

جامعة محمد خيضر - بسكرة-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس.



تنمية بعض المهارات السلوكية (التقليد - الاستقلالية) كنموذج للطفل التوحيدي
المطبق عليه سابقا تيتش وفق مهارات البرنامج العلاجي تيتش.
دراسة عيادية (دراسة حالة) لحالة واحدة - ولاية بسكرة-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

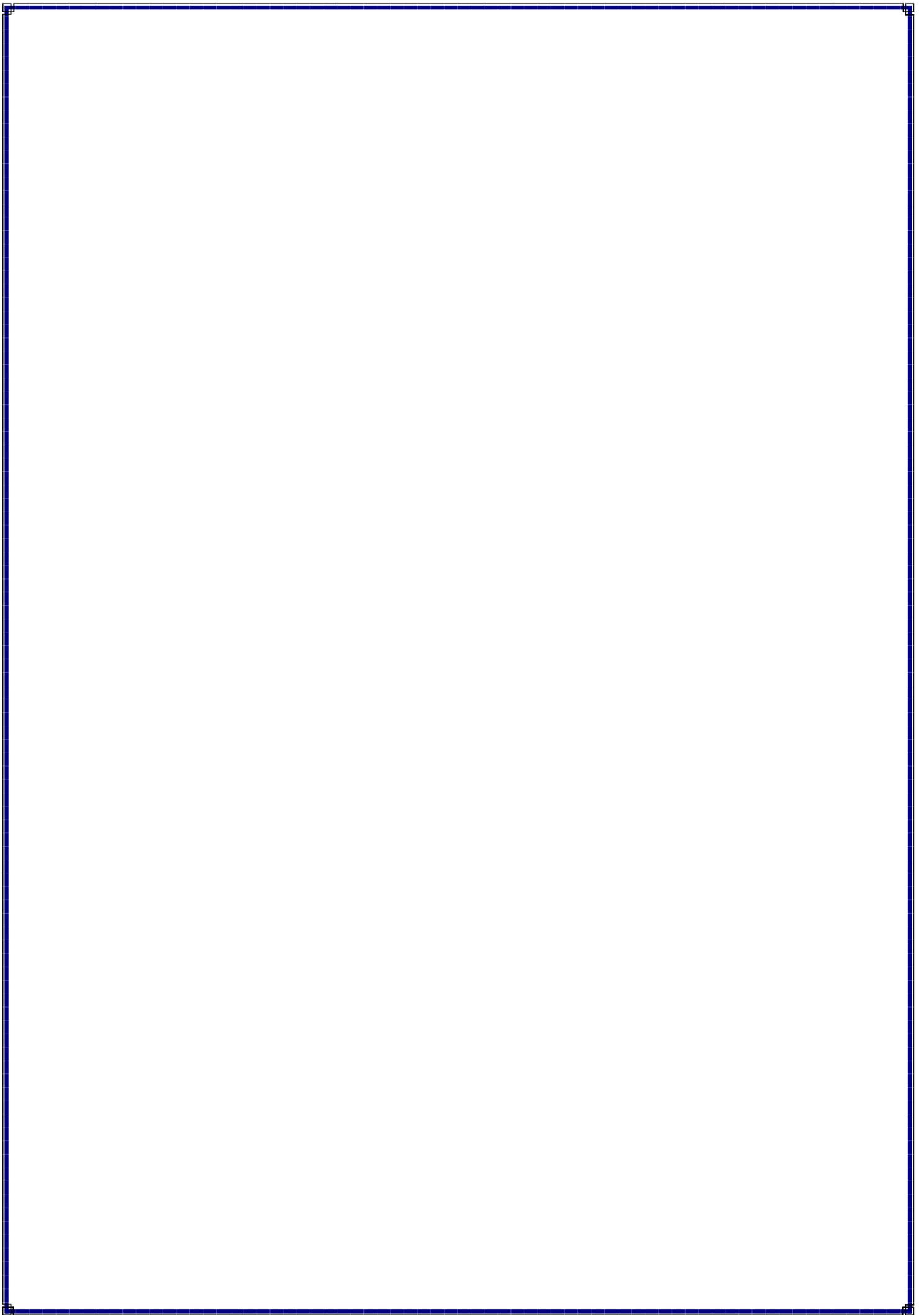
إشراف الأستاذة الدكتورة:

عائشة عبد العزيز نحوي

إعداد الطالبة:

عائشة حفناوي

السنة الجامعية: 2015/2016



شكر و عرفان

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه كما يليق بجلال وجهه وعظيم شأنه ونشكره جل وعلا على حسن توفيقه وجميل صانعه بأن يوفقني إلى إنجاز هذا التعامل المتواضع .

نتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى كل من كان له فضل علي ، ولو بمقدار ذره من قريب أو من بعيد ، موجها أو مرشدا ، مؤيدا أو مؤنبا .

وأوجه الشكر لأستاذتي مشرفتي قدوتي الدكتورة الفاضلة "عائشة عبد العزيز نحوي" التي أشرفت على هذا العمل ، فالشكر الجزيل لها على كل المساعدات والإرشادات القيمة التي قدمتها لي ، وعلى سعة ورحابة صدرها وطول بالها طيلة إنجاز هذا العمل .

أسأل الله العلي القدير أن يوفقها في مساعيها العلمية وأن يسدد خطاها لخدمة البلاد والعباد وأن يجعلها ذخرا وحمى للعلم .

إلى كل من أحاطني بالرعاية والإرشاد الأخصائيات حساين عفاف و صفاء وسارة (عيادة التواصل) ، استقلال شلي ، وأم محمد الأم المثالية المكافحة المتقصة دور الأم والأب لمحمد حفظها الله ورعاها ووفقها في مشوارها ، أسأل الله أن يفرحها بمحمد لؤلؤة وشعلة حبها.

كما أشكر لجنة التي تتقدم بكل تقدير لمناقشة عملي .

إهداء

إلى كل الأطفال المختلفين الذين أضافوا لحياتنا معنى، إلى كل الذين استضافونا إلى عالمهم الخاص
إلى طفلي حبيبي محمد الحامل في عينيه بسمتي براءتي لتحدي إعاقتي

إليك أُمي

إلى منبع الحنان وحضن الأمان إلى التي ذرفت من أجلي دموعها إلى القلب الصافي التي سهرت من
أجلي الليالي وكابدت الأحزان ، وواجهت المصائب والتعب ، رغم مرضها فكانت أحسن سند لي أنارت
قلبي بفيض دعائها قرّة عيني ماما حفظها الله وشفافها .

إليك أبي

إلى من شقى من أجل أن يفتح لي درب الحياة إلى الصدر الشموخ وعزتي ومصدر نجاحي ومنارة دربي
إلى قدوتي في الحياة أبي الغالي حفظه الله .

إليك جدتي

إلى من ترعرعت في بيتها وعشنا معها كل اللحظات المبكية والمفرحة ، القلب الصافي حفظها الله وأدام
عليها الصحة والعافية وجزاها الله على كل ما قدمته إلينا .

إليك إخوتي

إلى منبع سعادتني ورمز كرامتي إلى الذين هونوا عليا الصعاب وحملوا معي أعباء هذا البحث ورسوموا
لي طريق السعادة إخوتي : عبد الرحمان وزوجته وروح قلبي أيوب ، سنداى الياس و يوسف ، أختي
حبيبتي التي أحزن لفراقها وأفرح للقائها توأمة روحي ، محمد وزوجته و أمورتي أسيل .

إلى أعز الأحباب عائلتي

إلى كل عائلتي من قريب أو بعيد ، إلى جدي الذي كان فخرا لي وأحسن سند إلى خالي مراد وخالتي
حسيبة وجدتي جميلة رحمة الله عليهم جميعا وأسكنهم فسيح جنانه، إلى خالي محمد الهادي وزوجته ،
إلى زوجة خالي مراد رحمة الله عليه وأبنائه ، إلى خالتي ليلي وزوجها وأولادها أمي الثانية حفظها الله
كانت عوضتي بأمي عند مرضها ، إلى خالي علي وزوجته وأبنائه ، إلى عمي بمقام أبي الثاني زين
الدين وزوجته وأولاده ، إلى عمتي حفظها الله كانت خير سند لنا وزوجها وأولادها ، إلى خالي أحمد
شفاه الله وخالتي حليلة وخالتي جميلة وخالتي سامية وبناتها ، كل عائلة حفاوي و عوبيد و عمرات .

إلى كل دفعة ماستر 2 علم النفس عيادي

إلى صديقاتي رقيقات عمري

كل من صادفتهم في مسيرة حياتي وعشت معهم أجمل الأوقات :مدام حكيمة ، مدام يمينة ،نجاح ،إكرام
، سارة ، نسيمه ، لمياء ، أمينة ، إيمان ، منى ، مسعودة ،أنفال، سمية ، أسماء، ندى ، خنساء ،
سلمى ، حليلة ، كلتوم ، صباح ، فادية ، فتيحة ، هدى ، شافية ، هادية ، هاجر ، دنيا ، ليلي ، هبة ،
حفصة ، بتول ، سناء ، رميساء ، كوثر ، عبير ، سهى ، مروة ، فاطمة الزهراء، دلال،...نستسمح من
نسيته حبرا لكنه خالد في الذكرى .

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	شكر وعرقان
	إهداء
	فهرس المحتويات
أ	ملخص الدراسة
ب ، ت ، ث	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: إشكالية الدراسة و منطقاتها	
10-6	1- إشكالية الدراسة.
11	2- فرضية الدراسة.
11	3- أهمية الدراسة.
11	4- أهداف الدراسة.
13-11	5- المصطلحات الإجرائية للدراسة.
16-13	6- الدراسات السابقة
الفصل الثاني: سيكولوجية التوحد	
20-18	1- الجذور التاريخية للتوحد.
24-21	2- مفهوم اضطراب التوحد.
25-24	3- نسبة الانتشار.
34-25	4- خصائص الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
45-34	5- المقاربة المفسرة لهذا الاضطراب
46-45	6- أنواعه

47-46	7-صعوبة التشخيص
58-47	7-أسبابه
71-58	8-تشخيص التوحد
الفصل الثالث:المهارات السلوكية.	
74-73	1-تعريف السلوك
75-74	2-وظائف السلوك
77-75	3-أنواع السلوك
79-77	4-اضطرابات السلوك ومعاييرها
79	5-مفهوم المهارات السلوكية
88-79	6-أنواع المهارات السلوكية (التقليد ، الاستقلالية)
الفصل الرابع: البرنامج العلاجي تيتش.	
91-90	1-تاريخ برنامج teacch.
93-91	2-تعريف البرنامج.
96-93	3-الخدمات المقدمة عن طريق برنامج تيتش teacch.
97-96	4-مبادئ البرنامج تيتش .
99-97	5-إجراءات البرنامج العلاجي
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة	
103-102	1-الدراسة الاستطلاعية .
104-103	2-أدواتها .
105	3-منهج الدراسة .
106-105	4-حدود الدراسة .
115-106	5-حالة الدراسة .
116-115	6-صعوبات الدراسة .

	الفصل السادس : عرض نتائج الدراسة الميدانية
120-118	1- عرض نتائج الدراسة
124-120	2- مناقشة عامة للنتائج
126-125	3- الخاتمة
	4- قائمة المراجع

ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية والموسومة بـ " تنمية بعض المهارات السلوكية المتمركزة حول (التقليد ، الاستقلالية) للطفل التوحدي المطبق عليه سابقا البرنامج العلاجي تيتش وفق مهاراته، للطفل التوحدي (م) إلى الأهداف التالية:

-هدفت الدراسة الحالية إلى كيف ننمي بعض المهارات السلوكية للطفل التوحدي (م) وفق البرنامج العلاجي تيتش ، المتمركزة حول (التقليد ، الاستقلالية).
-وهدفت أيضا إلى كيف يخفف البرنامج من حدة الأعراض الملاحظة على الطفل التوحدي (م) وإكسابه مهارات سلوكية للتواصل مع الآخرين وفق منهج دراسة حالة .
ولتحقيق هاته الأحداث استخدمت المنهج العيادي دراسة حالة للطفل التوحدي (م) المطبق عليه سابقا البرنامج العلاجي تيتش بعيادة الأخصائية النفسية للعام الماضي وعيادة حساين عفاف للعام الحاضر

وقد أسفرت النتائج إلى تحقق الفرضية التي تؤكد:

تمكين البرنامج العلاجي تيتش تنمية بعض المهارات السلوكية المتمركزة حول (التقليد ، الاستقلالية) للطفل التوحدي.

الكلمات المفتاحية :

المهارات السلوكية-التقليد-الاستقلالية-الطفل التوحدي.

مقدمة:

تعتبر السنوات الأولى من حياة الطفل من أهم مراحل نموه حيث يتم فيها بداية بناء الأسس الأولية لتكوين شخصيته، و تعود نتائج الاهتمام بالطفل في هذه المرحلة الحرجة إما بالسلب أو الإيجاب على الطفل و المجتمع ككل.

إن مدى العناية و التربية للأجيال بمختلف فئاتهم يمثل العمود الأساسي و مؤشرا هاما لرفي الحضارات و يظهر ذلك في مدى العناية التي توليها أي حضارة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و توفر الإمكانيات اللازمة لدمجهم في المجتمع بصورة صحيحة و ناجحة و تمكينهم من تأدية أدوارهم في خدمة المجتمع و أن إهمال هذه الفئة يؤدي إلى تضاعف مشكلاتهم و إعاقاتهم، فمن هنا كان من الضروري على القائمين على التربية التدخل اللازم لمواجهة مشكلات أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التي تترتب عن الإعاقة. و نجد من بين فئات ذوي الاحتياجات الخاصة التي تحتاج إلى أسلوب خاص في التعامل و المساعدة ، فئة الأطفال التوحيديين الذين يحتاجون إلى رعاية و تدريب و تأهيل لزيادة تركيزهم و اهتمامهم و كذلك كفاءتهم و تقويم سلوكياتهم من أجل مساعدتهم على التواصل و التواصل و التفاعل مع الآخرين من أقرانهم العاديين و دمجهم في المجتمع. و الأطفال التوحيديين هم أطفال معاقون بشكل واضح من ناحية استقبال المعلومات و إيصالها للآخرين ، و هذه الإعاقة تؤدي بهم إلى القيام ببعض السلوكيات غير المناسبة للبيئة و للمحيطين بهم ، فيؤثر على قدرتهم على التعلم و التواصل و كذا التوافق بشكل عام.

ومن هنا يعتبر اضطراب التوحد من بين الاضطرابات التي تعرقل نمو الطفل وتشكل حاجز أمام نموه النفسي خاصة على الصعيد العلائقي الذي يظهر في صعوبة التواصل مع العالم الخارجي وفهم دلالاته وفك رموزه . إذ أن التوحد هو إحدى حالات الإعاقة التي تمنع الدماغ من استيعاب المعلومات ومعالجتها حيث يؤثر على عملية معالجة البيانات في المخ من خلال تغيير كيفية ارتباط وانتظام الخلايا العصبية ونقاط اشتباكها؛ مما

يؤدي إلى حدوث مشاكل لدى الطفل في الاتصال بمن حوله و ظهور اضطرابات في اكتساب المهارات السلوكية والاجتماعية .و قد قدمت الجمعية الأميركية للطب النفسي تعريف التوحد من حيث معايير التشخيص الوارد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المعدلة وهو قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي، وقصور نوعي في التواصل واللغة و السلوكيات النمطية وممارسة النشاطات والاهتمامات المحدودة .و تتطلب معايير التشخيص ضرورة أن تصبح الأعراض واضحة قبل أن يبلغ الطفل من العمر ثلاث سنوات.

وتعد عملية التدخل المبكر ضرورية للعمل على تطوير قدرة هؤلاء الأطفال على اكتساب التواصل بشكل تلقائي .ويتم ذلك من خلال توفير البيئة المناسبة ليتعلموا فيها مهارات التقليد و الاستقلالية .حيث تعمل برامج التدخل المبكرة من خلال تنمية بعض المهارات السلوكية وفق برنامج علاجي تعليمي لتطوير مكتسباتهم ، كما يساعدهم على تعلم بعض أنماط السلوك والمهارات الاجتماعية التي تعمل على خفض الاضطرابات السلوكية واللغوية الموجودة لديهم و تشجع استقلاليتهم من خلال الأداء الوظيفي المستقل قصد تحسين بعض السلوكيات الحياتية للطفل التوحدي .

وفي هذا الإطار تأتي هذه الدراسة لتنمية بعض المهارات السلوكية(التقليد ،الاستقلالية ، المهارات الحياتية)،فكان المنحى للدراسة الميدانية تنمية بعض المهارات السلوكية لدى الطفل التوحدي التركيز على مهارات التقليد باعتبارها مهارة سلوكية تحقق الاستقلالية و التفاعل مع الآخر في سياق سليم، ومهارات الاستقلالية التي تضمن للطفل التوحدي التواجد في بيئات مختلفة بطريقة مناسبة و متوافقة لاسيما البيئة التعليمية من خلال توافر فكرة الدمج حاليا في المدارس مع الأطفال العاديين والسعي على تطبيقها.واعتمادا على منهجية البحث العلمي(دراسة حالة) ، فقد تم تقسيم الدراسة إلى خمس فصول تجمع بين الجانب النظري و الميداني كالتالي:**الفصل الأول:** الذي يحمل عنوان إشكالية الدراسة و منطلقاتها و يضم العناصر التالية :المقدمة و تحديد إشكالية الدراسة والفرضية بالإضافة إلى أهمية الدراسة وكذا أهدافها ، تحديد مصطلحات الدراسة ،وصولاً إلى عرض الدراسات السابقة .

أما الفصل الثاني: والذي حمل عنوان سيكولوجية التوحد وقد تضمن الجذور التاريخية لاضطراب التوحد، المفهوم، نسبة انتشاره، خصائصه، المقاربة المفسرة لهذا الاضطراب، أنواعه، أسبابه، أخيرا تشخيصه.

أما الفصل الثالث: بعنوان المهارات السلوكية وتضمن كل من تعريف السلوك، وظائفه، أنواعه، معايير و اضطراباته التوحدي و أدائه، و كذا تعريف المهارات السلوكية و التطرق لأهم أنواعها . وصولا إلى تأثير المداخلات الحسية على سلوك الطفل.

أما الفصل الرابع: البرنامج العلاجي تيتش Teatch تاريخ برنامج العلاجي تيتش ، تعريفه ، الخدمات المقدمة عن طريق برنامج تيتش teacch، مبادئ برنامج تيتش ، أهمية وأهداف البرنامج العلاجي teacch، إجراءاته، عناصره .

