اللعب المتأملة.
 - 16 عدم تقليد الأطفال الآخرين والكبار خلال اللعب.
 - 17 الاستجابة للشعور بالغضب واليأس بالثورة و الانفجارات العصبية.
 - 18 يضع يديه على الأذنين للتخفيف من الأصوات العادية لدى الآخرين.
 - 19 لا ينفذ الأوامر أو التعليمات البسيطة.
 - 20 يشعر بالانزعاج و الهيجان في الأماكن الصاخبة أو المزدحمة.
 - 21 يستعمل يدي الوالدين لفتح الحقائق والعلب.
 - 22 يئنثبه للأصوات والموسيقى أكثر من كلام الناس.
- إذا كان الطفل لفظيا أو يستعمل أشكال من الاتصال مثل الغناء أو الإشارات:

- 1 لا يستعمل اللغة في الإجابة على الأسئلة

2 يكرر الجمل والأصوات والكلمات لنفسه بدون مشاركة الآخرين.

3 يتكلم جيدا ولكنه لا يتحدث لشخص محدد ولا ينظر للناس.

4 يقول كلمة لمرة واحدة فقط حيث فقد لغة إكتسابها سابقا.

تحليل الملاحظة عند الحالة الأولى (منية.ك): من خلال ملاحظة المربية للحالة والإجابة

على السلوكيات الموجودة عندها، ما إذا كانت تنطبق عليها السلوكيات السابقة الذكر فكان

11 سلوك يظهر عليها (عادة) من بين 22 عرض من بينهم (الغضب عند تغيير الروتين)

فكانت الحالة (منية.ك) تنزعج كثيرا وعصبية جدا (الانزعاج عند المقاطعة عند الانشغال)

خاصة عند نقر الطاولة مثلا، (محافظة على البعد الجسمي) لا تحب حتى الاقتراب منها (لا

تمتلك سلوك معروف للإشارات الجسم اللغوية)، (لا تبدي تجاه المخاطر) لا تعرف ما معنى

المخاطر أصلا، تقوم بصفع نفسها وغذائها مثلا عندما تعطيها المربية الإبرة التي بها خيط

لكي ترتب بها الخرز تقوم بإذاء نفسها بها، وكذلك عند المشي تقوم بالمشي (على رؤوس

أصابعها)، (الحملقة في الفراغ) فالحالة لديها الشرود الذهني عادة، وعدم إنشغالها (بأنشطة

اللعب المتأملة)، (عدم تقليدها للأطفال الآخرين) فطريقة لعبها بمفرها وتقوم بحركات نمطية،

أما بالنسبة للسلوكيات التي تظهر عند الحالة (أحيانا) فهي 4 سلوكيات من وهم (تجنب

النظر إليك، فك الأشياء وتكسيورها، الغضب عند تغيير الأشياء، لا تنفذ التعليمات

البسيطة).وبالنسبة للسلوكيات المتبقية فهي موجودة عند الحالة، التي من بينها(الدوران حول

نفسها أو الإنزعج من الأماكن المزدحمة) مثلا هذه الأخيرة لأن الحالة غير مهتمة بمن

حولها.

من هنا نرى بأن الحالة تنطبق عليها مجموعة من السلوكيات وهذه من بين

الخصائص السلوكية التي تظهر عند الطفل التوحدي، رغم أن الحالة تحت التكفل لكن لم

تزل العديد من الخصائص النفسية و الاجتماعية لدى الحالة (منية.ك) و كذلك تحب

الموسيقى وعند سماعها تكف عن الصراخ وتقوم بالحملقة في مكان واحد وهذا خطأ قام به

الأولياء لحل مشكل الصراخ وهذا ما دفع بالحالة (منية.ك) التواصل في هذا السلوك, وربما عملية إسكاتها بالموسيقى هو من ساعد على ظهور هذه الأعراض أو الشدة فيها.

تحليل الملاحظة عند الحالة الثانية (طه.ش): من خلال ملاحظة المريية للحالة ما إذا كانت تنطبق عليها السلوكيات السابقة الذكر فكانت تنطبق عليه 7 سلوكيات من بين 26 سلوك وهم (تجنب النظر للآخر, الفشل في الإشارة لما يهمله, لا يبدي خوفا تجاه المخاطر الحملقة في الفراغ مع انفصاله عن الواقع, عدم انشغاله بأنشطة اللعب المتأملة, الشعور للاستجابة بالغضب والثورة والانفجار, يكرر الأصوات والجمل عند سماعها من الآخرين بطريقة نمطية). أما بالنسبة للسلوكيات التي تظهر (أحيانا) عند الحالة (طه.ش) من 9 من السلوكيات سابقة الذكر من بينها (صف وتنظيم الأشياء والانزعاج عند تغييرها, لا يملك سلوك معروف للإشارات, يضع يديه على أذنيه للتحفيف من الأصوات العادية, لا ينفذ الأوامر البسيطة, ينتبه للموسيقى أكثر من الكلام, لا يستعمل اللغة). أما بالنسبة للسلوكيات الغير موجودة لديه من بينها (الغضب عند تغيير الروتين, المحافظة على البعد الجسمي من الآخرين, عدم انشغاله بالأنشطة المتأملة...).

نرى بأن الحالة (طه.ش) لديه خصائص الطفل التوحدي ويظهر هذا من خلال ملاحظته, وبالنسبة للسلوكيات التي لا يسلكها لذكر وجودها لدى الحالة فأتثناء المحاورة مع المريية وضحت بأن هناك أعراض قد اختفت بعد التكفل, فمثلا "المحافظة على البعد الجسمي" فالحالة (طه.ش) في بداية عملها معه كان يرفض الاحتضان ولكن زالت هذه الخاصية وبقاء خصائص أخرى رغم العمل عليها وهذا راجع لاستجابة الحالة.

تحليل الملاحظة عند الحالة الثالثة (سجود.ع): من خلال ملاحظة الحالة ما إذا كانت تنطبق عليها السلوكيات السابقة الذكر فكانت هناك سلوكيات (عادة) ما تظاهر لدى الحالة سبع سلوكيات ظاهرة عند الحالة وهي (تحافظ على البعد الجسمي, لا تمتلك سلوك معروف للإشارات, الحملقة في الفراغ, عدم الانشغال بأنشطة اللعب المتأملة, عدم تقليد الأطفال

الآخرين والكبار, تشعر بالإنزعاج من الأماكن المزدحمة, تنتبه للموسيقى أكثر من الكلام) أما بالنسبة للسلوكيات التي تظهر (أحيانا) على الحالة فهو سلوك واحد وهو (وضع يديها على أذنيها). والسلوكيات الباقية لم تظهر على الحالة (سجود.ع) كضرب الكفين أو الوجه أو إزاء الذات أو الفشل في الإشارة إلى الأشياء) وكذلك لا تحمل الحالة أي من السلوكيات النمطية, وتعبّر الحالة عن فرحتها بالتطيل, وتحب الترتيب.