أما الفصل الخامس: فقد خصص لعرض الإجراءات المنهجية للدراسة فتضمن : الدراسة الاستطلاعية وتطرقنا فيها الى : الدراسة الاستطلاعية، أدواتها، منهج الدراسة ، حدود الدراسة ،متغيرات الدراسة ،حالة الدراسة و أدواتها، صعوبات الدراسة.

أما الفصل السادس: والأخير فقد خصص لعرض نتائج الدراسة الميدانية وقد تضمن العناصر التالية:

عرض نتائج الدراسة ، مناقشة عامة للنتائج . ثم الخاتمة التي ذيلت بمجموعة من التوصيات ، قائمة المراجع ،وملاحق الدراسة.

الفصل النظري =

الفصل الأول : اشكالية الدراسة ومنطلقاتها

1- إشكالية.

2- الفرضية.

3- أهمية الدراسة (النظرية، التطبيقية) .

4- أهداف الدراسة .

5- مصطلحات الدراسة الإجرائية .

6- الدراسات السابقة .

إشكالية:

لقد شهدت العقود الأخيرة تقدماً كبيراً في ميدان فهم اضطراب طيف التوحد مقارنة بما كانت عليه النتائج العلمية في الحقبة الزمنية التي وصف فيها ليو كانر (1943) و هانز أسبر جر (1944) هذا الاضطراب .ولعل ما يميز هذا التقدم كونه تقدماً شاملاً تناول جميع المفاهيم المرتبطة بالتوحد من مثل محاولة فهم طبيعة أسبابه، و آلية تشخيصه ، وخصائصه، و كيفية التعامل معه من خلال أنجع البرامج التربوية و العلاجية، فاتفقت جل الدراسات على أنه اضطراب عصبي يصيب الفرد خلال السنوات الثلاثة الأولى، يتمركز حول ثلاث مجالات أساسية يظهر فيها القصور و المتعلقة بالمهارات والاهتمامات وحاجات الأفراد التعليمية التي تتغير كلما تقدموا، (هيفيلين وأليمو ، 2011، 27) ، إلا أن هذه الخصائص المميزة للأطفال ذوي اضطراب التوحد لا تعني التوصل إلى تعميمات في هذا المجال ، كما أنها ليست دائماً ممثلة بشكل كاف لوصف فرد معين ،وبالرجوع إلى الدليل التصنيفي التشخيصي الإحصائي الخامس نجد أنه يجمع بين ما يعرف سابقاً باضطراب التوحد (AD)، ومتلازمة أسبر جر (**Asperger Syndrome**) واضطراب التفكك الطفولي (CDD)، و الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (**PDD NOS**) تحت مسمى واحد هو " اضطراب طيف التوحد (**ASD**) الذي تختلف مكوناته باختلاف عدد وشدة الأعراض (الجابري 2014.. 6) والذي تدرج خصائصه ضمن مجالات القصور التالية :

- صعوبة مستمرة في التواصل والتفاعل الاجتماعي مع المواقف المختلفة.
- سلوك أو اهتمامات أو أنشطة تتصف بالتحديد أو التكرار.

و تكشف الكثير من الدراسات و الأبحاث و مواقع الإحصائيات العالمية أن نسبة انتشار اضطراب التوحد في زيادة خطيرة في العقود الأخيرة، حيث أفادت مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها أنه تم إصابة، % 1.5 من أطفال الأمم المتحدة أي واحد من كل 68 طفلاً مصاباً بالتوحد وذلك اعتباراً من عام 2014 بزيادة بلغت نسبتها % 30 عن عام 2012، حيث كان يصاب فرد من كل 88 ولقد زاد عدد المصابين بالمرض بشكل كبير منذ الثمانينات وتعزى هذه الزيادة بحد كبير إلى التغيرات في الممارسة التشخيصية وأنماط الإحالة، وتوافر الخدمات، والعمر عند التشخيص، والتوعية العامة.

(<http://www.albawabhnews.com>)

أما عن الجزائر فقد قدمت إحصائيات من خلال الملتقى الأول حول التوحد الذي أقيم سنة 2008، و كانت كالتالي:

في سنوات السبعينات كان معدل الانتشار يتراوح ما بين 4-5 حالات من بين 10000 طفل

في سنوات التسعينات ارتفع معدل الانتشار إلى 7 حالات من بين 10000 طفل (زهير 2011،40)

-أما حاليا فلا يوجد إحصائيات دقيقة لهذا الاضطراب في الجزائر ،لكن من المؤكد أن نسبة

الانتشار في تزايد مستمر. و بالعودة إلى عملية تقييم الأطفال ذوي اضطراب التوحد يتضح جليا الاضطراب في المظاهر السلوكية والاختلافات التي يمكن إن يظهرها كالاستثارة الذاتية و السلوكيات النمطية،و كذلك الانشغال باللعب بالأشياء بطريقة تختلف عن اللعب عند الأطفال العاديين والذي يغنيهم عن التواصل الفعال مع الآخرين ،مما قد يتسبب إلى جانب عوامل أخرى في العجز الظاهر في اكتساب المهارات السلوكية وصعوبة تعلمها ضرورة تعليمهم و إكسابهم المهارات السلوكية التي تعتبر من أهم المهارات الحياتية التي بذلك ،فيتضح يستخدمها الطفل لضمان التعامل والتواصل الفعال مع المحيطين به ، وتأهيله للأداء الوظيفي المستقل،ولعل من أبرز المهارات السلوكية التي تعتبر حاجة تعليمية ملحة تضمن للطفل التوحيدي العيش بشكل أنسب لاكتساب باقي (Hochmann ,92) نجد مهارتي التقليد والاستقلالية ، وتعد مهارات التقليد بمثابة قاعدة أولية للمهارات (الاجتماعية ، اللغوية ، الأكاديمية ، الاستقلالية....) وقد اعتبرها العملية التي لا بد من وجودها لتأسيس نظام اتصالي غير شفهي سليم (باتريسي ،44،1997)

كما و كشفت دراسات و أبحاث قام بها متخصصون في هذا المجال أن أطفال التوحد يعانون من صعوبة في التقليد ،فال فشل في تقليد نموذج ما و في الانتباه إلى المثيرات ذات الصلة يعكس مضامين سلبية هامة على تطور باقي المهارات خاصة التواصل و اللغة

(هيفيلين و أليمو 2011..322)

فيكون هذا العجز بمثابة انعكاس لنفس المشاكل التي تنتج عنها مصاعب في اللعب و المهارات الاجتماعية واللغوية والاستقلالية (عبدالرحمن وحسن. 2004. 155). وفي ذات السياق نجد دراسة **سهى أحمد (2002)** التي تركز على مهارات التقليد كونها تخدم مهارات الاتصال اللغوي ككل ، كما ضمننت لنا عمر (2007) في دراستها التقليد ، باعتباره جزئية من جزئيات مهارات الاتصال الغير اللفظي ، في حين اقتصر **Escalona et al (2002)** في دراستهم على أثر التقليد في السلوك الاجتماعي لدى عينة من أطفال التوحد . أما بالنسبة لمهارات الاستقلالية فهي تشكل عبئا كبيرا يرهق الأولياء نتيجة تبعية الطفل الكاملة لهم في القيام بكل الواجبات اليومية وعدم اعتماده على نفسه. و على الرغم من أن عدم قدرة الطفل على تحقيق الاستقلالية و العناية بالذات قد يكون ناتجا عن عوامل عضوية إلا أن هذه المهارات تتأثر و بشكل واضح بالعوامل البيئية ، و العوامل البيئية و ليس العوامل الفسيولوجية هي التي يستطيع القائمون على تربية الطفل التحكم بها و تنظيمها أو إعادة تنظيمها أي أن هذه المهارات متعلمة و من المفيد النظر إليها على أنها كذلك

(الخطيب والحديدي ، 213 ، 1998)

و يعتبر التقليد في هذه المرحلة عملية أساسية بالنسبة للأطفال ،لذلك فالأطفال يحتاجون إلى رؤية ما يفعله الآخرون في جميع الأوقات و في جميع الفعاليات و العمليات الحياتية اليومية ليكتسبوا مهارات الاستقلالية (نصر الله، 2008، 234) حيث ركزت العديد من الدراسات على مساعدة الطفل لإكسابه هذه المهارات من خلال برامج تدريبية ولعل أبرزها دراسة بلقيس داغستاني (2009) التي عملت على تدريب الطفل التوحدي على المهارات الحياتية والاستقلالية باستخدام جداول الأنشطة المستخدمة ،وكذا دراسة سهير محمود أمين (2002) التي هدفت إلى تخفيف الاضطرابات السلوكية لمساعدة الطفل التوحدي فركزت على مهارة رعاية الذات .أما دراسة (1997ab) فقد تضمن برنامجها التدريب على الحياة اليومية لدى التوحديين ومساعدتهم على حماية أنفسهم.

و من خلال ما سبق يتضح أن العمل على إكساب هذه المهارات للطفل التوحدي ليس بالعمل الهين بل يعتمد على ما توصل إليه العلم في مجال العلاج لهذا الاضطراب ، إذ كشفت دراسات عديدة عن استخدام برامج تدخل من شأنها أن تحسن من سلوكيات هؤلاء الأطفال نذكر منها دراسة نشوى عبد الحليم (2004) أميرة بخش (2002) ،حيث تنطلق

جل هذه الدراسات من جدوى التدخل المبكر و نجاحه في تعليم هؤلاء الأطفال المهارات التي يحتاجونها للعيش بطريقة أنسب ،فالمهارات سلوك مكتسب و تفاعلات تحدث مع زيادة التدريب (Dorothy Scattone,2007.p177) ومدى نجاح التدريب يعتمد في حقيقته على مدى تحقيقه لأهدافه التي يسعى لتحقيقها، و مدى وضوحها بالنسبة للمتدرب نفسه، وعلى معرفة وتحديد الاحتياجات التدريبية التي تبلور الأهداف المراد الوصول إليها،و لعل أبرز التدخلات في هذا المجال الإسهام الذي جاء به التدخل السلوكي حيث وضع أسلوب فعال للتدخل العلاجي لأطفال التوحد،اعتمد فيه على التطبيق المنظم لمبادئ التعلم في علم النفس على السلوك الإنساني. وسميت الصورة الأصلية لهذا الأسلوب: التعديل السلوكي أو العلاج السلوكي على الرغم من وجود العديد من الأساليب العلاجية التي تفرعت منه و الموجودة حاليا تحت مسميات عدة. و لقد اشتقت الأساليب السلوكية للعلاج من التحليل التجريبي للسلوك الإنساني ، فالتعرف على تلك المبادئ و تحديدها يمكن من التنبؤ بالسلوك و ضبطه و بالتالي تطبيق تلك القوانين و استخدامها لتغييره .ويطلق على دراسة و تطبيق هذه القوانين في مجال الاضطرابات النفسية(و التوحد أحدها) التحليل التطبيقي للسلوك والذي يعني التوسع في أساليب التدخل السلوكي المستخدم و مجال السلوك المستهدف وقد تم تطوير أساليب و تقنيات أساسية مثل: التدعيم الايجابي و التدعيم السلبي و العقاب ،و إضافة تقنيات أخرى مثل التلقين أو التلاشي و إضعاف المثير، و تطبيق تلك التقنيات يكون أولا على أنماط سلوكية بسيطة جدا ،ثم على أساليب سلوكية أكثر تعقيدا بما في ذلك تلك المرتبطة بتحسين و تنمية و تعديل الأعراض السلوكية مثل:اللغة،والسلوك الاجتماعي ، مهارات اللعب و الوظائف الأكاديمية،وكذلك خفض الإفراط في بعض السلوكيات مثل إيذاء الذات و ثورات الغضب و الاستثارة الذاتية . و بالإضافة إلى ذلك فإن تدريب المحيطين بالطفل كالوالدين و الأشقاء و الأصدقاء على استخدام تقنيات العلاج يساعد على استمرار أثر التدريب و التعلم ،فالطفل في هذه الحالة يكون في بيئة علاجية بشكل دائم (شريمان2010..163)الفصل الأول :إشكالية الدراسة و منطلقاتها وعليه لضمان تدخل فعال في مجال التوحد لابد من تجنيد كل الخدمات لصالح هذه الفئة للوصول إلى خدمات متكاملة تحقق لها الاندماج الطبيعي في المجتمع و تيسير الحياة لهم كما هو الحال بالنسبة

لباقى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، وبالرغم النقص المسجل على مستوى التكفل فى الجزائر، إلا أن هناك بعض المراكز المخصصة لاستقبال هذه الفئة وهى تعتبر و أبرزها تجربة مركز قاريدى "2" الذى نشأ خصيصا لاستقبال الأطفال ذوى اضطراب التوحد الذى يعتمد بصورة أساسية على تطبيق برنامج تيتش **TEACCH** والذى يعتبر من أهم البرامج الفعالة فى تدريب أطفال التوحد، ويتم تقييم هؤلاء الأطفال من خلال تطبيق الاختبار التقييمى (PEP-R). فدراسى تتمحور حول تنمية بعض المهارات السلوكية المتمركزة حول مهارى التقليد والاستقلالية (بعض المهارات الحياتية) للطفل التوحدى (م) وذلك استشعارى بمسؤوليتى كممارسة بضرورة هذه المهارات بالنسبة له و التى تعتبر قاعدية لاكتساب المهارات الاجتماعية و اللغوية و الأكاديمية و العيش بطريقة أنسب و أبسط، و كذا من أجل إثراء المعرفة العلمية فى هذا الخصوص حيث لم يتم العمل على هذه المهارات من قبل و التركيز عليها كمهارات مستقلة فى دراسات محلية أخرى، وذلك ما اتضح من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة.

فتكمن مشكلة الدراسة فى :

هل يمكن تنمية بعض المهارات السلوكية المتمركزة حول (التقليد ، الاستقلالية)

للطفل التوحدى المطبق عليه سابقا البرنامج العلاجى تيتش وفق مهاراته ؟

2-فرضية الدراسة :

يمكن البرنامج العلاجي تيتش تنمية بعض المهارات السلوكية المتمركزة حول (التقليد ، الاستقلالية) للطفل التوحدي.

3-أهمية الدراسة:

3-1-الأهمية النظرية:

تعد هذه الدراسة إضافة إلى التراث النظري فيما يخص موضوع سيكولوجية التوحد. تعد واحدة من الدراسات القليلة التي تناولت المهارات السلوكية(التقليد و الاستقلالية نموذجاً) التي تؤهل للأداء الوظيفي المستقل. تعد من الدراسات القليلة التي تناولت الموضوع بمنهجية دراسة عيادية (دراسة حالة) على خلاف المنهج التجريبي المعتاد وفاعلية البرنامج العلاجي تيتش .

3-2-الأهمية التطبيقية:

يتوقع مساعدة الطفل التوحدي (م) على اكتساب مهارات تساعده على الأداء المستقل والتي تمهد لاكتساب مهارات أخرى _مساهمة في مساعدة المتخصصين و الآباء على توفير برامج أولية تتكفل بتنمية مهارات الطفل التوحدي ،حيث أسهمت هذه الدراسة بتقديم نموذج عملي لبرنامج سلوكي يمكن استخدامه لإكساب بعض المهارات السلوكية التي تؤهل أطفال التوحد للأداء الوظيفي المستقل.

4-أهداف الدراسة :

-هدفت الدراسة الحالية الى كيف ننمي بعض المهارات السلوكية للطفل التوحدي (م) وفق البرنامج العلاجي تيتش ، المتمركزة حول (التقليد ، الاستقلالية).
-وهدفت أيضا الى كيف يخفف البرنامج من حدة الأعراض الملاحظة على الطفل التوحدي (م) وإكسابه مهارات سلوكية للتواصل مع الآخرين وفق منهج دراسة حالة .

5-تحديد مصطلحات الدراسة:

1-المهارات السلوكية Behavioral Skills : **تعريف المهارة:** Skill إنها القدرة

المتعلمة لأداء مهمة سواء كانت حركية أو معرفية (907 : Sutherland 1992)و تعني

أيضا القدرة على أداء عمل معين، وهذا العمل يتكون في الغالب من مجموعة من الاداءات أو العمليات الأصغر التي تتم بشكل متسلسل ومتناسق فتبدو مؤتلفة مع بعضها البعض (أبو هاشم، 16، 2004)

تعريف السلوك: Behavior هو كل ما يصدر عن الإنسان من أفعال سواء كانت ملاحظة بشكل مباشر أو غير مباشر، أي هو نشاط جسمي أو عقلي أو اجتماعي أو انفعالي (النمر، 26، 2011) المهارات السلوكية إذن هي القدرة على القيام بنشاط معين.

التعريف الإجرائي: هي مجموعة من المهارات الحياتية التي يستخدمها الطفل للتعامل والتواصل الفعال مع المحيطين به ، و التي تؤهله للأداء الوظيفي المستقل، ومن أهمها مهارتي: التقليد و الاستقلالية.

2- مهارات التقليد Imitation Skills :

هي احد المهارات الهامة و اللازمة لنمو الطفل و تعلمه ،فالتقليد هو ميل و استعداد فطري يولد به الطفل فيدفعه إلى محاكاة غيره في أفعالهم و أقوالهم و عن طريق التقليد يكتسب الطفل الكثير من المهارات والقيم و التقاليد و العادات (نصر ، 2002 ، 52)

التعريف الإجرائي: هي المهارات التي تمكن الطفل من تنفيذ الحركات التي يقوم بها الأخصائي النفسي سواء في طريقة تنفيذ المهام والأنشطة المطلوبة منه أو في حركات الوجه و الجسم ،تقليد حركة إلى اللقاء و حركة التصفيق و لمس أعضاء من الوجه،و تعبيرات الوجه و كذا تقليد حركات صوتية بما فيها صوت و الأدوات ، بالإضافة إلى تقليد درجة الكرة و حركة الذراعين و تكوين أشكال بواسطة العجين ، الأخذ والعطاء ، التقليد في الخريشة.

مهارات الاستقلالية Independence Skills :

هي تلك المهارات التي تشتمل على ارتداء الملابس و استخدام السكين،الملعقة، الاغتسال، تمشيط الشعر،تنظيف الأسنان ،و جميع الاحتياجات الأساسية الأخرى الخاصة بالحياة اليومية (مجيد ، 2006 ، 60)

التعريف الإجرائي: و نعني بها مختلف أنشطة الحياة اليومية للطفل ، و التي تتضمن معرفته لاسمه و الاهتمام بالمظهر الشخصي من نظافة و ملابس و مأكّل، معرفة اسمه و

القدرة على غسل اليدين و الوجه و الأسنان وقضاء حاجته في المكان المناسب ،وكذا الاستقلالية في لبس القميص و السروال و الحذاء ،بالإضافة إلى الشرب بمفرده و الأكل باستخدام الملاعقة.

4-الطفل التوحدي هو:

- ينقصه الاتصال الانفعالي.

-ينقصه الاتصال اللغوي المتمثل في فساد النمو اللغوي مع شذوذ في شكل الكلام و مضمونه وترديد آلي لما يسمع.

-شذوذ في اللعب و التخيل.

-النمطية و التقلوب و الإصرار على الطقوس و الروتين و ردود الفعل العنيفة إزاء أي تغيير في هذه الأنماط مع وجود الكثير من الحركات الآلية غير الهادفة (مثل هز الرأس، تحريك اليدين ، الأصابع،...) (المغلوث ، 2006 ، 26)

التعريف الإجرائي: هو الطفل (م) الذي شخص من قبل فريق عمل متكامل على أنه

يعاني من اضطراب التوحد ،و تحصل على درجة متوسطة في مقياس تقدير التوحد

الطفولي **CARS**،خضع لتكفل مدته عام في العيادة النفسية شلي استقلال الواقعة ببسكرة ثم

انتقل إلى عيادة الأخصائية النفسية حساين عفاف الواقعة أيضا ببسكرة العام الحالي.

فهو يعتبر طفل يظهر عليه عجز واضح في المهارات السلوكية التي حددت بمهارات

التقليد و الاستقلالية، رجوعا للبرنامج العلاجي تيتش وكل ما صممه الباحثين من قوائم

لتقدير السلوك ، فأنا بدوري اعتمدها كمراجع لكن منهجي مختلف ليس يعتمد على تقنية

الفاعلية بل تنمية والتخفيف فقط بمنهج دراسة حالة لطفل مطبق عليه البرنامج العلاجي

تيتش .

6-الدراسات السابقة :

1-الدراسات العربية:

6-1-1-دراسة أحمد (2009)

عنوان الدراسة: فعالية برنامج سلوكي في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من

الأطفال التوحدي

عينة الدراسة : تكونت من (10) أطفال، تراوحت أعمارهم بين 5 - 7 سنوات .

أدوات الدراسة : للإجابة عن فروض الدراسة استخدمت الباحثة مقياس جودارد للذكاء ، وقائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد (لعادل عبد الله محمد) ، ومقياس الطفل التوحدي (لعادل عبد الله محمد) ، واستمارة دراسة الحالة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (غير العاديين) لآمال عبد السميع باظه ، إضافة إلى (قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي، واستمارة ملاحظة سلوك الطفل التوحدي) اللتان أعدتهما الباحثة.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج أظهر فعالية في تنمية التعبيرات الانفعالية التي تضمنها، وكذلك تنمية بعض مهارات رعاية الذات، ومهارات التفاعل الاجتماعي والانفعالي والحركي. (علي ، 2013 ، 202)

2-دراسة سيد الجارحي 2004:

عنوان الدراسة:فعالية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحيديين و خفض سلوكياتهم المضطربة

هدف الدراسة : إعداد برنامج تدريبي سلوكي لتنمية بعض مهارات السلوك التكيفي للأطفال التوحيديين(من غسل اليدين ، و المبادأة بإلقاء التحية)و الوقوف على مدى تأثير هذا البرنامج في مساعدتهم على اكتساب بعض مهارات التفاعل الاجتماعي و التواصل مع الآخرين ، بالإضافة إلى مهارات رعاية الذات وتحديد مدى تأثير هذا التدخل في التغلب على السلوكيات المضطربة لدى هؤلاء الأطفال.

عينة الدراسة : تكونت من 10 أطفال توحديين 7 أولاد ، 3 بنات ، و تراوحت أعمارهم الزمنية بين 5 و8 سنوات ، وقد تم تقسيم أطفال العينة إلى مجموعتين تجريبية و ضابطة ، و قد تم مراعاة التجانس بين أطفال المجموعتين من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي، و العمر الزمني ، ووجود إعاقة مصاحبة ؛ و ذلك للتأكد من تكافؤ المجموعتين قبل و بعد تطبيق البرنامج

أدوات الدراسة : مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد / عبد العزيز الشخصي 1995 مقياس السلوك التكيفي (إعداد / فاروق صادق 1985)، مقياس تشخيص التوحد (إعداد / الباحث)، البرنامج التدريبي / إعداد الباحث.)

نتائج الدراسة:

أظهرت فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم ، حيث ساعد البرنامج في تنمية مهارة السلوك التكيفي على الجزء الأول النواحي النمائية و الثاني الانحرافات السلوكية من مقياس السلوك التكيفي لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج عليها أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فلم يحدث لها أي تغيير و ذلك باستخدام الاختبار القبلي و البعدي ، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه (الغريز و عودة، 316، 315، 2009)

3-دراسة سهير محمود أمين (2002)

عنوان الدراسة : فعالية برنامج تدريبي في تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل المتوحد.

هدف الدراسة : إعداد برنامجا يهدف إلى مساعدة الطفل المتوحد على تنمية المهارات الاجتماعية و المعرفية و اللغوية و مهارة رعاية الذات ، و مساعدة الطفل على ممارسة أساليب و أنماط السلوك التوافقي ، كما هدفت أيضا إلى التعرف على أفضل الأساليب التربوية و الإرشادية في التعامل مع الطفل المتوحد ، بالإضافة إلى إعداد برنامج إرشادي للوالدين يساعدهم على كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال بشكل مناسب مما يسهل عليهم القيام بتعديل سلوكياتهم غير المناسبة .

أدوات الدراسة : مقياس ستانفورد بينيه للذكاء (ترجمة و إعداد / محمد عبد السلام و لويس مليكة 1988)، مقياس تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد / عبد العزيز الشخص 1988)، مقياس تقييم الطفل المتوحد (إعداد / الباحثة) ، برنامج تدريبي للأطفال المصابين بأعراض التوحد (إعداد / الباحثة) ، برنامج إرشادي لوالدي الطفل المتوحد (إعداد / الباحثة)

عينة الدراسة : تكونت من 10 أطفال توحيدين ، ممن تراوحت درجاتهم ما بين 25-75 عاما درجة على مقياس تقييم الطفل المتوحد ، كما تراوحت أعمارهم ما بين 8 و 22 على مقياس ستانفورد بينيه . و قد تم تقسيم هذه العينة إلى مجموعتين تجريبية و ضابطة روعي فيها التماثل من حيث العمر الزمني و درجة الذكاء و المستوى الاجتماعي الاقتصادي

نتائج الدراسة : أظهرت فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم ، حيث ساعد البرنامج في تخفيض الاضطرابات الانفعالية ، الاضطرابات الاجتماعية ، القصور في الرعاية الذاتية ،

اضطرابات اللغة و ذلك على أبعاد مقياس تقييم الطفل المتوحد و لكن لم تظهر النتائج وجود فروق جوهرية في بعد الأنماط السلوكية و ذلك لدى أف ا رد المجموعة التجريبية قياسا بالمجموعة الضابطة حيث لم يحدث لها أي تغيير و ذلك باستخدام الاختبار القبلي و البعدي ، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه بشهرين وذلك باستخدام الاختبار التتبعي .(الغريير وعودة ، 2009 ، 311 ، 312)

الفصل الثاني: سيكولوجية التوحد

الجذور التاريخية للتوحد

- (1) مفهوم التوحد
- (2) نسبة انتشاره .
- (3) خصائص أطفال ذوي اضطراب التوحد.
- (4) المقاربة المفسرة لهذا الاضطراب .
- (5) أنواعه .
- (6) صعوبة التشخيص .
- (7) أسبابه .
- (8) تشخيص التوحد.



تمهيد:

أصبح الاهتمام بالتوحد ضرورة لا بد منها ، نظرا لانتشاره السريع عند الأطفال في مختلف أرجاء العالم ، كما ازداد الاهتمام بإجراءات الدراسات و الابحاث العلمية من أجل فك الغموض حول هذا الاضطراب وفهمه و التعرف على مسبباته ، للتوصل إلى التشخيص الدقيق للاضطراب لما له من تأثير على نمو الطفل ، وقدرته على التواصل و التفاعل مع العالم الخارجي ، و لإيجاد طرق التكفل و العلاج المناسبة و الفعالة لتحسين حياة الاطفال التوحديين.

1/ الجذور التاريخية لاضطراب التوحد:

تحدث عنه لأول مرة في الطب النفسي العالم بلولر E.Bleuler سنة 3933 على أنه شكل من أشكال الفصام . لكن يعود تناول دراسة خصائص الأطفال التوحديين بطريقة علمية إلى " Kaner Leo "

عام 1943 عندما درس مجموعة مكونة من أحد عشر طفلا لهم خصائص متشابهة ومماثلة أطلق عليهم " Kaner " التوحد الطفولي (Childhood Autistic) ، وقد لاحظ (Pearce 2005) بأن هؤلاء الأطفال كانوا غير طبيعيين منذ الطفولة المبكرة و يظهرون ردود فعل غير عادية للبيئة تتضمن حركات نمطية ومقاومة التغيير و الاصرار على التشابه، إضافة إلى وجود خصائص غير طبيعية في التواصل.

مثل :عكس الضمائر، وضعف في التفاعل والترديد الكلامي (Echolalia) أو ما يعرف بالصدى الصوتي إضافة إلى سلوكيات غير عادية . وقد اقترح " Klin " 0228 " وجود أسباب وراثية، و أساليب تنشئة خاطئة لهذا الاضطراب.

وأصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) American Psychiatric Association في عام 1980 الدليل الإحصائي لتشخيص الاضطرابات العقلية الطبعة الثانية (DSM-II) التي اعتبرت التوحد شكلا من أشكال الفصام الطفولي.

ومع ذلك فإن الاعتراف الرسمي بالتوحد كقائمة تشخيصية لها خصائصها المميزة لم يتم إلا في عام 1951 عندما أصدرت الطبعة التاسعة من الدليل العالم لتصنيف الأمراض: (ICD-9) International Classification Diseases.

أما الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي للإضطرابات العقلية عام (DSM -1980) () فقد فرقت فيه بوضوح بين الفصام واضطرابات التوحد وأكدت أن التوحد ليس حالة مبكرة من الفصام (مجيد، 2006: 54).

كما قدمت هذه الطبعة مفهوم الإضطرابات النمائية وقد صدرت الطبعة الرابعة (DSM -IV) في عام 1994 فوسعت من مفهوم الإضطرابات النمائية الشاملة (PDD) Pervasive Developmental Disorders لتشمل خمس فئات يطلق عليها أيضا اضطراب طيف التوحد الخمسة (ASD) Spectrum Disorders وهي:

-اضطراب التوحد (Autism Disorders) و هو موضوع الدراسة

-متلازمة اسبرجر (AS) Asperger Syndrome

-متلازمة ريت (RS) Rett Syndrome

-اضطراب الطفولة التفككي (CDD) Childhood Disintegrative Disorders

-الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Bildt et PDD-NOS).

(al,2004)

أما الطبعة الرابعة المنقحة في نفس الدليل (DSM -IV-TR) فلم تضيف أية تغييرات أو تعديلات تذكر.

أما الدليل التشخيصي الخامس (DSM-V) الذي صدر في منتصف عام 2013 أدمج فيه كل من:

اضطرابات التوحد، ومتلازمة إسبرجر، و الاضطراب التحليلي و التوحد اللانمطي،

" Autistic Spectrum Disorders " في حين تم التخلي نهائيا عن زملة ريت.

و لاعتبار التوحد فئة تصنيفية مستقلة لها خصائصها التي تميزها عن غيرها من الاضطرابات، ظهر العديد من المراكز والاختصاصيين الذين عملوا على إعداد البرامج والطرائق التي تساعد الأطفال التوحديين على تنمية جوانب القصور والضعف في أدائهم.

2/ مفهوم اضطراب التوحد:

تشتق كلمة التوحد من الكلمة الإغريقية (ISM) وتعني انغلاق وكلمة (AUT) وتعني الذات أو النفس، والمصطلح ككل يمكن ترجمته على انه الانغلاق على الذات وتقتصر هذه الكلمة إن هؤلاء الأطفال غالبا يندمجون او يتوحدون مع أنفسهم ويبدون قليلا من الإهتمام بالعالم الخارجي .ويتصف الطفل التوحدي بأنه عاجز عن إقامة علاقات اجتماعية ويفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل مع الآخرين ولديه رغبة ملحة في الاستمرارية في القيام بنفس السلوك ومغرم بالأشياء ولديه امكانية معرفية جيدة كما ان الافراد التوحديين يبدون سلوكات نمطية متكررة ومقيدة (مصطفى و الشربيني، 2011 : 26)

و تختلف التعريفات باختلاف التوجهات و فيما يلي بعض التعريفات المختلفة للتوحد:

1/تعريف روتر:

قدم روتر أربع خصائص رئيسية عند تعريفه للتوحد و هي:

أ_ اعاقة في العلاقات الاجتماعية.

ب_ نمو لغوي متأخر.

ج_ سلوك استحواذي.

د_ بداية الحالة قبل بلوغ ثلاثين شهرا من العمر.

2 /تعريف القانون الامريكي لتعليم الأفراد المعاقين:

Individuals With Disabilities Education Act(IDEA)

التوحد هو اعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي و غير اللفظي و التفاعل الاجتماعي، و تظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر، تؤثر سلبيا على أداء الطفل ، و تؤدي كذلك لانشغال الطفل بالنشاطات المتكررة و الحركات

النمطية و مقاومته للتغير البيئي أو التغيير في الروتين اليومي و كذلك الاستجابات غير العادية للخبرات الحسية.

3 / تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society for Autistics Children)

يعتبر تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين من أكثر التعريفات قبولا لدى المهنيين و ينص على أن التوحد عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل الطفل إلى 32 شهرا ، ويتضمن الاضطرابات التالية:

1/ اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.

2/ اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.

3/ اضطراب في الكلام و اللغة.

4/ اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس و الأحداث و الموضوعات (الجرواني و

صديق ، 2011: 9-10).

4/تعريف " Serge Hefez "

إنه خطأ في عملية النمو يتجلى في اختلال عمليتي الإدراك و التواصل(نحوي

2011 : 3)

5/ تعريف " Wolf "

الأطفال التوحديين هم الذين:

- ينقصهم الاتصال الانفعالي.

- ينقصهم الاتصال اللغوي المتمثل في فساد النمو اللغوي مع شذوذ في

شكل الكلام و مضمونه و ترديد آلي لما يسمع.

- شذوذ في اللعب والتخيل.

- النمطية و التقولب الاصرار على الطقوس و الروتين و ردود الفعل

العنيفة إزاء أي تغيير في هذه الأنماط مع وجود الكثير من الحركات الآلية غير

الهادفة (مثل هز الرأس ، تحريك اليدين ، الأصابع،....).

6/ تعريف " Sethen Han :

ينظر اليه على أنه أحد الاضطرابات الارتقائية التي تتسم بوجود تأخر شامل في النمو ، و قد يصل حد هذا الاضطراب إلى صعوبة التقييم الاكلينيكي خاصة على مستوى القدرات المعرفية.

1/ تعريف " Gilberg :

انه أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة و مصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفض، و تتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي و اتصال شاذ.

8/ تعريف " Lewis :

التوحد هو اضطراب في الارتقاء الاجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية.

9/ تعريف الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية سنة 1994

انه فقدان القدرة على التحسن في النمو، مؤثرا بذلك على الاتصالات اللفظية و غير اللفظية و التفاعل الاجتماعي ،و هو عادة يظهر في سن ما قبل ثلاث سنوات ، و الذي يؤثر على الأداء في التعليم، و في بعض الحالات التوحدية تكون الأعمال و الأفعال و الأقوال مرتبطة بتكرار آلي لمقاطع معينة لخدمات محددة ، و يظهر هؤلاء الأطفال مقاومة شديدة لأي تغيير أو تغيير في الروتين اليومي، و كذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة.

12 / تعريف المؤتمر الذي انعقد في إنجلترا سنة 1999 :

انه اضطراب نمو طويل المدى يؤثر على الأفراد طيلة حياتهم و تتمركز الخسائر التي تأتي من هذا الإضطراب في الآتي:

_خسائر في العلاقات الاجتماعية.

_خسائر في سائر أنواع الاتصالات سواء اتصالات لفظية أو غير لفظية.

_مشكلات في رؤية الطفل للعالم من حوله و مشكلات تعلمه من خبراته.

-مشكلات في التخيل و الادراك و اللعب ، و بعض القدرات و المهارات الأخرى
(المغلوث ،2006 : 26-29)

11 /تعريف الدليل التشخيصي الخامس: (DSM V)

لعل للتطورات الحديثة التي طرأت على آلية فهمنا للفئات التي تتدرج ضمن مسمى الاضطرابات (pdd) النمائية الشاملة و التي وردت في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل بالغ الأثر في أحداث تغيير جوهري في هذه الفئة .ولعل من الأمثلة على ذلك هو الاتفاق بأن متلازمة ريت لم تعد اضطرابا معرفا سلوكيا (كغيرها من باقي الفئات) و انما قد أصبحت اضطرابا معرفا جينيا نظرا لتوصل العلماء للجين الذي يسبب حدوثها (MeCP2)، لذا فإن الطبعة الخامسة قد استتنت هذه المتلازمة كواحدة من فئات اضطراب طيف التوحد . بالإضافة إلى تغيير مسمى الفئة ومعايير تشخيصها .

وبناء على ذلك فإن الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي تستخدم الآن مسمى جديد هو اضطراب طيف التوحد (ASD)والذي يجمع ما كان يعرف سابقا باضطراب التوحد (AD) ومتلازمة أسبرجر (Asperger Syndrome)واضطراب التفكك الطفولي (CDD)، و الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD NOS)ضمن مسمى واحد على شكل متصل تختلف مكوناتها باختلاف عدد و شدة الأعراض.

كما أن الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت اضطراب طيف التوحد ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية (Neurodevelopmental Disorders) و التي تتضمن الفئات التالية إلى جانب فئة اضطرابات طيف التوحد : الاضطرابات العقلية (Intellectual Disabilities)

واضطرابات التواصل

(Communication Disorders)، وضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) ،

وصعوبات التعلم (Specific LD)

والاضطرابات الحركية (Motor Disorders) (محمد ، 2014 : 6)

من خلال عرض أهم تعريفات اضطراب التوحد نلاحظ أنها تباينت في بعض الجوانب لكنها تتفق في أن للتوحد مظاهر أساسية تتمثل في الخصائص التي تفرق بين الطفل العادي عن الطفل المصاب بالتوحد ، و هذه الخصائص هي:

_عجز في التواصل الاجتماعي.

_عجز في اللغة.

_الاستثارة الذاتية.