نرى بأن الحالة (سجود.ع) رغم وجود بعض السلوكيات لكنها ليست كثيرة وعدم ظهور الكثير من الأعراض كما وضحت بأن بعض الأعراض قد زالت لكنها رجعت للحالة وأرجعت هذا لعدم تعامل الوالدين معها وهذا واضح من خلال محاولة منعها من هذه السلوكيات لكنها ترفض هذا ومن هنا يتضح لنا بأن عملية التكفل يجب أن تكون من جميع الأطراف وإلا إعادة ظهور هذه الأعراض .

تحليل الملاحظة عند الحالة الرابعة (أمين.د): من خلال ملاحظة المربية للحالة والإجابة على ما إذا كانت هناك سلوك من السلوكيات السابقة الذكر يحملها الحالة (أمين.د) ومتمثلة في ثمانية سلوكيات وهي (تجنب النظر للأخر عند الكلام معه, الفشل في الإشارة للمواضيع التي تهمة, لا يمتلك سلوك معروف لإشارات الجسم اللغوية, لا يبدي خوفا عاديا تجاه المخاطر, الحملقة في الفراغ مع الانفصال عن الواقع, عدم الانشغال بأنشطة اللعب المتأمله, عدم تقليد الأطفال الآخرين أو الكبار, لا يستعمل اللغة). وهذه السلوكيات هي (عادة) ما تظهر عند الحالة, أما بالنسبة للسلوكيات التي تظهر (أحيانا) عند الحالة (أمين.د) هي ضرب أحد أعضاء جسمه كالعض مثلا, صف الأشياء والغضب عند تغييرها, وضع يديه على أذنيه للتخفيف من الأصوات العادية, أما بالنسبة للسلوكيات الغير ظاهرة على الحالة فهي متمثلة في الغضب عند الروتين أو الإنشغال عند اللعب والإنزعاج عند المقاطعة... وغيرها من السلوكيات المتبقية.

ومن هنا نرى بأن الحالة (أمين د) ظهر لديه بعض السلوكيات التي عادة ما يسلكها وهي دائمة وبشدة ووجودها رغم التكفل به، وظهور أخرى أحيانا وهذا راجع لعملية التكفل نلاحظ بأنها في الظهور غير دائم وليس دائما، وسلوكيات أخرى غير موجودة لدى الحالة ووضحت المربية في أنها زالت فكان بعضها موجود عند الحالة ولكنها زالت.

تحليل الملاحظة عند الحالة الخامسة (رائد.د): من خلال ملاحظة المربية للحالة والإجابة على ما إذا كانت هناك سلوك من السلوكيات السابقة يحملها الحالة، فكانت هناك أربع سلوكيات (عادة) ما تظهر عند الحالة، وهي (الفتل في الإشارة إلى المواضيع التي تهمة المحافظة على البعد الجسدي من الآخرين، الحملقة في الفراغ مع الانفصال عن الواقع، عدم الإنشغال بأنشطة اللعب المتأمله). أما السلوكيات التي كانت تظهر (أحيانا) متمثلة في (تجنب النظر للآخر عند الكلام معه، الإنشغال المركز باللعب و الإنشغال عند المقاطعة يمشي على رؤوس أصابعه عند الحركة، الإستجابة للشعور بالغضب، يضع يديه على أذنيه للتخفيف من الأصوات العادية، يشعر بالإنزعاج في الأماكن المزدحمة) أما باقي السلوكيات لا تظهر عنده فهي منعدمة لديه.

إذن نرى بأن الحالة (رائد.د) السلوكيات التي تظهر عنده أكثرها تظهر أحيانا وتختفي وهي متمثلة في الخصائص النفسية كالإستجابة للشعور بالغضب، ووضع يديه على أذنيه للتخفيف من الأصوات، وكذلك الإجتماعية كشعوره بالإنزعاج في الأماكن المزدحمة وهذا يعبر عن العزلة الإجتماعية.

تحليل الملاحظة عند الحالة السادسة (معتز.ب): من خلال ملاحظة المربية للحالة والإجابة على ما إذا كانت هناك سلوك من السلوكات السابقة الذكر فتضح بأن هناك أربع سلوكيات تظهر على الحالة وهي (تجنب النظر للآخر عند الكلام معه، صف وتنظيم الأشياء وغضبه عند تغييرها، الإنشغال المركز باللعب والانزعاج عند المقاطعة، لا يستعمل

اللغة للتوصل). أما باقي السلوكيات فهي منعدمة تماما عند الحالة. وبالنسبة للإيجابيات فلديه تركيز نوعا ما وكذلك يقرأ الحروف والأرقام, يقول بعض الكلمات.

نرى بأن الحالة (رائد.د) كانت يحمل أربع سلوكيات من بين 22 سلوك وهذا راجع لمدة التكفل به فالكثير من السلوكيات التي كان يسلكها الحالة وأختفت ولم تكن لديه سلوكيات تظهر أحيانا فمعظمها إختفت, أما السلوكيات البارزة الظهور فهي من ضمن الخصائص الإجتماعية وتبين هذا لعدم اللعب الجماعي ولا يستعمل اللغة للتواصل.

تحليل الملاحظة عند الحالة السابعة (آية.س): من خلال ملاحظة المربية للحالة والإجابة على ما إذا كانت هناك سلوك من هذه السلوكيات تظهر عند الحالة وهي خمس سلوكيات من التي سبق ذكرها وهي (فك الألعاب, صف وتنظيم الألعاب والغضب عند تغييرها, عدم تقليد الآخرين, تشعر بالإنزعاج في الأماكن المزدحمة, تنتبه للأصوات أكثر من الكلام). أما بالنسبة للسلوكيات الذي كان ظهورها (أحيانا) فهي متمثلة في عرضين (الإنشغال المركز باللعب والإنزعاج عند المقاطعة, يمشي على رؤوس أصابعه عند الحركة), أما بالنسبة لباقي السلوكيات فكانت غير موجودة لدى الحالة ومن بينها (تجنب النظر للآخر عند الكلام معه لا يبدي خوفا من المخاطر , صفع أو عض نفسه أو إذائها).فهذه الخصائص منعدمة لدى الحالة.

نرى بأن الحالة (آية. س) بالرغم من وجود بعض السلوكات موجودة عند الحالة وبصفة دائمة, أما العديد من السلوكيات المذكورة لم تكون تظهر عند الحالة وهذا طبعا كونها تتابع في الروضة الخاصة بالتوحيدي لتعديل السلوك, وقد إختفت العديد منها.

تحليل الملاحظة عند الحالة الثامنة (عبد الحق.م): من خلال ملاحظة المربية للحالة والإجابة على ما إذا كانت هناك سلوك من هذه السلوكيات السابقة الذكر فإن الحالة لم تنطبق عليه أحد السلوكيات المذكورة بشدة أو سلوك عادة ما يسلكه, وهناك بعض السلوكيات كانت تظهر عند الحالة (أحيانا) وهي (الإنشغال المركز باللعب والإنزعاج عند

المقاطعة, يحافظ على البعد الجسمي من الآخرين) أما بالنسبة لسلوكيات الأخرى لا تحملها الحالة.