_سلوك الايذاء الذاتي و السلوك العدوانى.

_ثبات الأشياء و الانشغال بها في مقابل عجز اقامة علاقات مع الآخر.

فالتوحد هو اضطراب عصبي حيوي يؤخر اكتساب مختلف المهارات الجسمية كأداء

الإدراك الحسي الاختلالات الحركية و الاجتماعية و اللغوية و الاستقلالية التي تؤهل

للأداء الوظيفي المستقل.

و تختلف خصائص التوحد و بدرجة كبيرة بين الأطفال من خلال النمط و الشدة.

_ 3 / نسبة انتشار اضطراب التوحد:

تشير الإحصاءات العالمية إلى ظهور (4-5) حالات توحد في كل (10) عشر آلاف

مولود، وقد ترتفع إلى حالة توحد لكل 1000 مولود حسب التوسع في الصفات أثناء

التشخيص وتظهر أعراض التوحد واضحة بعد 30 شهرا تقريبا.

وتزداد نسبة الإصابة بين الذكور عن الإناث بنسبة (1:4) ، ولا يرتبط هذا الاضطراب

بأية

عوامل اجتماعية حيث لم يثبت أن لعرق الطفل أو جنسه أو لونه أو المستوى التعليمي

والثقافي للعائلة أي علاقة بالإصابة بالتوحد .(الجرواني و صديق، 2011: 9-10).

كما و تقدر منظمة الصحة العالمية (السابعة و الستون) أن متوسط معدل الانتشار

العالمي يبلغ 10 000/62.

و يعني ذلك أن طفلا واحدا من كل 160 طفلا مصاب باضطراب طيف التوحد. و تشكل هذه التقديرات رقما متوسطا ، و يتفاوت معدل الانتشار المبلغ تفاوتا واسعا بين الدراسات و مع ذلك فان بعض الدراسات المضبوطة جيدا أعطت معدلا أعلى بكثير. و التقديرات الإقليمية لمعدل الانتشار متاحة للاقليم الأوروبي و اقليم الأمريكتين فقط ، و لا تختلف ، احصائيا فيما يتعلق بأوروبا يبلغ المعدل المتوسط 9,61 / 10 000 ، وفيما يتعلق بالأمريكتين يبلغ المعدل المتوسط 5,65 / 10 000 .

في المقابل فانه في أنحاء عديدة من العالم ، بما في ذلك افريقيا ، لا توجد تقديرات لمعدل الانتشار أو توجد تقديرات أولية فقط. و باستثناء الصين فان البلدان التي لديها قواعد بيانات واسعة هي بلدان مرتفعة الدخل. و اجريت دراسات قليلة في بلدان متوسطة الدخل، و لا يتاح أي تقدير لمعدلات الانتشار من أي بلد منخفض الدخل.

أما في الجزائر فقد قدمت إحصائيات من خلال الملتقى الأول حول التوحد سنة 2008 و كانت كالآتي:

_ في سنوات السبعينات كان معدل الانتشار يتراوح ما بين 4-5 حالات من بين 10000 طفل.

_ في سنوات التسعينات ارتفع معدل الانتشار الى 7 حالات من بين 10000 طفل.

_ أما حاليا فلا يوجد احصائيات دقيقة لهذا الإضطراب في الجزائر، لكن فالمؤكد أن

نسبة الانتشار في تزايد مستمر (زهير، 2011: 40)

من خلال إستقراء هذه الدراسات و الأبحاث و مواقع الاحصائيات العالمية نجد أن

نسبة انتشار إضطراب التوحد في زيادة خطيرة، مما يدفعنا الى القول بأن إضطراب التوحد هو مرض وبائي.

4 / خصائص الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

يظهر أطفال اضطراب التوحد تنوعا واسعا في خصائصهم السلوكية و المتعلقة

بالمهارات و الاهتمامات و الوظائف و الحاجات التعليمية التي تتغير كلما تقدموا في العمر.

ان الجهود المبذولة في تحديد الخصائص المميزة للأفراد ذوي اضطراب التوحد تعكس الحاجة للتوصل الى تعميمات في هذا المجال ، مع الأخذ بعين الاعتبار أنها قد لا تكون دائما ممثلة بشكل كاف لوصف فرد معين. لذلك فان الخصائص الأكثر شيوعا و التي ترتبط بالأفراد ذوي اضطراب التوحد يمكن ادراجها ضمن ثلاث مجالات يجب أن يظهر فيها القصور:

4_1_التواصل Communication :

تتباين القدرات التواصلية لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد ، فتتراوح من الضعف الشديد

في كل من اللغة التعبيرية (المنطوقة) و اللغة الاستقبالية (المدركة) الى الطلاقة اللفظية و اللغوية المعقدة، فقد يظهرون غيابا أو تأخرا في استخدام اللغة المنطوقة مع احتمالية وجود محاولات قليلة لاستخدام وسائل بديلة للتواصل كالتلميحات.

فنرى على سبيل المثال أن الطفل ذا اضطراب التوحد عندما يريد أي شيء ما قد يتمسك بيد شخص آخر و يقوده الى ذلك الشيء، ولكن هذه ليست وسيلة تواصل في طبيعتها و لكنها طريقة للحصول على الأشياء و يستخدم فيها الشخص كأداة.

و نلاحظ بهذا الشأن أن ما نسبته الثلث على الأقل من بين جميع الأطفال ذوي اضطراب التوحد يفشلون في تطوير اللغة التعبيرية ، و أن أولئك الذين يطورون اللغة عادة ما يظهرون اختلافات واضحة في استخدامهم للغة فالكثير منهم يظهر المصاداة و هي عبارة عن تكرار الكلام الآخرين و هي نوعين:

أ / المصاداة المباشرة " Immediate Echolalia " :

إذ يكون التكرار مباشر، عندها تسمى المصاداة المباشرة مثل ما اسمك ؟ ، فيجيب : ما اسمك.

ب /المصاداة المؤجلة " Delayed Echolalia " :

و هي تكرار الأصوات بعد مرور فترة زمنية من سماعها، كأن يعيد نص من فيديو أو برنامج شاهده على التلفاز (هيفلين و أليمو، 2011: 28- 29)

و يضيف Prizant نوع ثالث يسمى المصاداة المخففة " Mitigated Echolalia " وهي :ترديد للكلمات أو الجمل بعد حدوث تعديلات فيها ،حيث يغير الطفل أو يضيف أو يغير في نبرة الصوت، و هذا يدل على فهم الطفل اللغة الاستقبالية ، و هي قد تكون متأخرة في معظم الأحيان ، و قد تكون فورية(مصطفى والشريبي، 2011: 99).

إن ظهور المصاداة لدى هؤلاء الأطفال تؤدي إلى ظهور واحدة من أكثر الصفات شيوعا لدى الأطفال التوحديين و هي : عكس الضمائر فعند سماع الطفل التوحدي " هل تريد بسكويتا؟ أنا أريد واحدة " فمن المحتمل أن يقوم باستخدام ضمير(أنت)بدلا من (أنا) أي "أنت اريد واحدة"، و من المدهش أن بعض الأفراد ذوي إضطرابات طيف التوحد الذين يستخدمون اللغة المنطوقة قد يستخدمون الأفعال بطريقة صحيحة و لكن ذلك لا يعكس قدرتهم على استخدام قواعد النحو بل هو نتيجة قيامهم بالمصاداة لما سمعوه.

و في ذات السياق يقوم بعض الأطفال ذوي إضطرابات طيف التوحد بتعميم استخدام القاعدة اللغوية مع جميع الأفعال .مع أنها غير صحيحة كأن يقول "حصل " كفعل ماضي للفعل" يحصل ".و بشكل عام يظهر معظم الأفراد ذوي إضطراب التوحد أخطاء نحوية و صرفية و القليل منهم فقط لا يظهرونها.

إن المصاداة التي يظهرها التوحديون لا تكون فقط للكلمات و الجمل بل تكون المصاداة كذلك لنغمة نبرة الصوت نفسها كما صدرت من المتكلم و حتى في حال عدم وجود المصاداة فان طبيعة الكلام بخصائصه كافة لا تكون طبيعية فقد يظهر الكلام من الفرد كصوت صادر من رجل آلي مع وجود خلل في النغمة الصوتية ، و قد تكون درجة الصوت مرتفعة جدا و قد تظهر الجمل بنبرة السؤال ، إن النغمة و النبرة الصوتية التي

يظهرها الطفل التوحدي تعتبر من المؤشرات التي توحى بشكل مباشر بأن هذا الفرد مختلف بشكل ما عن الآخرين.

و في الوقت نفسه يساهم استخدامهم غير عادي للغة في ظهور صعوبة في المبادرة و المحافظة على التفاعل و المشاركة الاجتماعية مع الآخرين . فمثلا قد يعبر عن رغبته في تناول الطعام من خلال التحدث عن أشكالها أو ألوانها بدلا من طلبها مباشرة.

بالإضافة إلى محدودية اللغة فهم يواجهون صعوبة في استخدام اللغة : و هي تعني توظيف اللغة في السياقات و المواقف الاجتماعية المختلفة ، و أن يعرف أن الكلام المناسب لموقف ما قد لا يكون مناسباً لموقف آخر (هيفلين و أليمو ، 2011: 29)

و كذا تتضمن الصعوبة في استخدام اللغة أيضا عدم القدرة على تسمية الأشياء و عدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة حيث يكون له نطق خاص به يعرف معناه فقط من يخبرون ماضي الطفل و لقد أسماها كانر " : اللغة المجازية (" مجيد ، 2006: 46) ، كالأمثال والمفاهيم المختصرة و في الوقت نفسه يفهمون ما يقال لهم بصورة حرفية كما هو فهؤلاء الأطفال لا يستطيعون إدراك و فهم اللغة الرمزية خصوصا مع غياب اللعب التخيلي عند هؤلاء الأطفال.

و يعاني هؤلاء الأطفال كذلك من قصور في اللغة غير اللفظية و التي ترتبط بشكل دال مع التأخر في التطور اللغوي لديهم. يعتبر غياب السلوكيات غير اللفظية كالإيماءات و التلميحات من المؤشرات المبكرة لظهور اضطرابات طيف التوحد ، حيث يفشل الأطفال التوحديين في المحافظة على التواصل البصري مع الآخرين مما يجعله يفشل في عمل تفاعل اجتماعي ناجح ، فهو يحدق بالأشياء بطريقة غير ملائمة و يستجيب بطريقة مختلفة للأشياء و المنبهات الموجودة في البيئة من حوله.

و بشكل عام يفشل الأطفال ذوي اضطراب التوحد في استخدام تعبيرات الوجه والإيماءات للتواصل. وما يمكن قوله : ان مظاهر القصور أو العجز في الجانب التواصلية تتضمن:

_ غياب أو تأخر في اللغة التعبيرية.

_ الفشل في استخدام الوسائل البديلة للتواصل كالإيماءات و حركات اليدين و تعبيرات

الوجه.

_ المصاداة المباشرة و المتأخرة.

_ عكس الضمائر.

_ صعوبة فهم اللغة غير المنطوقة من قبل الآخرين.

_ قصور في التواصل غير اللفظي .

4/ التفاعل و المشاركة الاجتماعية: Socialization :

يقترح كل من " كانر و وترهاوس و فن ومودهل " أن القصور في الجانب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعتبر من العناصر الدالة و بشكل مباشر، و التي يلزمها بشكل عال قصور في اللغة الوظيفية. فنحن نلاحظ عادة بأن الأطفال الذين يتطورون بشكل طبيعي يبدون رغبة في النظر الى عيون الآخرين، وما يصاحبها من مثيرات اجتماعية أكثر من النظر الى المثيرات غير الحية أو الجامدة. و على العكس من ذلك فالأطفال الذين تم تشخيصهم لاحقاً بأن لديهم اضطرابات طيف التوحد كما أشار أولياء أمورهم على أن أطفالهم يتجنبون التواصل البصري معهم . و يظهرون اهتماماً بالأشياء الجامدة أكثر من اهتمامهم بالأشخاص بالإضافة الى أنهم لا يتكلمون و لا يبتسمون كثيراً. و بشكل عام يطور الأطفال ذو النمو الطبيعي في عمر السنتين توجهها ثابتاً نحو أصوات الأشخاص الآخرين حتى لو لم ينادى الطفل باسمه، إلا أن هذا السلوك لا يظهر لدى أطفال اضطراب التوحد فهم لا يظهرون أي اهتمام لكلام الآخرين ، و لا يستجيبون في حال تم النداء عليهم وهذه من المؤشرات الواضحة للتنبؤ بإضطراب التوحد.

كذلك يعتبر التحديق من خلال العينين من المظاهر الحاسمة التي تميز الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وقد تمت دراسة هذا السلوك بشكل مفصل ضمن مجموعات لأطفال مصابين باضطراب التوحد،

حيث لوحظ غياب التواصل البصري لدى معظم هؤلاء الأطفال كما يشير آدرين اذ اعتبر أن هذا المظهر أحد العوائق التي تحول دون المبادرة نحو التفاعل الاجتماعي و المحافظة عليه مع الآخرين بالإضافة الى ذلك فان عدم التواصل البصري يحرم الطفل من المعلومات التي يمكن أن يقدمها الآخرون إليه، و كما يشير "ويمبري و هوبسون و ويليمز و ناش " أن غياب التواصل البصري لوحظ منذ المراحل المبكرة لدى أطفال ذوي اضطراب التوحد، فالطفل التوحدي لا يتابع نظرات الآخرين و يحاول كذلك لفت نظر الآخرين إلى ما يجده هو ممتعا . إن القصور أو الفشل في تتبع نظرات الآخرين قد يترتب عليه آثارا واضحة على التطور اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد ، وذلك نظرا لعدم انتباههم إلى الأشياء التي ينظر لها الآخرون و يسمونها ، و على عكس التطور النمائي لدى الأطفال التوحديين يظهر الأطفال العاديون محاولة لجذب انتباه الآخرين من خلال نظرتهم إلى الأشياء التي يجدها الأطفال العاديون محاولة لجذب انتباه الآخرين من خلال نظرتهم إلى الأشياء التي يجدها الأطفال مثيرة و ممتعة كالنظر إلى طائرة في السماء ، فالأطفال لا ينظرون فقط إلى الطائرة بل ينظرون إلى الآخرين ليروا فيما إذا كانوا ينظرون إلى الطائرة أيضا. أضف إلى ذلك أن التطور النمائي العام يظهر وعي الأطفال لحضور أو غياب والديهم ، و ينظرون بشكل متكرر الى آبائهم ليتأكدوا من وجودهم ،لكن أطفال ذوي اضطراب التوحد لا يظهرون اهتماما أو أي محاولة للتفاعل الاجتماعي مع المحيطين بهم. (هيفلين و أليمو: 2011، 32).

و حتى عندما يتم انجاز الكفاية اللغوية فقد يظهر لديهم نقص شديد في مهارات اللغة الوظيفية و استخدماتها مثل: المبادرة بالمحادثة و الاستجابة لمحادثة الآخرين و القدرة على

تبادل الأدوار بناء على بعض السمات الصوتية و المتابعة و الانتباه خلال فترة المحادثة.(كوجل وكوجل ، 2003: 23)

و مع ذلك قد يظهر الطفل التوحدي في بعض الأحيان تواعلا عند رغبته في الحصول على شيء ما.

و بشكل عام فان القصور في التفاعل الاجتماعي يتمثل في:

_عدم الوعي لحضور الآخرين.

_اظهار عدم الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية.

_اظهار الفشل في الاستماع و الاصغاء لأصوات الآخرين.

_الرغبة في مشاركة الآخرين المواضيع المفضلة لديهم فقط.

_يطورون القليل من العلاقات الاجتماعية (هيفلين و أليمو ، 2011: 32)

2/4 الاهتمامات و الأنشطة Interests and Actifitis :

يظهر الأطفال ذوي اضطراب التوحد استجابة نمطية أو شاذة لجوانب و نواحي عديدة في البيئة، و تظهر هذه الاستجابات على وجه الخصوص قبل أن يكمل الطفل 36 شهرا من عمره (عبد الرحمن و حسن ، 2004: 27) و كذا مدى محدودا من الاهتمامات ، و الذي يعتبر غير عادي ضمن معايير التطور النمائي الطبيعي و قد يعزى بعض ذلك إلى ميلهم إلى:

_الاستئارة الذاتية: الذي يعود إلى (Stéréotyp) أو ما يدعى بالسلوك النمطي

Stimulatory-Self السلوكيات المتكررة مثل ضربات اليد، الرفرفة باليدين ،تحريك الأشياء

أمام العين ،هز الجسم ،و التي قد تمتد لفترة طويلة من الوقت ، و من الممكن أن يتم

التعبير عن سلوكيات الاستئارة الذاتية بطرق مختلفة، فقد تكون دقيقة مثل: حركات العين عند

التعرض للضوء أو عند القيام بتعبيرات الوجه غير المناسبة أو عند الحزن أو قد تكون عند

البعض الآخر أكثر وضوحا مثل : هزهة الجسم أو إخراج أصوات عالية متكررة. قد تؤثر

الاستثارة الذاتية في العلاقات الاجتماعية و التعلم و التطور العصبي مما يكسب هذه السلوكات علاقة عكسية مع كثير من السلوكات المناسبة . و يبدو أنها تزود ذوي إضطراب التوحد بتغذية راجعة حسية أو حس حركية(كوجل وكوجل ، 2003: 24).

كما و سلوك إثارة الذات سلوكات غير هادفة و لا تخدم أي غرض و لا بد من تقليلها

، إلا أن الافتراضات الحديثة تشير إلى أن السلوك النمطي و سلوك إثارة الذات هي سلوكات تكيفية ، و بالرغم من وجود اختلافات عديدة في الاستجابات الحسية فقد حددت الدراسات مانسبته(42% 80) % من الأفراد التوحديين يظهرون استجابات غير عادية تتضمن خدش السطح ،لعق الأصابع، هز الجسم و الفشل في الاستجابة لمثيرات بصرية و سمعية محددة، فبعضهم يضع يديه على أذنيه عند سماعه لأصوات لا يحبها كصوت المنبه و صوت تدفق المياه في الحمام ، و يندفعون بعيدا إذا قام شخص آخر بمحاولة لمسهم (هيفلين و أليمو:2011، 34)

سلوك الإيذاء الذاتي و السلوك العدواني Self-Injurious and Aggressive Behavior :

عدوان الطفل التوحدي غالبا ما يكون نحو ذاته ليخفف الشعور بالقلق و التوتر ،وقد يظهر السلوك العدواني للطفل التوحدي أثناء اللعب مع الآخرين ،و يقوم بدفعهم بيديه أو أخذ اللعبة من أيدي الطفل الآخر ، فهذا يعد من وجهة نظر الآخرين عدوانا على الآخر ،الا أنه ناتج عن عدم قدرة الطفل التوحدي على التفاعل المشترك أو التفاعل الاجتماعي مع الآخرين مما ينتج عنه السلوك العدواني.

حيث تلاحظ العدوانية لدى التوحديين بشكل نمطي(كضرب الرأس في الحائط أو الأرض، العض، الخدش، شد الشعر) و عنيف و بصورة متكررة و غالبا ما تكون دون أي سبب ظاهر أو فووري (مصطفى و الشربيني ،2011: 75).

يبدو أن هذه السلوكيات العدوانية التي قد يوجهها الى ذاته أو الآخر هي وظيفة تواصلية. لذا وجب التركيز على تحليل لوظيفة هذه السلوكيات غير المقبولة لتجنب المواقف غير المألوفة و تعليم سلوكيات تواصلية مناسبة فتقل أو تلغى سلوكيات ايداء الذات و العدوانية(كوجل وكوجل، 2003: 24).

ثبات الأشياء والانشغال بها:

Demand for Sameness and preoccupation with object

يطور الأطفال ذوي اضطراب التوحد انشغالا مفرطا بأشياء محددة أو بنشاطات معينة حيث يفضلون الاهتمام بأجزاء الأشياء أكثر من التفاعل مع الآخرين فعلى سبيل المثال: يفضل الطفل التوحدي قلب السيارة رأسا على عقب و تدوير العجلات بشكل متواصل على أن يحركها و يلعب بها كما يفعل الأطفال العاديون ، و حتى عندما ينظرون إلى الآخرين فإنهم يميلون للتصرف بطريقة روتينية و محددة مع قبول تغيرات محدودة جدا كان يقوم الطفل التوحدي بترتيب الأشياء على شكل صف و يستمر على ذلك النحو لفترة طويلة من الزمن و تسمى الأنشطة التي يكررها الطفل لفترة طويلة بالمواظبة (Perseverations) فيستمر الطفل التوحدي بالقيام بالنشاط نفسه مالم يقاطعه أحد و في حال ما تمت مقاطعته فانه يثور بشكل مزعج (هيفلين و أليمو ، 2011: 33).

كما يلاحظ ميل أطفال التوحد لتكرار الأنشطة و الاهتمامات نفسها من خلال رغبتهم و إصرارهم على نظام الرتابة أو الروتين أو التشابه و اتباع طريقة محددة لموقع معروف

و تقديم أطعمة وفقا لترتيب معين كطلب سكب الحليب في وعاء قبل وضع الملعقة فيه ، و قد ينزعج الطفل في حالة عدم إتباع هذه الأمور أو إحداث أي تغيير في البيئة كانزعاجهم من إعادة ترتيب الأثاث أو تغيير روتين المدرسة أو تغيير نظام وقت نومهم و قد يصر آخرون على اعتداء الملابس ذاتها يوميا. هذا و يتعذر حاليا فهم هذا السلوك جيدا حيث يعتبر سمة عامة بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد(كوجل و كوجل، 2003: 26).

و بشكل عام توصف الأنشطة و الاهتمامات لدى أطفال ذوي إضطراب التوحد بما يلي:

- _اهتمامات محدودة و غير عادية.
 - _الاهتمام بتفاصيل الأشياء و أجزائها.
 - _التعلق و الانشغال في الأنشطة المفضلة.
 - _الاصرار على الروتين.
 - _حركات نمطية متكررة.
 - _الاستجابات غير العادية للمثيرات الحسية (هيفلين و أليمو، 2011: 35)
- عندما لا يعرف سبب محدد و راء إضطراب ما تتكاثر النظريات، فقد ظهرت اختلافات نظرية رئيسية فيما يتعلق بأسباب التوحد. وقد عكست تلك الآراء المختلفة تطور علم النفس عامة، فتضمنت المفاهيم السائدة وقت ظهورها. و هكذا ا روحت النظريات التي تناولت التوحد بين التي ركزت على الوالدين كسبب للتوحد ، و تلك التي ترى أن أسباب التوحد عضوية بيولوجية بشكل تام بعيدا عن أي تأثير للوالدين.

5-1 صعوبة تحديد أسباب التوحد

- تكمّن صعوبة تحديد أسباب التوحد في ما يلي:
- _عدم الاتفاق بين العاملين في الميدان على طبيعة هذه الإعاقة.
 - _بعض الحالات تؤدي الى حدوث التوحد ، مثل التهاب السحايا.
 - _طبيعة الإصابة تشترك في الكثير من الأعراض و المميزات مع عدد من الاعاقات الأخرى.
 - _بعض الحالات تتغير أعراضها بالزيادة أو النقصان.
 - _خطأ في التشخيص فبعض الحالات تشخص على أنها حالات إضطراب في التعلم أو تخلف عقلي غير محدد السبب (مصطفى و الشربيني، 2011: 37).
- 5_ :أهم النظريات المفسرة للتوحد:

أ) التوحد نتيجة لبيئة اجتماعية مختلفة:

1 النظرية النفسية (الأم الثالثة) :

لفهم هذه النظرية يجب أن نفهم عنصرين أساسيين ساهما في ازدهارها ، و هما:
أولا : عندما وصف التوحد لأول مرة عام 1943 م كانت مدرسة التحليل النفسي هي
السائدة و المؤثر في فهم و تفسير الإضطرابات العقلية.

حيث تقترض نظرية التحليل النفسي أن الأعراض الظاهرة للإضطرابات العقلية الخفيفة
و الشديدة هي تعبير عن صراعات داخلية ناتجة عن خبرات مكبوتة في اللاشعور ترجع
الى الطفولة المبكرة جدا ، و بشكل أساسي علاقة الطفل بوالديه ، و لذلك عندما يظهر
الطفل إضطرابات سلوكية من دون سبب أو تفسير فزيولوجي فان المختصين يبحثون في
خبراته الاجتماعية في الطفولة المبكرة جدا لتفسير تلك الإضطرابات. و بما أن الوالدين و
بالتحديد الأم هما المؤثران الرئيسيان في الخبرات الاجتماعية المبكرة للطفل ، فقط جاء
استنتاجهم أن الوالدين مسؤولان عن إضطراب طفلهم.

ثانيا : في تقييمه المبكر لأباء الأطفال التوحديين ،وصف كانر هؤلاء الأباء بأنهم

محتفظون

و انطوائيون ،جامدون عاطفيا ،مفردون في النظام و الروتين ،أنكفاء جدا و عقلانيون
، جادون و لا يعرفون المزاج، منعزلون اجتماعيا ،لا يأبهون بالأمر التافهة و الهامشية ، و
منسحبون عاطفيا ، بالإضافة إلى ذلك وصف هؤلاء الأباء بأنهم منظمون جدا في تربيتهم
لأبنائهم لدرجة الميكانيكية ،فضلا عن فشلهم في اظهار أي عاطفة أو حب في تفاعلهم مع
أولئك الأطفال.

إن بيئة اجتماعية مثل هذه لا يمكن أن تحتضن أو تمهد لنشأة ارتباط أو علاقة
طبيعية بين الطفل و والديه .و حيث أن الارتباط المبكر يعتبر شديد الأهمية في المراحل
العمرية التي تتبع ذلك في نمو وظائف الانسان الاجتماعية و العاطفية.

لقد ظهرت نظريات عدة تربط بين هذا الإضطراب و بعض العوامل العائلية مثل :
الرفض من قبل الوالدين، عدم كفاية المثيرات في حياة الطفل ،...و ذلك بعد تبني أولئك
المختصون وصف كانر لشخصية الآباء و ربطوها مباشرة في حدوث التوحد.
وقد اعتبر التوتر داخل العائلة و تأثير الأطفال بالخصائص السلوكية المنحرفة أو
الغريبة لوالديهم و استجاباتهم لها من أكثر العوامل تأثيرا من بين كل تلك النظريات
خصوصا أن كثيرا من المحللين النفسيين لاحظوا أن التوحديين يتميزون بالفتقار إلى
العلاقات الطبيعية مع البيئة الاجتماعية و المادية من حولهم ، و أنهم منشغلون و منغمسون
لدرجة كبيرة بإستثارات داخلية ذاتية أقرب إلى ما يحدث خلال مراحل النمو الطبيعي
الأولى.

و لتتضح أكثر فكرة هذه النظرية نقوم بعرض وجهة نظر برونو بتلهام باعتباره عالم
نفسى نمساوي ينتمي إلى المدرسة التحليلية ، كما يعتبر من أكثر المؤيدين لنظرية مسؤولية
الآباء عن توحد أبنائهم و الأكثرهم تأثيرا فهو الذي أوصلها إلى قمة أهدافها .فلقد استخدم
بتلهام تعبير كانر "الام الثلجة " ليعبر به عن البرود العاطفي و العزلة الاجتماعية التي
تميز أمهات أطفال التوحديين.

حيث افترض أن آباء الأطفال التوحديين يعانون أمراضا نفسية جعلت استجاباتهم
لسلوك أبنائهم الطبيعي غير طبيعية . ففي مراحل النمو الطبيعي يقوم الطفل الصغير
باستكشاف البيئة من حوله بنشاط ، كما يحاول أن يتصل بالآخرين و الأشياء من حوله ، و
يمر من خلال ذلك بعدة مراحل نمائية حرجة(مثل: الرضاعة ،التعرف على الوالدين ،
استخدام المرحاض ، وغير ذلك من المهارات .)فمن الطبيعي أن يواجه الطفل خلال تلك
العملية كثيرا من عوامل التهديد و الاحباط من بيئته الجديدة و التي يستكشفها ، و في هذه
الحالة فان استجابة الطفل للبيئة التي تهدده ستكون أما بالانسحاب ، و أما بعدم التجاوب ،
تقوم الأم الطبيعية في ظل تلك الظروف بزيادة التعبير عن أمومتها و رعايتها للطفل
بالاحتضان و الهز و التغذية و الملاطفة. فيفسر الطفل تلك الأفعال من الام على أنها

تضمنين له و إعطاؤه الأمان و تعتبر تلك الأمومة الفياضة أساسية لتكوين الارتباط بين الأم و طفلها.

يقترح " بنلهايم " أنه على العكس من ذلك فان استجابة الأمهات المرضية هي رد فعل على عدم تجاوب الأطفال التوحديين ، وتكون استجابة الوالدين تحديدا بالمشاعر السلبية الحادة و الرفض ، كما يقابلون انسحاب أبنائهم بانسحاب من طرفهم ، و بدوره يفسر الطفل سلوك الآباء تفسيراً عدائياً ، و نتيجة لذلك يتجاوب معه بيبأس و غضب داخلي و احساس بالعجز في بيئة مملوءة بالتهديد. و يتولد عن هذا كله تعميق و تدعيم لانسحاب الطفل ، و تستمر هذه الدائرة من الرفض و البرود و العدائي المتبادل حتى يدخل الطفل في المرحلة التي أشار إليها " بنلهايم " المرض التوحدي المزمن Chronic Autistic Disease

ان الفرض الأساسي في نظرية بنلهايم هو : أن انسحاب الطفل و تراد جعه في الحياة الاجتماعية إلى عالم التوحد يحدث نتيجة لما يدركه الطفل من تهديد و عدائية ممثلة في والدته . فتفسر وجهة النظر هذه التوحد إذن على أنه استجابة محددة لما يدركه الطفل من واقع عدائي و عندما يتعمق انسحاب الطفل فان كل طاقته تتحول الى حيل للدفاع عن النفس. بما ان بعض الأحداث البيئية تسبب كثيرا من الألم للطفل التوحدي فانه يقوم بكتبها و أبعادها عن حيز الشعور ، و ذلك بتجنب التفاعل مع البيئة ، ويظهر ذلك الانسحاب من البيئة بصورة أعراض توحدية مثل : الاستثارة الذاتية، المصاداة ، الإصرار على المحافظة على الأشياء من دون تغيير ، وهي أعراض قد تمثل حيلة للحفاظ على حالة الإتزان النفسي .

نقد : وجدت هذه النظرية تأييدا كبيرا لأنها نبعت من مدرسة التحليل النفسي و التي كانت شائعة في ذلك الوقت بالاضافة الى اتفاق مواصفات التوحد التي جاءت بها تلك النظرية مع السمات التي وصفها كانر في بداية تشخيص التوحد ، لكن كغيرها من النظريات التي لم تستند على أساس علمي تعرضت لبعض الانتقادات ، نذكر منها:

1 - استنادها و بشكل أساسي على قصص و حكايات فردية و على افتراض

أن آباء الأطفال التوحديين يتصفون أو يعانون من اضطراب في الشخصية و السلوك

و ليس على أساس دراسات علمية مقننة تستند الى الضبط التجريبي. و الدراسات العلمية القليلة التي اتبعت التجريب العلمي أثبتت أنه لا توجد فروق بين آباء الأطفال التوحديين و غيرهم من الأطفال الطبيعيين ، و إن وجدت فقد أعتبرت تلك السمات نتيجة للتوتر الذي يترتب على رعاية طفل معاق و ليس سببا لتلك الإعاقة. و من بين هذه الدراسات نذكر :دراسة قارنت بين أداء مجموعة من آباء الأطفال التوحديين و الطبيعيين في سمات الشخصية ، ولم تجد فروقا كبيرة بين أداء آباء التوحديين و الطبيعيين باستخدام اختبار مينيسوتا المتعدد الأوجه (MMP) ، كما لم تجد فروقا في أسلوب التفاعل العائلي لتلك الأسر.

2- الفروق التي نراها في الخصائص الشخصية لآباء التوحديين مقارنة بآباء الطبيعيين قد تكون نتيجة و ليست سببا لإضطراب الأبناء.

فليس من المستغرب أن تقلل الأم من محاولاتها في اظهار التعاطف و الحب لطفلها إذا علمت أنه سيرفض و بإصرار أي تقرب أو سلوك ايجابي نحوه بالصراخ أو العض أو الابتعاد هربا أو أن يتبع الوالدين ترتيبيا و نظاما روتينيا محكما في بيئتهما حينما يكون طفلها مبالغا و بشكل قهري في الترتيب و الروتين ، و يشغل نفسه في السلوك الشعائري . و باختصار فان العلاقة الارتباطية بين التوحد و سلوك الآباء لا تسمح لنا أو تمكننا من استنتاج أيهما السبب و أيهما النتيجة ، هذا إن وجدت مثل تلك العلاقة السببية.

3- من الواضح أن وصف كائر لآباء الأطفال التوحديين بأنهم أذكاء منطقيون جدا و موضوعيون ، و لا يهتمون بالأمور الثانوية ، استند إلى ملاحظته الشخصية حيث كان معظم آبا الأطفال في العينة الأصلية التي درسها أذكاء ينتمون إلى الطبقة الاجتماعية العليا ، منجزين في عملهم بصورة أكبر مما نتوقع أن نراه في عموم المجتمع. و على الرغم من كثرة الأبحاث في هذا الموضوع فان الحقيقة تشير الى عدم وجود تأييد قوي لوجهة النظر التي تقول : أن آباء الأطفال التوحديين يختلفون عن آباء غير التوحديين فيما يتعلق بالذكاء ، أو العرق ، أو المستوى الاقتصادي و الاجتماعي. فمن المحتمل أن الآباء القادرين على

اصطحاب أطفالهم للمعاينة من قبل الدكتور كانر (أكثر أطباء النفس الأطفال شهرة في ذلك الزمان) لابد أن يكونوا أذكاء و على مستوى تعليمي عال، و لابد أن يكونوا أثرياء حتى يتكفلوا بعلاج أبنائهم في جامعة جونز هوبكنز .

4- اذا كانت طريقة التفاعل الميكانيكية و التي تفتقر الى المرونة و العاطفة سببا كافيا لحدوث التوحد ، فلنا أن نتوقع ارتفاع معدلات الاصابة بالتوحد في بيئة مؤسسات الأيتام و ملاجئ التبني ، اذ تتسم تربية الطفل بالروتين و التنظيم الشديد الذي لا يسمح للطفل باقامة علاقة قوية و مستقرة و دافئة مع القائمين على رعايته . و مع ذلك فان الأطفال الذين يعيشون في تلك المؤسسات نادرا ما تظهر عليهم أعراض التوحد.

2-نظرية التعلم:

اختلفت نظرية التغيرات النفسية عن نظرية التعلم في كثير من النواحي، حيث ركزت نظرية التعلم على العلاقة بين السلوك التوحدي و أحداث واضحة يمكن ملاحظتها الا انها لم تكن مؤثرة جدا كما هو الحال مع نظرية التحليل النفسي و مرجع ذلك أنها ظهرت في الأربعينيات من القرن الماضي (و هي الفترة التي شخص فيها التوحد). ومع ذلك لا نستطيع أن ننكر اضافتها ،ليس فقط لأنها قدمت وجهة نظر أخرى تحمل الوالدين مسؤولية اصابة أبنائهم بالتوحد، بل لمشاركتها الايجابية في نشأة ووضع أسلوب علاجي له.

وجهة نظر " تشارلز فيرستر "و الذي يعتبر منظارا بارزا في مجال التعلم و قد قدم أعمالا مهمة في ميدان تعلم الحيوانات و ذلك بداية من خمسينات و ستينات القرن الماضي. و بما أن التوحد تطرفا في السلوك الانساني فقد كان مجالا لجذب الباحثين الراغبين في التعرف على الكيفية التي يمكن فيها لظروف بيئية معينة أن تؤدي الى حدوث السلوك التوحدي .فوصف"

فيرستر "كيف تشكل البيئة الاجتماعية المبكرة للطفل السمات الأساسية للتوحد. لقد حاول أن يفسر اعاقاة سلوكية محددة و الإفراط في التوحد في ضوء بيئة التعلم خلال السنوات الأولى من العمر . و أشار إلى أنه ليس السلوك في حد ذاته الذي يشكل التوحد، و

لكن التكرار الذي يحدث في ذلك السلوك ، فكل الأطفال مثلا تتناوبهم نوبات غضب أو يقضون وقتا ينظرون ، و غير ذلك من أنماط السلوك و لكن الفرق بين الأطفال بصفة عامة و الأطفال التوحديين هو أن الأطفال التوحديين يقضون وقتا أطول في أنماط سلوكية غير هادفة ، و لا تؤدي لهم وظيفة معينة و وقتا أقل في التواصل مع الغير بصورة مناسبة ، حيث يقول " فيرستر " : « إن هذا السلوك المضطرب هو نتيجة لبيئة تعليمية ذات مواصفات محددة مثل

تدعيمها سلوكا ما مما يؤدي الى تعلمه و تكراره ، و عدم تدعيمها سلوكا آخر ما يؤدي الى انطفائه. »

ثم أشار الى احتمال تزايد هذا السلوك لدى الطفل حتى يصبح مكروها ، و اذا لم يتجاوب الوالدان مع مطالبات الطفل المعتدلة فانه يرجع الى السلوك العنيف في المطالبة مثل : الصراخ ،ضرب الرأس في الجدار، ...و هي أنماط سلوكية مكروهة من الوالدين تدفعهم الى تلبية رغبة الطفل من أجل وقف سلوكه العنيف .و من هنا دعموا الآباء سلوك المطالبة و اللاحاح و الانماط السلوكية العنيفة فارتبطت لدى الطفل بتحقيقها للهدف الذي يسعى اليه و حصوله على ما يريد.بينما الجمل الخبرية و التي لا تحقق هدفا للطفل لا تدعم و من ثم تضعف تدريجيا كأحد أنماط استجابة الأطفال.