نرى بأن الحالة (عبد الحق.م) لا يحمل العديد من السلوكيات الغير عادية, يحمل سلوكات محددة ولا يسلكها بكثافة ولكنها تظهر أحيانا, وهذا لأن الحالة في تحسن نتيجة التكفل لمدة طويلة فمعظم السلوكيات إختفت وظهرت أحيانا وليس بشدة كونه طفل توحدي لم تختفي الأعراض تماما.

تحليل الملاحظة عند الحالة التاسعة (أمال.م): من خلال ملاحظة المريبة للحالة والإجابة على ما إذا كانت هناك سلوك من هذه السلوكيات تنطبق على الحالة ومن بينها التي (عادة) ما تظهر وبشدة, 12 سلوك من هذه السلوكيات من بينها (الغضب عند تغيير الروتين, تدور حول نفسها بشكل دائري, تمشي على رؤوس أصابعه عند الوقوف أو الحركة, عدم الإنشغال بأنشطة اللعب المتأمله, تنتبه للأصوات والموسيقى أكثر من الكلام الإستجابة للشعور بالغضب واليأس بالثورة والإنفجارات العصبية) أما بالنسبة للسلوكيات التي تظهر عند الحالة (أحيانا) هي أنها (لا تنفذ الأوامر البسيطة, تشعر بالإنزعاج من الأماكن المزدحمة) وبعضها فقط لم تنطبق على الحالة.

نرى بأن الحالة (أمال.م) تحمل العديد من السلوكات وتظهر عنها بشدة وهذا دال على التوحد الشديد ومن هنا يتضح بأن الحالة لديها خصائص نفسية كالقلق والغضب عند تغيير لها الروتين أو إستجابة لشعورها بالثورة والإنفجارات العصبية. أما الخصائص الإجتماعية تظهر لدي الحالة في الإنزعاج من الأماكن المزدحمة وعدم التواصل.

تحليل الملاحظة عند الحالة العاشرة (أمين.ش): من خلال ملاحظة المريبة للحالة والإجابة على ما إذا كانت هناك سلوك من هذه السلوكيات الظاهرة عند الحالة (عادة) وهي خمس سلوكيات من بين السلوكيات المذكورة, وهي (الغضب عند تغيير الروتين المتبع, لا يمتلك سلوك معروفا لإشارات الجسم اللغوية, لا يبدي خوفا عاديا تجاه المخاطر, الحملقة في

الفراغ أمامه مع الانفصال عن الواقع, عدم تقليد الأطفال الآخرين والكبار خلال اللعب). أما بالنسبة للسلوكيات التي تظهر على الحالة (أحياناً) من بينها (تجنب النظر للآخرين, عدم الإنشغال بأنشطة اللعب المتأمله, عدم تقليد الأطفال الآخرين والكبار خلال اللعب, ضرب الكفين أو الأصابع أمام الوجه).

نرى بأن الحالة (أمين.ش) لديه بعض السلوكيات التي تنطبق عليه منها النفسية كالغضب عند تغيير الروتين, والإجتماعية كعدم تقليده للأطفال أو الكبار خلال اللعب وهذا يتضح من خلال اللامبالاة للآخرين.

تحليل المقابلات:

المحور الأول:

السؤال الأول: هل يعاني الطفل التوحدي من نوبات من الصراخ أو الضحك بدون سبب؟.

1- حسب المربية الأولى: يوجد حالات دائماً تعابير ووجوههم ضاحكة حتى البكاء لا يستطيع أو فجأة يبكي, وهناك تغير من خلال التدريبات مثل الدغدغة والمداعبة أو غلق الفم وتدليكه.

2- حسب المربية الثانية: يوجد حالات تبكي في الصباح عند الدخول أو وقت الخروج نتيجة القلق وكذلك الضحك عند إنجازه للتمرين.

3- حسب المربية الثالثة: يوجد من يصرخ بسبب ويوجد الذين يضحكون بدون سبب.

4- حسب المربية الرابعة: يوجد قهقهات أحياناً و أحياناً يتحول لبكاء وتتنقص هذه الأعراض نتيجة التكفل.

5- حسب المربية الخامسة: يبقى عرض الضحك بدون سبب ولو بعد التكفل.

تحليل السؤال الأول: هل يعاني الطفل التوحدي من نوبات من الصراخ والضحك بدون سبب, من خلال التساؤل القائم على وجود أحد الخصائص المتفق عليها في DSM4 وهي خاصية (نوبات الصراخ أو الضحك بدون سبب) والذي أجمع المربيين على وجودها وبطرق مختلفة عند كل حالة وكيفية الظهور عندها إما الضحك بسبب أو بغير سبب أما بالنسبة للبكاء فهي حالة يتعرض لها الطفل بعد الضحك مثلا نتيجة القلق, ويعتبر الصراخ والبكاء كاستجابة للإنزعاج أو الإحباط عند الطفل التوحدي , ويعني هذا عندما يحاول تركيب شيء معين ولا يستطيع فيصرخ مثلا وأحيانا أخرى عند طلبه لشيء معين ولا يتوفر له فيحاول الصراخ دون التعبير بطرق أخرى.

السؤال الثاني: هل يقوم الطفل التوحدي بالإنفعال والثورة والغضب عند نزك منه لعبته؟

1- حسب المربية الأولى: يوجد ولكن عند كل الحالات التي لاحظتهم, يوجد من هم عديمي الشعور, لا يدافع على الأشياء أصلا, ولديهم ردة فعل تجاه شيء واحد ويدافعون عليه.

2- حسب المربية الثانية: يوجد حالات تتفعل وتضرب ويوجد تعبيرات خاصة تجاه الغضب كالعض أو الضرب, أو الرعشة.

3- حسب الحالة الثالثة: يوجد حالات لديها إنفعال وثورة والغضب كما يوجد حالات أخرى لا يقوم بردة فعل أصلا.

4- حسب المربية الرابعة: يوجد من يخطب وحالات أخرى تحتاج لتحفيز للغضب كأن أدفعهم للفصام مع بعضهم البعض.

5- حسب المربية الخامسة: لا يوجد إنفعال والثورة أو غضب ولكن يقوموا بردات فعل كالصراخ والبكاء.

تحليل السؤال الثاني: رغم إتفاقهم على وجود خاصية الإنفعال والثورة والغضب عند نزع منه اللعبة وهذا نتيجة إرتباطه بهذه اللعبة إلا أن هناك حالات لا تظهر ردة فعل أصلا تجاه مواقف تستدعي إنفعال أو غضب و من هنا يعتبر لديه برود إنفعالي حسب ما وصفته المربية بعديمي الشعور, وهذه خاصيتين مهمتين عند الطفل التوحدي وهي من وجهة نظر المربيات إما الإنفعال والثورة والغضب الشديد غير عادي عند نزع منه شيء هو متعلق به أو يحبه أو العكس برود تام تجاه شيء يخصه أو من ملكيته, وهذا ما وضحت المربيات بأنهم يعملنا على دفع الطفل الغير مندفع ولديه جمود عاطفي وعدم الدفاع عن نفسه على وضعه في موقف خصام (أي إعطائه لعبة يحبها ودفع طفل آخر لنزعها منه) عملية تحفيز لإكتسابه صفة الغضب.