و لذلك لفهم سلوك الأطفال التوحديين أن نضع في اعتبارنا البيئة التعليمية التي يتشكل فيها ذلك السلوك ، و بما أن الأبوين هما الوسطاء الرئيسيون لنقل ثقافة المجتمع للطفل في سنوات عمره الأولى فمن المنطقي أن نقدر الدور الذي تؤديه استجابة الآباء في التأثير في تدعيم أو عدم تدعيم السلوك الناشئ لأبنائهم ، و التي قد تؤدي الى تعلم تكرار ذلك السلوك أو إضعافه و انطفائه.

ان إستمرار التدعيم الخطأ للطفل يؤدي إلى نشأة و تطور و تعلم مجموعة من الأنماط السلوكية التي يشار اليها بالسلوكيات التوحدية . و عندما لا تدعم محاولات الطفل الايجابية مثل التفاعل الاجتماعي و استخدام لغة سليمة فإنها تنطفئ و تضعف.

لقد حاول فيرستر استخدام نظرية التعلم لتفسير نشأة و تطور أنماط توحديّة أخرى ، حيث فسّر ما نلاحظه من عجز شديد في سلوك التوحديين الاجتماعي و تفاعلهم مع الغير ،يرجع إلى خطأ في عملية الارتباط و التعلم الذي تعرض و ال له ،و بما أن الوالدين هم أول من يقدم التدعيم للطفل فانه يمكننا أن نستنتج أن هذه النظرية تحمل الآباء مسؤولية إضطراب أبنائهم(شريمان،2010: 101-102).

نقد: كما هو حال نظرية التحليل النفسي، فان نظرية التعلم لم تستطع الصمود في وجه النقد و التقييم العلمي الدقيقين حيث واجهتها مشاكل عدة فالمشكلة الرئيسية التي واجهتها نظرية التعلم هي ذاتها مشكلة نظرية التحليل النفسي و بالتحديد: اعتبار أسلوب التفاعل بين الطفل و والديه سببا مهما في حدوث هذا الإضطراب ، و هو إفتراض لم يلاحظ بصورة علمية و عملية واقعية و دقيقة و هذا ماتبين من خلال النقاط التالية:

-في الوقت الذي قدم فيه فيرستر رؤية مثيرة للاهتمام بشأن الكيفية التي يشكل فيها سلوك الأبناء بعض الأنماط السلوكية التي ن ا رها لدى الأطفال التوحديين، لم يسجل أو يلاحظ أحد أن الآباء يتصرفون فعلا بتلك الطريقة.

-نظرية فيرستر لم تقدم تفسيراً لبعض المشاكل الشديدة التي ن ا رها لدى التوحديين مثل الإعاقة العقلية الشديدة و الملاحظة لدى بعض التوحديين.

-لقد قدمت تلك الدراسات الأساس الأولي لأكثر أساليب علاج الأطفال التوحديين شيوعا في وقتنا الحالي ، و مع ذلك فعالية العلاج المبني على التعلم لا تعني أن التعلم المبكر الذي يحصل عليه الطفل من البيئة هو السبب في التوحد، و الدليل على ذلك حالة متلازمة دوان ، فقد اتضح أن التدخل و العلاج السلوكي المناسب يساعد الأطفال المصابين بتلك المتلازمة على الرغم من أن السبب الوراثي لهذا الإضطراب لا يمكن التشكيك فيه(شريمان،2010: 104).

ب) التوحد بوصفه اضطرابا ذا أساس بيولوجي:

لأن النظريات النفسية لم تجسد لنا دليل يفسر الإصابة بالتوحد ، و لأن العديد من الأطفال

التوحيدين يظهرون مشكلات نفسية مختلفة فأن ذلك يلفت الانتباه مباشرة إلى الأسباب أو العوامل البيولوجية للإصابة بالتوحد. ويشير ابراهيم شكري 3999 إلى أن الأبحاث لم تصل إلى الآن إلى السبب المباشر للتوحد و لكن يعتقد أنه نتيجة لأضطراب غير معروف في وظائف المخ ، حيث البعض يقترح وجود اضطرابات في المواد الناقلة للنبضات العصبية مثل السيروتونين أو وجود عيوب تشريحية في جزء من المخ و قد اثبتت الأبحاث وجود عامل خطورة للإصابة بالتوحد منها مضاعفات الولادة و الإضطرابات الجينية و الوراثة و اصابة الام بالحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل و عيوب التمثيل الغذائي و الالتهابات الميكروبية . و تشير لورنا وينج الى النظريات البيولوجية و البحث العلمي القائم حول العوامل العضوية أو البيولوجية يتم حاليا على ثلاث مستويات مختلفة و متداخلة في نفس الوقت

وهي مايلي:

المستوى الأول : و يتعلق بالأسباب الرئيسية لأمراض المخ المحتملة.

المستوى الثاني : و يهتم بكيف و أين تؤثر تلك المسببات الرئيسية على المخ.

المستوى الثالث :و يتعلق بطبيعة الوظائف النفسية التي تعرضت للعطب أو للإضطرابات نتيجة الخلل الوظيفي للمخ . و يمكن إيضاح هذه المستويات على النحو التالي :

-المستوى الأول : الأسباب الرئيسية لأمراض المخ المحتملة:

ترى كاترين موريس أن هذا الإضطراب إضطرابا بيولوجي في نمو المخ ، و ليس إضطرابا

انفعالي ناتج عن سلوك الآباء أو الخلل الأسري و لكن ماهي الأسباب التي جعلت نمو

المخ غير طبيعي غير معروفة حتى الان ؟

و قد تكون الاجابة أن إضطرابا التوحد حتى الآن لا يظهر بشكل أكيد في الأشعة المقطعية للمخ أو أي إختبارات طبية أخرى . و لكن رغم ذلك يرى بعض الباحثين أمثال "دافيد و مارتن و فيليب" أنه قد أمكن التعرف على بعض المسببات لهذا الإضطراب التي وجدت لدى نسبة الثلث تقريبا من الأطفال التوحديين و من بين هذه المسببات نجد الالتهاب الدماغى في السنوات الاولى من العمر و إصابة الأم بالحصبة الألمانية خلال فترة الحمل و حالة فينيل كبيتو نوريا و هي عبارة عن إضطراب حيوي كميائي يعالج بواسطة نظام غذائي خاص إذا شخص مبكرا في مرحلة الطفولة ، و التصلب الدرني

للأنسجة العضوية (و هي حالة وراثية تسبب رقعا نسيجية غير طبيعية في المخ و في الجلد) ، و التنشج الطفولي اللارادي (وهو شكل نادر و حاد من الصرع ينشأ في السنة الأولى من العمر)، و كذلك قد يكون مرتبط بالصعوبات الشديدة خلال الولادة بما في ذلك نقص في الاوكسجين أثناء الولادة ، كما ترجح إصابة الأطفال المولودين بصعوبات بصرية حادة و بتلف دماغى بإضطراب التوحد.

و حديثا أكتشف أن اعاقه كروموزوم X الهش توجد لدى بعض التوحديين . كما أشار كل من " زات ماري " و " ماهوني "الى أنه من الواضح أن الميكانيزمات الجينية تسهم بقدر كبير في حدوث التوحد و اضطراب النمو . و في دراسة مسحية تم إجراؤها في بلدة يوتا وجد الباحثون أن عدد أبناء 11 أسرة يعاني الأب فيها من التوحد، كان 44 طفلا منهم 25 تم تشخيصهم على أنهم مصابين بالتوحد.

و أظهرت دراسة أخرى قام بها اديلسون أن الاكتئاب أو إضطراب مهارة القراءة تكون شائعة عندما يوجد طفل مصاب بالتوحد في الأسرة.

-المستوى الثاني : كيف و أين تؤثر تلك المسببات الرئيسية على المخ:

تشير "لورنا وينج " إلى أنه قد تم اعتبار أجزاء عديدة من المخ هي الوضع الأساسي للإصابة بما في ذلك النظام الشبكي العصبى النصف الدماغى المسيطر و العقد العصبية القاعدية.

و يشير فيليب إلى أن الأماكن التي تكون مصابة ولاديا و التي تعطل النمو و تجعله مضطربا قد تكون دليل على اضطراب الجهاز العصبي المركزي و ظهور علامات الإضطرابات العصبية و حديثا وجد داوسون و آخرون "نشاطا زائدا في نصف الايسر وهي المنطقة الهامة للتواصل لدى الأفراد التوحديين أكثر 82 بالمئة من التوحديين . و اشار اونترز الى ان الدراسات المختلفة أظهرت علامات غير طبيعية على رسام المخ الكهربائي EEG كما أشار " ديفيد " و " مارتن " الى وجود اختلاف و فروق في البناء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي للأطفال التوحديين و الأطفال غير التوحديين مما يوحي بوجود أسباب بيولوجية متعددة للتوحد و ليست سبب واحد . كما وجدت بعض دراسات الكيمياء الحيوية فروق بين الأطفال التوحديين و الأطفال غير التوحديين في مستويات السيروتونين و الدوبامين . و أشار " اديلسون " الى أنه يوجد برهان على أن الفيروس يمكن أن يسبب حدوث التوحد حيث يتزايد حدوث التوحد بعد التعرض لاصابة الأم بالحصبة خلال الشهور الثلاث الاولى من الحمل . و أيضا فيروس السيتوميغالو (الفيروس الذي يضخم الخلية) يرتبط بالتوحد بالاضافة الى أن هناك أشارات إلى أن الفيروسات المرتبطة بالتطعيمات قد تسبب التوحد . و في دراسة قام بها " مودهيل و آخرون " للتعرف على نسبة هرمون اوكسيتوسين في الدم و من خلال مقارنة (29) طفلا مصابون بالتوحد مقابل (30) طفل طبيعي . و كشفت النتائج أن نسبة اوكسيتوسين في عينة المصابين بالتوحد أكثر من عينة الأطفال العاديين . و في بعض الدراسات أستخدم رسام المخ الكهربائي ، و علم التشريح العصبي و كشفت هذه الدراسات عن التهابات غير طبيعية لدى بعض التوحديين ، كما أشارت النتائج الى نقص نمو خلايا الدماغ و زيادة كثافة الخلايا المجمعة ، كما كشفت عن اضطرابات في عمليات الأيض المتعلقة بالسيروتونين و الكتكولامين ، و بالرغم من أن النتائج لم تكن دائما راسخة ، إلا أنه حديثا وجدت دراسات الرسم السطحي بأشعة اكس ارتفاع نسبة الجلوكوز في مناطق المخ المنتشرة لدى بعض التوحديين .

و يرى "دفيد و مارتن " أن أحد الجوانب التي ركزت عليها الدراسات البيولوجية لأسباب التوحد هي المرسلات العصبية و قد أشارت تلك الدراسات الى أنه عندما يكون الإرسال العصبي به عيوب أو نواقص فإن المخ يصبح غير قادر على تحرير الرسائل العصبية من خلية عصبية لأخرى بكفاءة و فاعلية كنتيجة لذلك فمن الممكن أن يكون الخلل في المرسلات العصبية هو الذي يؤدي للإصابة بالتوحد.

_المستوى الثالث: طبيعة الوظائف النفسية التي تعرضت للعطب أو للإضطراب:

أما المستوى الذي شغل اهتمام البحث العلمي فهو طبيعة الوظائف النفسية التي تعرضت للعطب أو الإضطراب نتيجة الخلل الوظيفي للمخ. و قد وجد أن الأطفال لا يستطيعون مواكبة الأحداث المترابطة في البيئة حولهم لأنهم يكونوا دائما في حالة مستمرة من الهياج و التوتر (حركة و هياج مفرطين)، و لكن لم يتم اثبات هذا الافتراض بعد و يبدو واضحا أن الخلل في فهم و استخدام اللغة هما مظهران جوهريان للتوحد و ما يرتبط به من أعراض مصاحبة (الحناوي، 2009: 94-97).

و من خلال ما سبق يتضح أن لكل نظرية فرضية انطلقت منها ،و أن القول بتعدد أسباب التوحد أمر تحيطه شكوك قليلة جدا ،كما أن تأثير العوامل الجينية و العصبية و بعض الحالات التي ترجع إلى التهابات فيروسية مثل الحصبة الخلقية و التصلب الحدبي وجدت كثيرا من التأييد في الوقت الحاضر أكثر من غيرها من العوامل. و على الرغم من سنوات طويلة من البحث ،فانه لم يثبت وجود ارتباط بين التوحد و أي من مضاعفات الولادة أو أحد إضطرابات الأيض أو التسمم البيئي،و كذلك فقد فشلت الدراسات في إيجاد أي ارتباط بين التوحد و مشكلات المناعة. فالدراستات في هذا الميدان أدت إلى نتائج أما متناقضة أو غير حاسمة و غير مقنعة.

و على العموم فإن هذا المجال يحتاج إلى مشاركة الدراسات المتعلقة بأسباب التوحد لتمدنا بمعلومات للتنبؤ بالحالة قبل الولادة أو لمنع أو تغيير أو علاج حالة التوحد

_أنواع التوحد:

بما أن الأطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون نفس الخصائص أو نفس الشدة، فقد اتجه الباحثون للبحث عن طرق لتصنيف التوحد، فصنف بعدة أنواع منها حسب المستوى الوظيفي و العمر، أو وفق عددا لأعراض و شدتها، أو وفق الأنماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ، و لعل تصنيف "سيفن و ماتسون و كو و في و سيفن" "Sevin, Matson, Goe, Fee, Sevin" يتناسب و دراستنا هذه،

حيث قسموا أنواع التوحد كالتالي:

أ / المجموعة الشاذة **Atypical Group** :

ويظهر أفراد هذه المجموعة عددا أقل من الخصائص التوحدية و المستوى الأعلى من الذكاء

ب / المجموعة التوحدية البسيطة **Mildly Autistic Group** :

ويظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية و حاجة قوية للأشياء و الأحداث لتكون روتينية، كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا، و التزامن باللغة الوظيفية.

ج / المجموعة التوحدية المتوسطة **Moderately Autistic Group** :

و يمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة، أنماط شديدة من السلوكيات النمطية (مثل التأرجح و التلويح باليد)، و لغة وظيفية محددة، و تخلف عقلي.

د / المجموعة التوحدية الشديدة **Severely Autistic Group** :

و أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا و لا توجد لديهم مهارات تواصلية و طبقية . و عندهم تخلف عقلي على مستوى ملحوظ.(الزريقات ، 2004 ، 49)

2تشخيص اضطراب التوحد:

1صعوبة تشخيص التوحد :

تتمثل في:

_عدم وجود مقياس طبي واحد يؤكد بصورة قاطعة وجود هذا الإضطراب.

_إن سلوكيات التوحد تتغير مع تقدم الطفل في العمر ، و سلوكيات الأفراد

المصابين بالتوحد تختلف من موقف إلى آخر باختلاف المحيطين بهم.

_هناك صعوبات لتشخيص التوحد اذ قد يحدث خلط بين التوحد و إضطرابات أخرى

مثل:

الصمم الاختياري ، ومن مظاهره أن يرفض الطفل الحديث في مواقف معينة ، و

صعوبات الارتباط العاطفي والتي لا يتمكن الطفل خلالها تطوير علاقات عاطفية ثابتة مع

الأبوين ، حيث تحدث هذه الحالة نتيجة القسوة على الطفل وحرمانه العاطفي نتيجة

المشكلات الأسرية، و هناك حالات تبدو

صفات متشابهة للتوحد مثل: صعوبات الفرط الحركي التكراري حيث تنخفض قدرة

الطفل على التركيز ، مع اختلال القدرة في العمل و النشاط، و يوصف السلوك بالتكرار و

عدم الثبات أو متلازمة لاندو كلفينر و هي حالة نمو لغة الطفل بشكل طبيعي ثم فقد

الطفل قدرته على الكلام و يكون بشكل متذبذب مع مصاحبة الحالة بالصرع.

_عزل و تحديد التوحد كعرض مستقل كان لا يزال أمرا يتسم بالكثير من الصعوبة

و التعقيد.

_التشخيص الفارقي للإضطرابات النمائية يكون صعبا في حالة الأطفال الصغار

جدا، و كلما صغر سن الطفل كلما ازداد التداخل بين التخلف العقلي وإضطراب النمو

اللغوي ، و الإضطرابات النمائية.

_قد يكون للوالدين دور في تأخر التشخيص للإصابة بالتوحد نتيجة عدم الداراية

بمراحل النمو و المشكلات المصاحبة.

_قد يواجه الطبيب صعوبة في تحديد إضطراب التوحد ، و من ثم يكون تقييم

الإصابة على أنها من مشكلات النمو البسيطة أو الطارئة.

_التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي و العاطفي و بالتالي تعوق عمليات التواصل و التخاطب و التعلم ، فيتعذر أو تستحيل عمليات التعامل مع الطفل لتشخيص حالته و القياس والتقييم و غيرها.

_تتعدد و تتنوع أعراض التوحد و تختلف من فرد الى آخر،و من النادر أن تجد طفلين متشابهين تماما في الأعراض ،و يرجع هذا التعدد و الاختلاف في الأعراض من طفل إلى آخر إلى تعدد و تنوع العوامل المسببة لإعاقة التوحد ،سواء منها العوامل الجينية الوراثية أو العوامل العصبية و البيولوجية والكيميائية والبيئية المختلفة.

_إن أكثر العوامل المسببة للتوحد و اضطرابات النمو الشاملة الأخرى تحدث في

المخ

و الجهاز العصبي التي تسيطر على الوظائف الجسمية و العقلية و النفسية و السلوكية كافة للإنسان ،حيث يصيب المراكز العصبية المنتشرة على لحاء المخ ، و التي تتحكم في الوظائف كافة و المخ بصفة خاصة و الجهاز العصبي بصفة عامة من أكثر أجهزة الجسم تعقيدا ، و ما يترتب على ذلك من تعدد صور الخلل الوظيفي و نتائجه السلوكية. و بالتالي تعدد و اختلاف أو تشابه الأعراض المترتبة عليها و نوعية الإعاقات التي تسببها (مصطفى و الشربيني، 2011، 113_114)،

أسباب التوحد:

إلى حد الآن لم تتوصل البحوث العلمية إلى معرفة السبب الرئيسي الذي يعود إليه اضطراب التوحد، حيث توجد عدة أسباب يرجح إليها حدوثه، سواء كانت نفسية، بيولوجية، وراثية، جينية أو كيميائية حيوية.

ورغم تعدد الأسباب واختلافها، فإن البحوث لا تزال مستمرة لأجل الكشف عن السبب الرئيسي الذي يعود إليه هذا الإضطراب، وتتمثل الأسباب التي توصل العلماء إلى كشفها لحد الآن فيما يلي:

2/ 1 النفسية :

يرى أصحاب هذا الإتجاه أن الظروف النفسية غير الملائمة هي السبب في ذلك وقد أشار كانر في نظرية" البرود والفتور العاطفي من قبل الآباء"، بأنهم يميلون إلى عدم إظهار العاطفة وأنهم رافضون وسلبيون تجاه أطفالهم وباردون عاطفيا في إظهار التفاعل بينهم وبين أطفالهم بصورة لا تسمح الطفل بالإتصال مع والديه بأي شكل من الأشكال(جمال متقال قاسم، 2000).

ولقد أشار بيتلهاين (Bettelhein) إلى أن سبب التوحد قد يعود إلى نقص في تعزيز الوالدين للتطور الطبيعي لذخيرة إستجابات الطفل (سعيد حسني العزة، 2002 ، ص 61)والذي قد ينسلخ من الواقع ويعاني من التوحد، حيث أن هذا الأخير يأخذ إهتمام الوالدين وخاصة الأم ، فتنصرف عن الطفل الأول لمقابلة إحتياجات الطفل الجديد، فيشعر الطفل الأول بالغيرة والحرمان لعدم إهتمام الأم به مثلما إهتمت به قبل ميلاد الطفل الجديد (ماجد علي عمارة، 2005 ، ص 26).

كما يرى أولجرمان (Olgorman) 1980 بأن الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل وأبويه قد يكون أحد أسباب إضطراب التوحد، فالطفل يعاني من التوحد مع هجر الأم له أو طول فترة غيابها عنه ، وقد يرجع الإضطراب إلى رفض الأم والطفل بإقامة علاقة عاطفية بينهما.

وقد يعود الإضطراب إلى إصابة الأم بالإنفصام، أو بسبب معاناتها من مرض عاطفي واضح، أو تكون متعلقة طفوليا بوالدها لدرجة أنها لا تستطيع القيام بدورها، وقد يكون التعارض بين دوري الأب والأم سببا في إضطراب الطفل، فعندما تظهر الأم أقل إحساسا بالأنوثة عن الوضع الطبيعي، أو يبدو الأب أقل إحساسا بالأبوة عن الوضع الطبيعي، نجد أن الطفل لا يستطيع تكوين علاقة مع الأم والأب، كما أن العلاقة غير السعيدة بين الأب والأم والتي تعتبر مسؤولية عن ضعف العلاقة بين الأم والطفل، قد تكون سببا في الإعاقة، وفي بعض الأحيان تكون الأم متحفظة في علاقاتها مع الطفل بسبب

غيرة الأب من هذه العلاقة التي تشعره بأن الطفل قد أخذ كل إهتمامها ووقتها، وهذا يؤدي للجمود العاطفي بين الأم والأب، ما يجعل هذا الأخير منعزلاً، وهذا ما قد يؤدي به للتوحد . (نفس المرجع، 2005).

ومنه نستنتج أن اضطراب التوحد يمكن أن يعود لعوامل نفسية، ولكن هناك دراسات أخرى تؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب جينية و وراثية.

2/2: الوراثة الجينية

هناك فريق من الباحثين ممن يؤكدون دور وتأثير الجانب الوراثي الجيني على إصابة الطفل بإضطراب التوحد بحيث تقوم المورثات الجينات بنقل الكثير من الخصائص البشرية من الوالدين إلى طفلهم كاللون، الطول، الشكل.. الخ. إضافة للكثير من الإضطرابات الحيوية، وقد توصل العلم الحديث لمعرفة البعض منها، ومعرفة مكانها في الكروموزومات لكن حتى الآن لم يتم معرفة أي مورث (جين) يكون سببا لحدوث هذا الإضطراب. وإن نتائج الفحوص التي أجريت على الأطفال التوحديين تشير إلى وجود كروموزوم إكس (X) الهش الذي يظهر في شكل صورة معقدة في نسبة تتراوح من 5 - 6 %

من الحالات، وقد يظهر ذلك في الأولاد أكثر من - البنات خاصة في الأطفال المصابين بالتوحد المصحوب بتخلف عقلي، كما أن التصلب الذي ينقل بواسطة الجين المسيطر يكون ذو صلة بإعاقة التوحد في نسبة تصل إلى حوالي (5%) من الحالات تقريبا(ماجد علي عمارة، 2005 ص 27)

وعليه فإن العديد من الدراسات أشارت إلى الأسباب الجينية والتي ركزت على دراسة الكروموزومات خصوصا في حالات ولادة التوائم المتطابقة والتوائم المتشابهة، حيث أجريت ثلاث (03) دراسات في مجال التوائم، إثنان تم إجراءهما في بريطانيا والثالثة في اسكندنافيا، وخلصت الدراسة إلى أن معدل حدوث حالة التوحد في التوائم من نفس الخلية (المتطابقة) يتراوح بين 36 _ 91 % في حين اختلفت هذه النتيجة في التوائم من

خليتان منفصلتان (المتشابهة) حيث تراوحت (0-10%) ضافة إلى الدراسة التي قامها كل من جود وماندال - حيث أشارت هذه الدراسة إلى أن نسبة حدوث هذا الإضطراب في التوائم المتطابقة (Judd et Mandell) تكاد تكون (100 %) في حالة إصابة أحدهما بإضطراب التوحد، والسبب في ذلك يعود إلى التطابق الوراثي الكبير للجينات والكروموزومات في حالة التوائم المتطابقة وبالتالي فإن إحتمالية تعرضهم لهذا الإضطراب هي أكثر من التوائم المتشابهة (جمال مقال قاسم، 2000)

كما أثبتت بعض الدراسات الحديثة ليدا (Lida) 1993 أن هناك إرتباطا بين التوحد وبين خلل الكروموزومات، وأوضحت هذه الدراسة أن هناك إتصالات إرتباطية وراثية مع التوحد وهذا الكروموزوم الذي يسمى (fragil X) يعتبر شكل وراثي حديث مسبب التوحد والإعاقة العقلية وصعوبات التعلم، وله دور في حدوث مشكلات سلوكية مثل: النشاط الزائد، وهذا الكروموزوم يكون شائع بين الذكور أكثر من الإناث ويؤثر هذا الكروموزوم في حوالي (10.7 %) من حالات التوحد (يحي القبالي، 2008) الذي يؤدي إلى تصلب في بعض الخلايا الداخلية التي تتحول إلى الجنين المسيطر على الناحية العقلية وربما يؤدي ذلك إلى حدوث 5% من حالات التوحد وتشير الدراسة على التوائم المتطابقة على أنه في حالة إصابة أحدهما بالتوحد تكون إحتمالية إصابة الآخر بالتوحد ونسبة لا تقل عن (90 %) كما تشير إلى حدوث خلل في الكروموزومات خلال 20 أو 24 يوم من الحمل أو في الثلاث شهر الأولى وتفترض الدراسات أن الخلل يكمن في الكروموزومات (7-13-15) (مصطفى نوري القمش، 2007، ص172).

وتشير دراسة ماكدونال وآخرون (Macdonal et al) 1994 إلى أن الإصابة بإعاقة التوحد بين التوائم المتماثلة تصل إلى (36 %) بينما في التوائم المنفصلة تكون نسبة الإصابة منخفضة (أسامة محمد البطانية، 2007، ص596).

وقد وجد بعض العلماء مثل براون وآخرون (Brawn et al)

1985 أن العامل الوراثي الجيني الذكري الهش أعلى في حالات التوحد، وقد تصل إلى 16% من حالات الذكور المصابين بالتوحد كما أشار العالم بلا نجاست (Blonguist)

إلى نفس النتيجة، كما دلت الأبحاث المختلفة أن نسبة حدوث هذا العامل الوراثي تتراوح بين (0-16%) في حالات التوحد وأشارت بعض الدراسات الأخرى إلى وجود علاقة بين المرض الوراثي " فينال كينونورييا pk4 "؛ وحالات التوحد (جمال مثقال قاسم، 2000، ص 135).

كما يعتقد الباحثون أن التفاعل الجيني المعقد يلعب دور في اضطراب التوحد وهناك بحث جديد قدم أول حقائق لهذه الحالة لأول مرة، تعرف الباحثون على التفاعل بين جينات محددة تضاعف خطر إصابة الأطفال بالتوحد (محمد عدنان عليوات، 2007، ص 157) حيث حدد الباحثون جينا واحدا يدعى (Gabra 4) أنه مرتبط بمخاطر التوحد إضافة لتفاعل الجين الآخر الذي يعرف ب (Gabrbi) الذي يظهر أنه يقود إلى هذا الخطر (محمد عدنان عليوات، نفس المرجع).

رغم كل هذه الدراسات التي تؤكد على أن التوحد قد يعود إلى سبب جيني، إلا أنه توجد دراسات تؤكد أن التوحد قد يعود لأسباب بيولوجية.

2-3- : (Somatic Factor): البيولوجية

إن مختلف العوامل البيولوجية التي يرجع إليها اضطراب التوحد، تتمثل في كل الإصابات التي يتعرض لها الدماغ في مختلف مراحل نموه، وأهم هذه الظروف تلك التي ترتبط بالشكل المنحي ويعود لأسباب عديدة حيث أن العوامل المرتبطة بالجينات تلعب دورا هاما في حدوث الشلل دون أن يكون لها المسؤولية الكاملة لحدوثه. فهناك أبحاث أشارت إلى أن التفاعلات الكيميائية المعينة الشاذة تؤدي إلى فشل فطري في إنتاج الأنزيمات، كما أن وجود علة أو أمراض معينة في الدم أثناء فترة الحمل أو تعرضها أثناء الولادة إلى نقص

الأكسجين، أو تعرضها لحادث يؤدي إلى إصابتها بتريف ما، يحدث تلف أثناء نمو الجنين أو أثناء الولادة (رفعت محمد بهجت، 2007).

توصل الباحثون إلى مجموعة من الأدلة المؤكدة أن التوحد يعود لأسباب بيولوجية وأرجعوا مشكلات اللغة والخلل في التآزر الحركي والحسي إلى وجود خلل في الدماغ حيث أن معظم هؤلاء الأطفال لديهم نشاط غير طبيعي في موجات الدماغ (R. jordon et 3) Al 1997.p

كما أكد ووترهوس (Woterhose) في دراسته على وجود شذوذ لدى الطفل التوحدي على جهاز رسم المخ الكهربائي وتوصلت إلى حوالي 10% - 80% وهذا ما يشير إلى فشل التجنب المخي والإستجابة السمعية المستشارة من جذع المخ لدى الطفل التوحدي. (سهى أحمد أمين نصر، 2002 ، ص 22)

جمع أدلة كثيرة عن (Condon) ولتقديم توضيح أكثر عن الأسباب البيولوجية نجد الباحث كوندون وجود أسباب بيولوجية لإضطراب التوحد في السنوات الماضية من أبحاثه، وإستخدم تحليل الإضطراب اللغوي في السلوك الإنساني بما في ذلك أطفال التوحد وصعوبات التعلم، وقد وجد أن كل هؤلاء الأطفال يبدون إستجاباتهم لصوت معطى لديهم أكثر من مرة عندما يعطي لهم للمرة الثانية بعد جزء من ثانية أو حتى ثانية كاملة بينما يأخذ الأطفال التوحديين وقتاً أطول للإستجابة.

وقد أشار الباحثون إلى أنواع متعددة من الدلائل عليها مثل: مشكلات اللغة، الخلل في التآزر الحسي الحركي، النمطية في السلوك، تلف في جزء الدماغ المتعلق بالتوازن والتنسيق وإحتمالية وجود التوحد في أحد التوائم إذا أصيب أحدهما بالتوحد، كما أن معظمهم لديهم موجات دماغية غير طبيعية، وطبيعة وجود التوحد في جميع أنحاء العالم في مختلف الطبقات الإجتماعية (خولة أحمد يحيى، 2003)

وفي دراسة تقدمت بها سميرة عبد اللطيف في المؤتمر القومي السابع لإتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، بجمهورية مصر العربية الذي أقيم بالقاهرة في الفترة من 10-

8 ديسمبر 1998 ، ذكرت أن أسباب إعاقة - التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية وليست نفسية، قد تكون الحصبة الألمانية أو إرتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل أو وجود غير طبيعي لكروموزومات تحمل عينات معينة أو تلفا بالدماغ إما أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأي سبب مما يؤثر على الجسم والدماغ فتظهر أعراض التوحد O .مثل نقص 2 كما أشارت الدراسات لإرتفاع غير عادي في الإصابة بهذا الإضطراب في عمليات الولادة العسيرة، وأرجع آخرون حدوثه لتطعيم أمهات الأطفال ضد الحصبة الألمانية أثناء الحمل، ويعتقد أن أسباب التوحد تعود لخلل في النظام البيولوجي للطفل (سعيد حسين العزة، 2002)

في هذا الإتجاه يؤكدون بدراساتهم أن إضطراب التوحد قد يعود لأسباب بيولوجية تعود لخلل في النظام البيولوجي للطفل، لكن توجد أيضا دراسات تؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب كيميائية وحيوية.

2-4-الكيميائية الحيوية:

تلعب الإضطرابات الكيميائية الحيوية دورا كبيرا في حدوث إضطراب التوحد وإن كان العلماء غير متأكدين من كيفية حدوثه مع أهمية ودور الأسباب الأخرى، فالكيمياء الحيوية تلعب دورا مهما في عمل الجسم البشري، وإن كنا لا نعرف إلا البعض منها ويتكون المخ والأعصاب من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارات العصبية من الأعضاء إلى الدماغ وبالعكس، من خلال ما يسمى بالمواصلات العصبية وهي مواد كيميائية بتركيز مختلفة من وقت لآخر حسب عملها في الحالة (Neuro transmetteur) الطبيعية، ولتوضيح الصورة نذكر البعض منها:

إن العلماء وجدوا نسبة من بعض المواد في المناطق التي تتحكم في العواطف والإنفعالات مثل السيروتونيين، التي ترتفع في بعض أطفال التوحد بنسبة تصل إلى 100 (%ولكن العلاقة بينهما غير واضحة (أسامة محمد البطانية، 2007 ، ص598)

بحيث أنه على الأقل، ثلث مرضى اضطراب التوحد لديهم إرتفاع في بلازما

السيروتونين

وهذا الإكتشاف ليس خاصا بإضطراب التوحد فقط فالأطفال المتخلفين عقليا بدون

إضطراب

التوحد يظهرون أيضا تلك الصفة (محمد أحمد خطاب، 2009 ، ص 46)

في المناطق التي تتحكم في الحركة الجسمية، وقد وجد أن (Dopamine) كما يتزايد

وجود الدوبامين إستخدام العلاج لتخفيض نسبتها يؤدي إلى تحسن الحركة لدى الأطفال

الذين لديهم حركات متكررة (أسامة محمد البطانية، 2007 ، ص 599)

ويشير سيمون وجيليس Simond And Gillies 1964 إلى إحتمال نقص الجلوكوز

والأنسولين عند بعض الأطفال التوحديين، كما أن نسبة من هؤلاء الأطفال يهانون من زيادة

تركيز عنصر الرصاص في بلازما الدم، و هذه النتيجة تتفق مع كل من دراسة مانكريف

1964 Mancrief ودراسة (أوليفر وأوجرمان Oliverman ando) 1966

Corman (السيد علي عمارة، 2005 ، ص 29)

وإن كانت هذه العوامل المبنية على دراسات علمية تؤكد التوحد يعود إلى إضطرابات

كيمياوية حيوية، فإنه توجد دراسات أخرى تؤكد بدورها أن إضطراب التوحد يمكن أن يعود

لخلل في الجهاز العصبي المركزي، وهذا ما ستتعرض إليه فيما يلي:

2 /خلل في الجهاز العصبي المركزي:

لقد وجه نحو هذا المجال إهتمام كبير، وهذا يعود لظهور التوحد خلال الأشهر الأولى

من حياة الطفل، ولتأثيره المنتشر في كل مظاهر التطور وإستمراره طول الحياة بوجود

قصور وظيفي في الجهاز العصبي المركزي.

كما حاول بعض الباحثين تفسير التوحد على أنه قصور في المجال الدهليزي من

الدماغ للإعتقاد بأن هذه المنطقة مسؤولة عن تشكيل التفاعل بين الوظائف الحسية

والوظائف الحركية، وتختلف إصابات الجهاز العصبي في درجتها من البسيطة إلى الشديدة مما يؤدي إلى تأثيرات متباينة على الجهاز العصبي، كما أنها قد تؤدي إلى اضطرابات معينة) السمع - النظر (، والبعض قد تظهر عليهم أعراض التوحد، ولكن تتبع الأسباب السابقة أظهر أن

الكثير من الأطفال قد تم نموهم بشكل طبيعي، لذلك لا نستطيع الجزم بأن هذه

الأسباب قد تؤدي إلى التوحد(أسامة محمد البطانية،2007)

كما قد ترجع إعاقة التوحد إلى خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي إذ قد يكون هناك قصورا معيناً في وظائف المخ الفيزيولوجية الكهربائية، وقد أثبتت دراسة إيمان أبو العلا (1995) على أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية وتصوير المخ بالرئيس المغناطيسي تشير إلى احتمال وجود دور للمخ وجزع الدماغ في حالات التوحد كما أنه توجد اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث.