السؤال الثالث: هل يعتني بألعابه وإظهار العاطفة والارتباط بها وعدم رميها أو إحداث العطل فيها؟

1- حسب المربية الأولى: يوجد هذا عند الحالات الذين لديهم تعلق, كما يوجد ألعاب نستخدمها للتحفيز كاللعبة التي يحبونها.

2- حسب المربية الثانية: لا يوجد تعلق بالألعاب ويوجد حالات عندما يريد اللعبة يذهب لها ويأخذها حتى ولو من عند غيره.

3- حسب المربية الثالثة: علاقته بلعبة معينة هي ما تجعله متواصل معك وأحيانا يبقي في البحث عنها وعند تغييرها يقلق.

4- حسب المربية الرابعة: لا توجد حالات مرتبطة بلعبة معينة.

5- حسب المربية الخامسة: التفكيك لا يوجد والرمي كذلك في بعض حالات فقط.

تحليل السؤال الثالث: يوجد إختلاف عند الطفل التوحدي , فهناك حالات تتعلق بلعبة معينة ولا يستطيع الإستغناء عنها وأخرى لا يبدي أي تعلق تجاه لعبة محددة ويوجد كذلك ما زرعته

المربية بطريقة التحفيز فهكذا يصبح وحب اللعبة ومتعلق بها ولا يستطيع الإستغناء عنها وبيحث عنها عند إختفائها . ومن هنا نلاحظ بأن بعض الخصائص تعتبر مكتسبة وليس بخاصية فطرية عند الطفل التوحدي, ومن هنا يتضح لنا بأنه ليس كل حالات التوحد يتعلق بشيء معين ويلتصق به وربما يكون مكتسب.

السؤال الرابع: هل يقوم الطفل التوحدي ببعض التعبيرات الإنفعالية (الحزن, الفرح) الطبيعية كردة فعل بعض المواقف التي تحتاج ذلك؟

1- حسب المربية الأولى: الأطفال الذين أتعامل معهم يتفاعل حسب تعابير وجهي عندما أضحكه يضحك وعندما أنهيه عن شيء لا يفعله.

2- حسب المربية الثانية: في الأول لا يوجد هذه التعبيرات وحاليا تلاحظين الفرحة بعد إنهاء التمرين وكى يقلق يعبر على قلقه.

3- حسب المربية الثالثة: لا يقوم بهذه التعبيرات ولكن ينتظر منك تحفيز للقيام بهذه التعبيرات.

4- حسب المربية الرابعة: نلاحظ بأنه يوجد حالات تضحك حتى حين النظر إليها وآخرون يخافون.

5- حسب المربية الخامسة: ليس في كل الحالات بعضها يفهمك والآخر لا.

تحليل السؤال الرابع: نلاحظ بأن المربيات إتفقنا على أن الطفل التوحدي لا يتفاعل مع تعابير وجهكي وخاصة في البداية فهذه الخاصية يمتاز بها الطفل التوحدي لعدم فهمه هذه التعبيرات وعدم التجاوب في بعض المواقف وهذا نتيجة بروده إنفعاليا وهذا راجع لإنعدام التبادل الإجتماعي و الإنفعالي, ولكن نتيجة التكفل إبتدأت هذه الخصائص تزول فهي تجعلهم يتجاوبون معها نتيجة عملها على عملية التحفيز.

السؤال الخامس: هل تشعرين بأن لديه أجواء نفسية خاصة به؟

1- **حسب المربية الأولى:** يوجد ولا تجدين لها تفسير تبقى في تساؤل ماذا تفعلين تصرفات غريبة وتتسائلين لماذا قام بهذا التصرف أصلا.

2- **حسب المربية الثانية:** يوجد كالعناد, ويجعلك في حيرة هل هذا عناد أم ماذا؟ وهل هو موجه لي؟ كذلك الروتين أعمل على تغييره.

3- **حسب المربية الثالثة:** دائما يغني ويتكلم في كلام غير مفهوم مثلا.

4- **حسب المربية الرابعة:** يوجد ولكن مختلفة من طفل لآخر وتحسن بعد التكفل.

5- **حسب المربية الخامسة:** كالإنطواء, الحزن, ضحك تجاه موقف أم لا.

تحليل السؤال الخامس: نرى بأن الطفل التوحدي لديه أجواء نفسية خاصة به فتكون بها تصرفاته غريبة لدرجة أن المربية تتسائل لماذا هو هكذا وكل حالة تظهر لديها تصرفات خاصة يمتاز بها كالكلام بطريقة غير مفهومة نتيجة دخوله في عالمه الخاص.

السؤال السادس: هل يقوم الطفل التوحدي بتغيير مكانه ويجول من مكان لآخر؟

1- **حسب المربية الأولى:** أنا لا أستعمل المكان الخاص لأنني أريد تغيير الروتين ويوجد حالات يصيبها القلق لا تستطيع الجلوس أو حتى الوقوف.

2- **حسب المربية الثانية:** لا يوجد تغيير المكان, وحين تغييرهم لهم المكان تجده متعلق بالمكان الأول, والوقوف لأنه لديهم فرط حركة.

3- **حسب المربية الثالثة:** يوجد حالات تقلق من الضغط وتصبح لها رغبة في تغيير المكان أو الخروج أصلا.

4- حسب المربية الرابعة: كايين حالات إلا إذا أخذته لمكان لوحده لكي يستطيع العمل معي وأحصره بزواية لوحده.

5- حسب المربية الخامسة: لا يوجد حتى ولو غير المكان عند قولي له إرجع يعود.

تحليل التساؤل السادس: نلاحظ بأن المربية هي من دربت الطفل على جلوسه في مكانه الخاص ولكن في الأساس الطفل يصيبه القلق لوحده في مكان معين والضغط عليه.

السؤال السابع: هل يميل هؤلاء الفئة للعناد والمشاكسة؟

1- حسب المربية الأولى: طبعا يوجد حالات تميل للعناد, يمكنني فهمه لكنه لا يحب أن يفعل الشيء.

2- حسب المربية الثانية: مرت بي حالة للعناد, لا ألاحظ بأنه لديهم عناد.

3- حسب الحالة الثالثة: إلا إذا كان شيء له رغبة بـه فهنا يستعمل العناد وإرادته لذلك الشيء.

4- حسب المربية الرابعة: يوجد لديهم عناد, يقوم بفعل الشيء رغم عنك.

5- حسب المربية الخامسة: يوجد حالات كثيرة لديها عناد, وبعضهم لا.

تحليل السؤال السابع: نلاحظ بأنه يوجد هناك عناد عند التوحيدي ولكن كل منه تفسيره على حسب الحالة ويوجد حالات لديها عناد وأخرى لا ومن هنا نلاحظ بأن العناد لديه يعبر به عن إرادته لشيء ويعنف وبدون تراجع, أما بالنسبة للمشاكسة فلم تذكرها أي منهم وهذا راجع لطبيعة الطفل التوحيدي بطبعه يمتاز بإنسحابه من الواقع ولذا لا يقوم بالمشاكسة وعدم ظهور هذه الخاصية لديهم.

السؤال الثامن: هل يكون الطفل التوحيدي شارد الذهن أحيانا؟

- 1- **حسب المربية الأولى:** نطلق عليهم تشتت الإنتباه وليس شرود الذهن وأحيانا نلاحظه.
- 2- **حسب المربية الثانية:** يوجد، أنا أعمل على الشرود وهو هدف من أهداف مهنتي أجعله يركز على التمرين وتشغيله به والتصفيق له عند الشرود.
- 3- **حسب المربية الثالثة:** لديهم شرود الذهن ولكن ليس كلهم، قليل عندهم وعند تنبيههم يعودون لحالتهم الطبيعية.
- 4- **حسب المربية الرابعة:** كثيرا هذه الحالات، يضع رأسه محاولا الشرود وأنا أشنت له عملية الشرود.
- 5- **حسب المربية الخامسة:** لا لم ألاحظ، أرى عندهم تشتت الذهن.

تحليل السؤال الثامن: نلاحظ بأن هناك شرود الذهن عند أطفال التوحد وكان على شكل تشتت للإنتباه وأطلقت المربية عليه بتشتت الإنتباه لأنها كانت ترى الحالة شاردت الذهن أثناء التمرين وهكذا تعتبره تشتت الإنتباه.

التحليل العام للمحور الأول: ظهور هذه خصائص النفسية لدى الحالات كالصراخ والانفعال عند نزع منه شيء معين وعدم التفاعل مع تعابير الوجه والدخول في أجواء نفسية خاصة به "كالغناء أو اجترار كلمات والعناد وشرود الذهن". فيعتبر وجود هذه الخصائص بنسب عند الحالات وحسب الحالة فتظهر عند بعضهم وخصائص أخرى وجودها أحيانا أما عدم وجود بعضها فهذا راجع لمساعدة المربية الخاصة في زوالها أو عملية التخفيض منها.

المحور الثاني: الخصائص الإجتماعية:

السؤال الأول: هل يرفض الطفل التوحيدي اللعب الجماعي ويميل للعب بمفرده؟

- 1- **حسب المربية الأولى:** تقريبا هذا العرض الأساسي للحالة، وأحيانا تلاحظين لديهم قابلية في الساحة ويتبعون الباقي وينزعون الألعاب لبعضهم.

2- حسب المربية الثانية: أكثرهم يلعبون بمفردهم مع الجماعة لا، وكانوا في الأول لا يقتربون من الألعاب أصلا.

3- حسب المربية الثالثة: من قبل يرفضون ويوجد من تحسبهم في عالمهم الخاص يلعبون بمفردهم.

4- حسب المربية الرابعة: في البداية ولكن تحسبهم وأصبحوا مندمجين مع الأطفال الآخرين ويلعبون مع بعضهم البعض.

5- حسب المربية الخامسة: يوجد اللعب الفردي وحالات أخرى تجدها مندمجة مع الآخرين.

تحليل السؤال الأول: نلاحظ بأن المربيات يتفقنا على أن الطفل التوحدي يفضل اللعب بمفرده وهذه من أهم الخصائص الإجتماعية بأن الطفل التوحدي منعزل في طريقة لعبه ولكن نتيجة إندماجهم مع الأطفال العاديين يكتسبون خاصية اللعب الجماعي.

السؤال الثاني: هل الطفل التوحدي منطوي ومنعزل عن أسرته؟

1- حسب المربية الأولى: بالنسبة لهذا تلاحظين إنعزاله، ونلاحظ سلوكيات الطفل هل هي في تغير؟ وهذا راجع لمساعدة الأسرة نتيجة ما نطلبه منهم فمنهم من يتبع ومنهم لا يطبق.

2- حسب المربية الثانية: كانوا منطويين مع العمل تحسبهم ويوجد حالات ميؤس منهم وعند إجتماع الأولياء للتطبيق مع أبنائهم هنا نلاحظ تجاوب الطفل معهم أم لا ؟

3- حسب المربية الثالثة: لا. أصلا عندما ينهي عمله يقوم بمناداتي لتشجيعه.

4- حسب المربية الرابعة: يوجد من لا يرغبون بالأماكن الموجودة بها الأشخاص كثيرا وبالنسبة لأسرة يفرح عندما تقولين (بابا راح يجي).

5- حسب المربية الخامسة: نعم، وتلاحظين هذا عندما يأتي الأسر لأخذهم.

تحليل السؤال الثاني: نلاحظ بأن هناك حالات منطويين ومنعزلين عن جميع الأشخاص حتى عن أسرهم، ومن هنا نلاحظ بأن خاصية من خصائصه عدم التفاعل الإجتماعي مع جميع من حوله وهذا بحاجة لمساعدة من الأسرة في حد ذاتها أحيانا نرى بأن حالات منعزلة عن أسرتها لكن مع المربية مندمج ومتواصل معها وهذا راجع إليهم فهم يرفضونه كحالة أو يرفضون العمل معه.

السؤال الثالث: هل يذهبون ويطلبون أخذهم من قبل والديهم عند أخذهم من الروضة؟

1- حسب المربية الأولى: فئة قليلة، لأنهم يريدون الذهاب أو الخروج فقط.

2- حسب المربية الثانية: نعم، يعرف وقت ذهابه، ولو لعدم ظهور الوالدين ولكن إذا رأى السائق يذهب إليه يجري.

3- حسب المربية الثالثة: نعم، لا زال أذكر كلمة "بابا" يذهب يجري عادي.

4- حسب المربية الرابعة: عند ملاحظتهم الذهاب إليهم.

5- حسب المربية الخامسة: يفهم هو أصلا مترسخ لديهم فكرة الذهاب إلى المنزل.

تحليل السؤال الثالث: نلاحظ بأن الطفل عند ذهابه نحو والديه نتيجة فهمه لنهاية الحصة وأصبح وقت الخروج وعند ملاحظته لوالديه يذهب إليهم بسرعة لفهمه أنه ذاهب إلى المنزل.

السؤال الرابع: هل يستجيب الطفل عند مناداته؟

1- حسب المربية الأولى: تقريبا كلهم يستجيبوا، نتيجة العمل معهم.

2- حسب المربية الثانية: في الأول لا يستجيب أصلا وحاليا في تحسن يميز الأصوات وخاصتا بأسمه.

3- حسب المربية الثالثة: نعم يستجيب عند مناداته, حالات نادرة تكون شاردة الذهن ولا يستطيع أن يسمع حين مناداته.

4- حسب المربية الرابعة: نعم يوجد من لا يستجيب عند مناداته ولكن تحسنوا وأصبحوا يستجيبوا.

5- حسب المربية الخامسة: نعم يعرفوا أسمائهم ويستجيبوا عند مناداتهم.

تحليل التساؤل الرابع: أكدت جميع المربيات بأن خاصية (عدم إستجابة الطفل التوحدي عند مناداته) هي خاصية كانت موجودة لدى الطفل لكنها زالت نتيجة عملية التكفل وكان هذا بتكرار للإستجابة عند مناداته, ويوجد حالات عند مناداتها لا تستجيب للنداء ليس لأنها لا تعرف إسمها وإنما هذا راجع إلى عملية الشرود الذهني التي تعيق له عملية السمع.

السؤال الخامس: هل يستخدم كلمات واضحة أو إشارات للتواصل؟

1- حسب المربية الأولى: اللغة مازال, وإذا كانت عند بعض الحالات ألفاظ أو كلمات فهي مكتسبة نتيجة سماعها في مكان معين ويعيد تكرارها ويوجد حالات يعرف معنى الكلمة التي ينطقها وحالات أخرى مجرد مخارج صوتية فقط, وبعضهم الآخر لا يميز حتى الضمائر أنا والأخر.

2- حسب المربية الثانية: بعد التكفل نعم, يجد ألفاظ خاصة يعبر بها ويأخذني للمكان الذي به شيء المراد أخذه.

3- حسب المربية الثالثة: قليلا, عندما يكمل التمرين يطلب تمرين آخر ككلمة (حطي) عندما يكمل.

4- حسب المربية الرابعة: يوجد مثل كلمة "ياله" يتعلمها مني عندما نطبق التمرين الكلمة التي يسمعها هي من يعيدها.

5- حسب المربية الخامسة: إشارات فقط, كلمات لا يوجد.

تحليل التساؤل الخامس: نلاحظ بأن الطفل التوحدي يحاول إكتساب الألفاظ ولكن دون فهم المعنى أحيانا وهذا راجع بكونهم غالبا مايرددون ما يقال دون فهم أو إستعاب وهذا ما يسمى بالمصاداه وهذه خاصية من خصائصه.

السؤال السادس: هل يتجنب الطفل التوحدي التلامس النظري إليكي أو إلى الأشياء المحيطة به؟

1- حسب المربية الأولى: يوجد حالات لا تضع عينها بعينك عندما تتكلمين معها وحالات أخرى تنظر ولكنها لا تركز معكي.

2- حسب المربية الثانية: أحيانا عند بكاء أحد أصدقائه, وأحيانا عندما تضحكين يفرح جدا وعند عبس وجهكي ينزع عينيه من الخوف.

3- حسب المربية الثالثة: نعم ينتبه, لتعبير الأشياء مثلا وعندما يصرخ أحدهم ليسكته ويتفاعل معه.

4- حسب المربية الرابعة: يوجد من يلاحظ . خاصة الكتابة أو شيء من هذا القبيل ويوجد من يرفض الأشياء الجديدة أصلا.

5- حسب المربية الخامسة: يوجد, يلاحظون الجديد أو الأشياء الجديدة.

تحليل السؤال السادس: نرى بأن الطفل التوحدي لديه تلامس نظري ولكن للأشياء الجديدة أو صراخ أحد الأصدقاء أي إلى الأشياء التي تجذب, أما بالنسبة للأشياء البسيطة كالنظر في العين فهنا لا يعتمد على التركيز ,وهذا راجع لخاصية عدم التواصل بالعين وتجنب تلاقي العيون.

السؤال السابع: هل يستطيع أن يفرز المزاج أو السخرية من الآخرين؟

1- حسب المربية الأولى: يفهم الغضب منه أما السخرية فلا, عندما تشبكي يديك أو تديرينا له بظهرك يفهمك.

2- حسب المربية الثانية: لا يفهم السخرية أما المزاج يفهمه.

3- حسب المربية الثالثة: يميز السخرية أحيانا وكذلك مزاجي يفهمه عندما أضحك أو أقلق منه.

4- حسب المربية الرابعة: نعم ولكن في بعض الحالات فقط.

5- حسب المربية الخامسة: يميز المزاج لكن السخرية لا.

تحليل السؤال السابع: نلاحظ بأن المربيات إتفقنا على أن الطفل التوحدي يميز المزاج عند الضحك لهم أو الغضب منهم لكن تمييزهم للسخرية فلا توجد عندهم ومن هنا نلاحظ بأن المزاج هو ما تدرب عليه أو تعلمه أما بالنسبة للسخرية هذا راجع لإهماله التام لما يدور حوله.

السؤال الثامن: هل يتفاعل مع تعابير وجهكي مثل الإبتسامة والضحك؟

1- حسب المربية الأولى: ممكن عندما تكون حالات لديها الربط كثيرا, يربط بالمواقف السابقة مثلا كقولي له كلمة "كركر" معناها أضحك وهكذا يصبح يطلبها مني.

2- حسب المربية الثانية: نعم يتفاعل خاصة في الضحك وحالات أخرى تفهمك من تعبير وجهكي.

3- حسب المربية الثالثة: نعم, يفهمني عندما أكون قلقا منه.

4- حسب المربية الرابعة: أكيد, إلا إذا كان مريض

5- حسب المربية الخامسة: نعم يفهم تعابير الوجه ويتفاعل معها.

تحليل السؤال الثامن: يتضح من خلال وجهة نظر المربية تجاه تفاعل الطفل التوحدي مع تعابير الوجه مثل الإبتسامة والضحك فإنه يفهم تعابير الوجه ويتفاعل معها, يضحك عند إبتسامتك ويغضب عند القلق منه وهذا طبعا راجع لكونه طفل متكفل به.

السؤال التاسع: هل تلاحظين بأن هناك تحسن بعد عملية التكفل في بعض الخصائص؟

1- حسب المربية الأولى: أكيد هناك تحسن في الحركات النمطية مثلا وكذلك في التواصل البصري وكذلك في الكلام الغير مفهوم والأعراض القابلة للتطور في نظري مثل: الجلوس والجري.

2- حسب المربية الثانية: يوجد أعراض تذهب أصلا وأخرى تتحسن وتظهر ساعة على ساعة.

3- حسب المربية الثالثة: يوجد من كان كسول يصبح سريع في عمله , ويوجد من كان عنيد تحسن, ويصبح ينظر مني أمر لكي يقوم بالأشياء.

4- حسب المربية الرابعة: يوجد تحسن, مثل الحركة كثيرا زالت, الكلام لا يوجد فقط رمرمة ونمطية, الضحك نقص وأصبحوا يخافون من المرتفعات والحركات الدقيقة.

5- حسب المربية الخامسة: يوجد تغير ونقص خاصة في السلوكات النمطية خاصة ررفة اليد والنقر على الأشياء وكذلك الضحك بلا سبب, أصوات الصدائية.

تحليل السؤال التاسع: تلاحظ المربيات بأن هناك تغيير ببعض الخصائص نتيجة عملية التكفل بعضها زالت وأخرى تظهر أحيانا وأخري يحاولون بتغييرها.

التحليل العام للمحور الثاني: تبين من خلال محور الخصائص الإجتماعية بأن الحالات تحمل هذه الخصائص كاللعب الفردي كان في بداية دخوله لروضة ظهور هذه الخاصية لكن نتيجة إندماجهم مع فئة الأطفال العاديين إبتدأت في الإختفاء, وكذلك الإنعزال لجميع

من حولهم حتى بالنسبة لأسرهم وكذلك خاصية الشroud الذهني هي التي تدفع الطفل لعدم الاستجابة عند مناداته، ولا يستعمل اللغة و الاستغناء على الإشارات فقط تكرر بعض الألفاظ التي تم سماعها دون فهم معناها وأيضا عدم التلامس النظري لديهم ولكنهم مكتسبين لتمييز المزاج ووضحت هذا المربية في قولها "عندما تشبكي يدك ولا تدوريله بضهرك يفهمك". من هنا نلاحظ بأن هذه الحالات تغلب عليهم هذه الخصائص فمثلا رغم إندماجه بالآخرين لكن لازال حاملا لهذه الخصائص، يمكننا القول بأن هذه الخصائص انخفضت نوع ما ففي البداية كان يرفض الطفل البقاء مع أقرانه والآن وجوده بجانبهم عادي فلا نعتبر هذا احتكاك بهم فهو لا يعتبرهم موجدين أصلا لكنه أصبح يحاول اللعب بنفس الألعاب بل ومنازعة هذه الألعاب لأصدقائه فمن هنا يتضح بأنه في تطور نتيجة الاهتمام بهذه الفئة.

المناقشة العامة:

من خلال الدراسة التي قمنا بها والتي انطلقت من التساؤل التالي: ما هي أهم الخصائص النفسية و الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المربية؟ وذلك اعتمادا على شبكة الملاحظة التي ساعدتنا المربيات في الإجابة على السلوكيات التي تظهر على الحالات العشر كل على حدا.

بعد تحليل محاور المقابلة تبين من وضع المحور الأول المتضمن الخصائص النفسية بأن الطفل التوحدي حامل لمجموعة هذه الخصائص من بينهم ظهور نوبات من الصراخ والضحك بدون سبب وهما خاصيتين متضادتين يحملهما ويتداول في ما بينهما، كما أن الصراخ يعتبر الوسيلة التي يعبر بها الطفل التوحدي على شعوره بالقلق أو في طلب شيء يريد التحصل عليه. أما بالنسبة للبكاء فيظهر لدى الحالة دون معرفة سبب ظهوره، كما يرى الدكتور قحطان أحمد ظاهر بأن في قوله: « يظهر الأطفال المصابون بالتوحد علامات من الحزن دون أن يكون هناك أسباب بيئية تدعو إلى ذلك ودون أن يعوا بذلك.» (قحطان أحمد الظاهر، 2009، ص47).

أما بالنسبة للمحور الثاني المتضمن للخصائص الإجتماعية فتوصلنا إلى أن الطفل التوحدي رغم إنعزاله على جميع من حوله حتى بالنسبة لأسرهم لكن عملية التكفل هي ما جعلت هذه الخصائص في تغيير نحو الأحسن وجعلت هؤلاء الأطفال في تطور مثل ذلك في البداية كانت معظم الحالات ترفض التواصل أو عملية الإحتضان من قبل المربية لكن مع إستمرارها في زوال هذه الخاصية فأصبح الأطفال يطلبون الإحتضان من قبل المربية. حيث يرى (شاكر قنديل, 2000) « بأن الأطفال التوحيديين الأكثر قدرة قد يقتربون من الأشخاص المؤلفين لديهم, بل إن بعضهم قد يجلس في حجر شخص مألوف لديه ويستمتع بمعارفته وإحتضانه له. » (محمد أحمد خطاب, 2009, ص 33).

أما بالنسبة لإعتمادنا على عملية الملاحظة فقد توصلنا إلى معظم الحالات يحملون نفس السلوكيات كالمشي على رؤوس الأصابع والحملقة في الفراغ مع إنفصال عن الواقع أحيانا وعدم الإنشغال بأنشطة اللعب المتأمله وعدم إمتلاكهم لسلوك معين للإشارات وعدم الخوف من المخاطر , وهذه السلوكيات تعود للخصائص النفسية والإجتماعية أما سلوك الحملقة في الفراغ مع إنفصاله عن الواقع عند معظم الحالات هذا راجع إلى عدم تواصله مع الواقع الذي يعيش به وإنسحابه منه, فتعتبر هذه الخاصية إجتماعية أما بالنسبة لسلوكهم عدم إنشغالهم بأنشطة اللعب المتأمله. فهذا يعود إلى نفسيته فهذه الحالات تمتاز بالقلق تجاه عمل يتطلب التركيز وغير صبورة أو متحملة للضغط الموجه للقيام بهذه الأعمال.

كذلك توصلنا من خلال وجهة نظر المربية بأن هناك إختلاف لهذه الخصائص تختلف من حالة لأخرى. كما ذكر الدكتور قحطان أحمد الظاهر بالنسبة لخصائص الطفل التوحدي بأنها « لا تكون واحدة لجميع الأطفال المصابين التوحد إذ لا يتطابق طفلان مصابان بالتوحد في نفس المظاهر. » (قحطان أحمد الظاهر, 2009, ص 45).

وفي الأخير توصلنا بأن بعض هذه الخصائص كانت عند الحالات التي تم دراستها لأنها تحت عملية التكفل بهم بعضها قد إختفت, وبعض الخصائص رغم محاولة علاجها

لا زالت موجودة عند الحالات هذا يوضح من بين أسبابه عدم تعاون الأسرة مع المربية و الإهتمام الكافي لطفلم كما ظهر هذا عند الحالة (مُنِيَة.ك) التي كانت تعيش عند الجدة والإبتعاد عن والديها هذا ما جعل حالتها تسوء , فالتكفل الأسري مهم جدا في تحسن الحالة ومشاركة هذا الطفل في المنزل لها دور مهم. وعدم ترك المسؤولية فقط للمربية فهذا غير كافي لتعديل هذه الخصائص. وكما وضح (Charma& Colleagues. 2000) بأن « القصور في الإهتمام المشترك لدى الطفل التوحدي يعرقل نمو وتطور نظرية العقل والإهتمام المشترك هو التواصل الإجتماعي اللفظي والغير لفظي كالإيماء والإلتقاء البصري وتعبيرات الوجه التبادلية وغيرها» (أسامة فاروق مصطفى وآخرون, 2011).

خاتمة

إن الطفل التوحدي لا يختلف في سماته اختلافا جوهريا عن الطفل العادي, غير أن ما يعانيه الطفل في قصوره اللغوي هو ما جعله طفل مختلف, فعندما نلاحظ سلوكيات لأطفال التوحد فنجد بعضهم حامل لسمات تشبه سمات قد يستعملها الطفل العادي فعندما نرى الإفراط في الحركة مثلا عند التوحدي فنجد بعض الأطفال العاديين يحملونها أحيانا أو سمة القلق أو عدم تغيير الروتين فبعض الأطفال العاديين يمتازون بها.

و من بين السلوكيات التي تؤثر في الطفل التوحدي تأثيرا شديدا هي عدم التواصل البصري واللغوي خاصة, فهذه الخاصية تؤثر كذلك على المحيطين به لعدم التواصل معه لما يجب, أو بما يشعر وخاصة عندما تأتيه نوبات من الصراخ وبمدة طويلة فهذا ما يسبب له الضرر وعدم شعوره لضرر الذي يعاني منه, من هنا نرى بأن كل من الخاصية الإجتماعية التواصل والنفسية عدم شعوره بما يعانيه خاصيتين يحملهما الطفل التوحدي وهما خاصيتين يضران بالحالة نفسيا و اجتماعيا.

وقد تبين لنا من خلال هذه الدراسة إختلاف في ظهور هذه الخصائص عند نفس الطفل, وكذلك التكفل له دور في التغيير الإيجابي للطفل التوحدي بنسبة عالية وخاصة إذا شارك في هذه العملية الأسرة.

الإقتراحات:

- 1 دراسة تهدف إلى وجود السمات المشتركة بين الطفل التوحدي والطفل العادي.
- 2 دراسة تبين مدى تأثير خصائص الطفل التوحدي على الأسرة والمجتمع.
- 3 دراسة عينة توضح التكفل الأسري عند الطفل التوحدي.
- 4 دراسة توضح أهمية الدعم الاجتماعي عند الطفل التوحدي.
- 5 دراسة تبين الخصائص النفسية والخصائص السلوكية والخصائص الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر الوالدين.

قائمة المراجع

1/ المراجع باللغة العربية:

1. أحمد سليم النجار (2006) التوحد و اضطراب السلوك ، ط1, دار أسامة للنشر و النشر والتوزيع, عمان, الأردن.
2. أحمد نايل العزيز وبلال أحمد عودة (2009) سيكولوجية أطفال التوحد, ط1, دار الشروق للنشر والتوزيع, عمان, الأردن.
3. أسامة فاروق والسيد كامل الشربيني (2010) سمات التوحد, ط1 دار المسيرة للنشر والتوزيع, عمان, الأردن.
4. أسامة فاروق مصطفى وسالم السيد كامل الشربيني منصور (2013) علاج التوحد, ط1, دار المسيرة للنشر, عمان, الأردن.
5. إبراهيم عبد الله فرج الرزيقات (2004) التوحد الخصائص والعلاج, دار وائل للطباعة والنشر عمان, الأردن.
6. الظاهر أحمد قحطان (2009) التوحد, ط1 دار وائل للنشر, عمان.
7. العبادي رائد خليل (2006) التوحد, مكتبة المجمع العربي, الأردن- عمان.
8. الزهرة ربحاني (2013) واقع التكفل النفسي بالطفل التوحدي في المراكز الطبية البيداغوجية دراسة ميدانية بالمركز الطب البيداغوجي - بسكرة- عدد 37-38 مجلة شبكة العلوم النفسية العربية.مجلة الطب نفسية.
8. حسن كوثر عسليية (2006) التوحد ، ط1, دار الصفاء للنشر و التوزيع, عمان.
9. حسن عبد المعطي (1998) علم النفس الإكلينيكي, دار قباء للنشر و التوزيع, القاهرة مصر.

10. خالدة نيسان (2009) سلوكيات الأطفال بين الاعتدال والإفراط, دار أسامة للنشر والتوزيع, ط1 عمان, الأردن.
11. خولة أحمد يحي وماجدة السيد عبيد (2014) أنشطة الأطفال العاديين ولذوي الاحتياجات الخاصة, ط2, دار المسيرة للنشر والتوزيع, الأردن.
12. سامي محمد ملجم (2000) مناهج البحث في التربية وعلم النفس, ط1 دار المسيرة للنشر والتوزيع, عمان, الأردن.
13. سهى أحمد أمين نصر (2002) الاتصال اللغوي للطفل التوحيدي, ط1, دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع, عمان.
14. سوسن شاكر مجيد (2010) التوحد (أسبابه, خصائصه, تشخيصه, علاجه), دبيونو للطباعة والنشر, عمان.
15. طارق عامر (2008) الطفل التوحيدي, دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع, عمان الأردن.
16. عادل عبد الله محمد (2008) العلاج بالموسيقى للأطفال التوحيدين, دار الرشاد للنشر, القاهرة مصر.
17. كرستين نصار وجانيت يونس (2012) التوحد, ط3, شركة المطبوعات للنشر والتوزيع, لبنان.
18. ماجد السيد علي عمارة (2005), إعاقة التوحد بين التشخيص الفارقي, مكتبة الزهراء, ط1 الشرق.
19. مجدي أحمد عبد الله (2013) طيف التوحد وإستراتيجيات التدخل المبكر, التشخيص والعلاج دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية, مصر.

20. محمد أحمد خطاب(2009) سيكولوجية الطفل التوحدي, ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع, مصر.
21. محمد السيد عبد الرحمان(2005) رعاية الأطفال التوحديين, ط1, دار السحاب للنشر و التوزيع, القاهرة مصر.
22. محمد صالح الإمام وفؤاد عيد الجوالده(2010) التوحد و نظرية العقل, ط1, دار الثقافة للنشر و التوزيع, عمان, الأردن.
23. محمد عبيدات وآخرون(1999) منهجية البحث العلمي, دار وائل للنشر, الأردن.
24. مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمان المعايطه , الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية, ط1, دار المسيرة للنشر والتوزيع, عمان, الأردن, 2007.
25. نايف بن عابد الزراع(2010) المدخل إلى إضطراب التوحد (المفاهيم الأساسية وطرق التدخل), ط1, دار الفكر للنشر والتوزيع.
26. هالة إبراهيم الحرواني ورحاب محمود صديق (2011) المهارات الحياتية للأطفال التوحديين دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية, مصر.
27. هالة إبراهيم الحرواني وسمية طه جميل(2013) الطفل التوحدي, دار المعرفة الجامعية الإسكندرية, مصر.
28. وفاء علي الشامي(2004) علاج التوحد (الطرق التربوية والنفسية والطبية), مكتبة الملك فهد الوطنية, الرياض, المملكة العربية السعودية.
29. وليد السيد أحمد, ربيع شكري سلامة(2010) الإعاقاة الغامضة (التوحد), ط1, دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر, الإسكندرية
30. يحيى,خولة أحمد (2000) الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية, دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع, عمان, الأردن.

31. يحيى القبائلي (2001) الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية الطريق للنشر والتوزيع, ط1 عمان.

2/ المراجع باللغة الأجنبية:

34. Mario Leboyer 1985. L'autisme infantile, Presse Universitaire de France Paris , 1 ére édition

35. Association American de psychiatrie , Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux , dsm4 , masson , paris , 2003.

36. Daniel Marcelli 2006, Enfant et psychopatologie , edition Masson paris.

37. Brynq, Sigl , 1996.the world of the autistic child understanding and treaning Autistic Spectrum Disorder Oxford University,

38. Bowley, Agatha & Gardner, lesile 1972 the hqndicapped child chuechill living syone.