بينما ذكر باجافالير وميرجير (Bacha valier and Merjarian) المصابين بالتوحد

لديهم خلل في الجهاز العصبي الطرفي الذي يؤثر في سلوكياتهم الإجتماعية والعاطفية والتعلم

والذاكرة (قحطان أحمد الظاهرة، 2009 ، ص 87)

ويؤكد بعض الباحثين على دور العوامل العصبية في حدوث الذاتوية حيث ظهرت العديد من الدراسات التي حاولت الربط بين الخلل العصبي وحدث الذاتوية وأوضحت النتائج وجود اختلاف وفروق في البناء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي بين الأطفال الذاتويين وغير الذاتويين(إيهاب محمد، 2003 ، ص 75)

وتشير دراسات تريبارثن وآخرون 1996 إلى وجود أدلة حديثة على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية بنشر في مركز المخ وبصفة خاصة في مراكز الإنتباه والتعلم. وتجدر الإشارة إلى أن تلك الأسباب لم يتم تأكيد أي منها بشكل علمي قاطع حتى هذا اليوم ليعتبرها مسببا أساسيا في حدوث اضطراب التوحد.

وعليه فالخلل الذي يكون في الجهاز العصبي المركزي قد يكون سببا في حالة التوحد ولكن هناك إتجاه آخر يؤكد أن إضطراب التوحد قد يعود لأسباب ما قبل الولادة أو أثناءها.

2/6 أسباب ما قبل الولادة وأثناءها:

أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب أن الإضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة قد تكون إحدى الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد.

وحسب أسامة محمد البطانية وآخرون فإن العوامل الولادية التي تساهم في الإصابة

بالتوحد هي:

2-6-1: الإلتهابات الفيروسية

-الحصبة الألمانية: وهو إلتهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.

-تضخم الخلايا الفيروسية: وهو إلتهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.

-الإلتهاب الدماغي الفيروسي: وهو إلتهاب دماغي فيروسي يتلف مناطق الدماغ

المسؤولة عن الذاكرة.

2-6-2: إضطرابات عملية الأيض : تتمثل في :

-حالات شذوذ أيض البيورين: وهو خلل في الانزيمات يؤدي إلى إعاقات في النمو

مصحوبة بمظاهر سلوكية توحدية.

-حالات شذوذ أيض الكربوهيدرات: هو خلل في قدرة الجسم على امتصاص

العناصر النشوية الموجودة في الطعام.

-نظرية الحامض الأميني بيتايد: في هذه النظرية افترض أن يكون التوحد نتيجة

وجود الحامض الأميني بيتايد الخارجي المنشأ من الغذاء الذي يؤثر على النقل العصبي

داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير

على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى أن تكون العمليات داخلة

مضطربة لكن في هذه النظرية نقاط ضعف، فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من

الأشخاص ومع ذلك لم يصب بالتوحد لذلك تأتي نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحد لديه مشاكل في

الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ، والمؤثرة على الدماغ ما يؤدي لحدوث أعراض التوحد.) خولة أحمد يحي، 2003 ، ص 595)

2-6-3: متلازمة التشوهات الولادية

-التشوهات الولادية غير الطبيعية للوجه وصغر اليدين والرجلين المصحوبة بإعاقة عقلية وأحيانا بالصرع.

-التشوهات الجسمية المتعددة في القلب والصدر المصحوبة بإعاقة عقلية.

تأخذ النمو وصغر حجم الرأس وغزارة شعر الجسم وليونة المفاصل.

-السمنة وإصطباغ شبكية العين وزيادة عدد أصابع اليدين المصحوبة بإعاقة عقلية.

-الخلل الولادي في الأعصاب الدقيقة المسؤولة عن عضلات العين ومجموعة

عضلات الوجه الذي يؤدي إلى شكل في عضلات الوجه.

كما توجد عوامل ولادية أخرى مرتبطة بالتوحد وهي:

-التعرض لأمراض وبائية قبل أو بعد الولادة مثل السفلس والحصبة الألمانية.

-التعرض للكحول والمخدرات والتعرض للكيمواويات البيئية مثل الرصاص والزئبق

وغيرها من السموم.

-نقص الأكسجين وزيادة التعرض له أثناء وبعد الولادة بقليل مثل حالات الولادة

المبكرة.

-إصابة الدماغ بصدمات بسبب الحوادث وحالات السقوط من الأعلى)أسامة محمد

البيطانية، 2007 ، ص 596).

وقد أشار كالفن إلى أن نسبة حدوث التوحد تزيد في حالات الولادة المبكرة أطفال

الخدج وقد أشار كالفن والعملية القيصرية كطريقة للولادة.

إلى وجود بعض حالات الإدمان على الكحول والأمراض النفسية والعقلية لدى أسركما أشار

الأطفال المصابين بالتوحد، وقد أشار إلى كثرة حدوث حالات الحساسية لبعض المواد المستنشقة وبعض المأكولات في أسر هؤلاء الأطفال، مما قد يشير إلى أسباب متعلقة بالمناعة (جمال مقال قاسم، 2005 ، ص133)

وعليه فإن كل تلك الدراسات السابقة وغيرها لم يتم إيجاد عامل مشترك واحد يمكن أن يعود إليه حدوث اضطراب التوحد.

فأسباب ما قبل الولادة أو أثنائها قد تؤدي لحدوث اضطراب التوحد لدى الطفل، سواء كانت مختلف الأمراض أو الإصابات التي تتعرض لها الأم أو الإلتهابات الفيروسية إضافة إلى مختلف التشوهات بأنواعها المتعددة.

ورغم الغموض الذي يسود الأسباب المؤدية لاضطراب التوحد وعدم معرفة السبب الرئيسي له، إلا أنه نقول أن اضطراب التوحد يعود لجملة من العوامل المختلفة والمتنوعة التي سبق ذكرها من أسباب نفسية عضوية، وراثية جينية التي اجتمعت وأدت لوجود اضطراب التوحد لدى الطفل الذي يظهر لديه في شكل مجموعة من الأعراض، وقد يعود بالنسبة أكبر لأحد هذه العوامل ولكنه غير معروف لحد اليوم.

8) تشخيص التوحد :

تشخيص التوحد أصبح في الخارج يتم مبكرا من عمر 18 شهر في مراكز متخصصة وذلك باستعمال اختبارات عالمية معتمدة في تشخيص التوحد ، مثل : اختبار **ADI ,ADOS** هذا ، ويتم الكشف على الطفل من قبل فريق متعدد التخصصات يشمل الطبيب النفسي (الذي له صلاحية طلب التحاليل الطبية والعلاج الطبي) ، والأخصائي النفسي (المتخصص في علم النفس ، ويقوم بعمل اختبارات الذكاء) ، وأخصائي التخاطب (الذي يقيم الطفل من الناحية اللغوية ، ويعرف هل مستواه اللغوي

يتمشى مع عمره) ، وأخصائي العلاج الوظيفي أو المختص التعليمي (الذي يقيم الطفل من الناحية التعليمية ، ويضع له البرنامج التعليمي المناسب له) .

أما في وطننا العربي، فليس من السهل وجود هذا الفريق في مكان واحد .. لذا ، يتم التشخيص من قبل طبيب متخصص في احدى الاختصاصات التالية (طبيب نفسي / طبيب نفسي أطفال / طبيب أطفال متخصص في النمو والتطور / طبيب أطفال أعصاب والحقيقة من الأفضل أن يكون الطبيب لديه خبرة بالتشخيص ويستعمل اختبارات معتمدة كما ذكرنا ...وهي المقابلة التشخيصية للتوحد **ADI**-وهي عبارة عن أسئلة توجه للوالدين تتكون من حوالي 97 سؤال ، تستغرق حوالي الساعة ، وتغطي عدة جوانب ، اجتماعية / تواصل /سلوكية .أيضا ، المراقبة الاكلينيكية لسلوكيات الطفل هامة في التشخيص ، وهناك الاختبار المشهور المسمى **ADOS-G**.

أيضا ، يحتاج الطبيب الى بعض الفحوصات والتحليل لاستبعاد أمراض أخرى مثل ، مثل فحوصات السمع ، وتخطيط المخ ، وتحليل الغدة الدرقية وغيرها من الفحوصات الهامة....

وهناك أهمية كبرى في التشخيص المبكر وقد أثبتت الأبحاث أن تلقي هذه البرامج التعليمية مبكرا يعطي نتائج ايجابية مستقبلا .

أدوات التشخيص :

يبدأ التشخيص المبكر ،وذلك بملاحظة الطفل من سن 24 شهرا حتى ستة أعوام ، وليس قبل ذلك ، وأول هذه الأدوات :

1-أسئلة الأطباء للآباء عما إذا كان عندهم :

-لم يتفوه بأية أصوات كلامية، حتى ولو غير مفهومة في سن 12 شهرا .

-لم تتم عنده المهارات الحركية (الإشارة ، تلويح باليد ، الإمساك بالأشياء) في سن 12 شهرا .

-لم ينطق كلمات فردية في سن 16 شهرا .

-لم ينطق جملة مكونة من كلمتين في سن 24 شهرا .

-عدم اكتمال المهارات اللغوية والاجتماعية في مراحلها الطبيعية .

لكن هذا لا يعني في ظل عدم توافرها أن الطفل يعاني من التوحد لأنه لابد وأن تكون هناك تقييمات من جانب متخصصين في مجال الأعصاب ، الأطفال ، الطب النفسي ، التخاطب ، التعليم .

2-مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال CARS:

ينسب الى (اريك سكوبلر) ، **ERIC SCOPLER** - في أوائل السبعينات ، ويعتمد على ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر به 15 درجة ويقوم المتخصصون سلوك الطفل من خلال :

-علاقته بالناس

-التعبير الجسدي

-التكيف مع التغيير

-استجابة الاستماع لغيره

-الاتصال الشفهي

3-قائمة التوحد لأطفال 18 شهرا (chat):

تنسب إلى العالم سيمون بارون كوهين *simon baron-cohen* - في أوائل التسعينات، وهي لاكتشاف ما إذا كان يمكن معرفة هذه الإعاقة في سن 18 شهرا ، ومن خلالها توجه أسئلة قصيرة من قسمين ، القسم الأول يعده الآباء ، والقسم الثاني من قبل الطبيب المعالج .

4-دليل تشخيص التوحد كما ذكر في الدليل الإحصائي للأمراض العقلية *dsm-4*

4-استطلاع التوحد:

وهو مكون من 40 سؤالاً لاختبار الأطفال من سن 4 أعوام وما يزيد عن ذلك لتقييم مهارات الاتصال والتفاعل الاجتماعي .

5-اختبار التوحد للأطفال في سن عامين :

وضعه ويندي ستون *wendy stone* -ويستخدم فيه الملاحظة المباشرة للأطفال تحت سن عامين على 3 مستويات ، والتي تتضح في حالات التوحد : اللعب - التقليد (قيادة السيارة أو الدرجات البخارية)- الانتباه المشترك.

6-مقياس التوحد عند الأطفال:

الاسم: النوع:

تاريخ الاختبار: السنة الشهر اليوم

تاريخ الميلاد: السنة الشهر اليوم

العمر الزمني : السنوات الشهور

القائم بالمقياس:

معدلات درجات أقسام المقياس

الدرجة النهائية : 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15 .

محصلة الدرجات :

من 15 إلى 27 لا توجد فروق على الإطلاق

من 30 إلى 33 متوسط التوحد

من 36 إلى 60 شديد التوحد

المفروض صفحة التقرير

الأرقام في شكل جدول من 1 إلى 30

تم تكتب الدرجة اللي حصل عليها الولد من الجدول ومن تحت الجدول نكتب رأينا

ثم إمضاء القائم بالتقييم

بنود الاختبار كالتالي

1- العلاقات الاجتماعية مع الناس

1- ليس هناك ثمة دليل يبرهن على وجود صعوبة أو اضطراب في علاقة الطفل

بالآخرين. فسلوك الطفل يتلاءم مع سلوكيات ذويه المشتركين معه في نفس العمر ، وقد

يخامر الطفل شعوراً بالخجل ، والارتباك أو الضيق إذا تم إخباره بما يجب عليه أن يفعل

لكن هذا الشعور لا يتعدى المدى الطبيعي.

2- اضطراب بسيط في العلاقات الاجتماعية . قد يتجنب الطفل النظر إلى عين الشخص

الكبير أو يساوره القلق و الاضطراب إذا فرض عليه التفاعل فرضاً ، ومن ثم يغالى في

شعوره بالخجل ولا يستجيب إلى الكبار بنفس درجة الاستجابة التي تصدر عن ذويه ، وقد

يظهر التصاقاً بوالديه بعض الشيء بالمقارنة بأقرانه في نفس العمر .

3- اضطراب متوسط في العلاقات الاجتماعية ، ينتاب الطفل شعوراً بالوحدة ويبدى عدم

اكتراث بالكبار في بعض الأحيان . وتستلزم هذه الحالة الإصرار على القيام بمحاولات

دعوية لجذب انتباه الطفل من حين إلى آخر فالطفل لا يبادر بالتواصل إلا بقدر ضئيل لا

يكاد يذكر

4- اضطراب شديد في العلاقات الاجتماعية . يستمر الطفل في انعزاله عن الناس وعدم

اكترائه بما يفعله الكبار ، و أبدا لا يبادر بأي محاولة للتواصل إلا أن المحاولات الدعوية

فقط قد تثمر في جذب انتباه الطفل بعض الشيء

المحاكاة و التقليد:

1- المحاكاة الصحيحة : يستطيع الطفل محاكاة نطق الأصوات / الكلمات / الحركات - التي تتلاءم ومستوى مهاراته وقدراته.

2- اضطراب بسيط في المحاكاة والتقليد . يحاكي الطفل السلوكيات البسيطة مثل (التصفيق، نطق الأصوات الأحادية أغلب الوقت) وقد يتم حثه من حين إلى آخر على محاكاة بعض السلوكيات أو تتأخر استجاباته بعض الشيء.

3- اضطراب متوسط في المحاكاة والتقليد ، يحاكي الطفل بعض السلوكيات جزءاً من الوقت فقط ، ويتطلب ذلك محاولة دعوية ومثابرة من قبل الكبار ، وغالباً ما تتأخر استجابة الطفل لمحاكاة بعض من هذه السلوكيات.

4- اضطراب شديد في المحاكاة والتقليد. نادراً/ أبداً لا يحاكي الطفل نطق الأصوات والكلمات / الحركات حتى وان استحثه أو أثاره الكبار لذلك. الاستجابة الانفعالية

1- استجابة انفعالية تتلاءم مع الموقف والعمر الزمني . يبدي الطفل أنواع ودرجات من الاستجابة الانفعالية المناسبة من خلال تعبيرات الوجه وحركات الجسم والسلوك

2- اضطراب بسيط في الاستجابة الانفعالية. . من حين إلى آخر يظهر الطفل درجات وأنماط من الاستجابات الانفعالية غير الملائمة للمواقف والأحداث المحيطة.

3- اضطراب متوسط في الاستجابة الانفعالية ، يظهر الطفل بواعث للأنماط والسلوكيات الانفعالية غير المناسبة وقد تتأرجح هذه السلوكيات بين الهدوء الساكن والانفعال الزائد الذي لا يتناسب والموقف . فقد يلوى قسماً وجهه تألماً أو فرحاً أو ينتابه شعوراً بالقسوة رغم عدم وجود أي دافع انفعالي متمثل في أحداث أو مسببات لثل هذه السلوكيات.

4- اضطراب شديد في الاستجابة الانفعالية. نادراً ما تتلاءم استجابات الطفل مع الموقف ، فبمجرد أن يعتري الطفل شعوراً مزاجياً فمن الصعب تغييره رغم تنويع الأنشطة ، وعلى

العكس قد يظهر الطفل مشاعر متباينة فيما بينها اشد التباين خلال وقت قصير عندما لا يطرأ أي تغيير على ما حوله.

استخدام حركات الجسم:

1- استخدام حركات الجسم بصورة مناسبة للعمر . ويتحرك الطفل بنفس درجة السهولة والخفة والتناسق الذي يتسم به أي طفل طبيعي في نفس العمر.

2- اضطراب بسيط في استخدام حركات الجسم . قد تبدو بعض الخصائص القليلة على الطفل مثل القيام بحركات غير مناسبة ومتكررة ، التناسق الحركي الضعيف ، مع ندرة وجود اضطراب زائد في الحركات.

3- اضطراب متوسط في استخدام حركات الجسم وقد يتضمن ذلك بعض السلوكيات الشاذة للطفل مثل اضطراب في حركات الأصابع ، وتحريك إصبع معين من اليد بصورة تكرارية ، وتحريك جزء معين من الجسم ، وتحديق النظر في الجسم بصورة عامة ، والإيذاء الجسدي كضرب الرأس في حائط أو النقر على أجزاء ، ودوران الجسد فجأة وهزه ، والسير على أطراف أصابع القدمين

4- اضطراب شديد في استخدام حركات الجسم. أن استمرار وشدة الأنماط الحركية السابق ذكرها لدليل قوى للبرهنة على اضطراب شديد في استخدام حركات الجسم ، وقد تستمر هذه السلوكيات بصرف النظر عن محاولات إثباتها أو إشراك الطفل في أنشطة متنوعة. استخدام الأدوات:

1- استخدام واهتمام للأدوات و الألعاب بصورة مناسبة للعمر. يظهر الطفل اهتماماً بالألعاب والأدوات الأخرى بما يتناسب مع مستوى مهاراته ويقوم باستخدام الألعاب بطريقة مناسبة.

2- اضطراب بسيط في الاهتمام و الاستخدام للألعاب و الأدوات. قد يظهر الطفل اهتمام غير مناسب بلعبة أو يلعب بها بطريقة غير مناسبة لطفل (على سبيل المثال يضرب اللعبة بعنف أو يقوم بمصها)

3- اضطراب متوسط في الاهتمام و الاستخدام للألعاب و الأدوات. قد يقوم الطفل بنفس السلوكيات الموجودة أعلاه ولكن بدرجة كبيرة من التكرار والإصرار. قد يكون من الصعب الهاء الطفل عن القيام بتلك الأنشطة غير المناسبة.

4- اضطراب شديد في الاهتمام و الاستخدام للألعاب و الأدوات. قد يقوم الطفل بنفس السلوكيات الموجودة أعلاه ولكن بدرجة كبيرة من التكرار والإصرار. قد يكون من الصعب الهاء الطفل عن القيام بتلك الأنشطة غير المناسبة.
التأقلم مع الغير:

1- رد فعل للتغيير مناسب للسن . يقوم الطفل بإبداء ملاحظاته على تغيير الروتين ولكنه يتقبل التغيير بدون تدمير

2- اضطراب بسيط في التأقلم على التغيير . عندما يحاول الكبار تغيير النشاط أو المهمة يستمر الطفل بنفس النشاط الأول أو يقوم باستخدام نفس الأدوات.

3- اضطراب متوسط في التأقلم على التغيير . يقوم الطفل بمقاومة تغيير الروتين ويحاول الاستمرار في النشاط القديم ويكون من الصعب إلهائه. يغضب الطفل ويكون غير سعيد عندما يتم تغيير نظام قائم.

4- اضطراب شديد في التأقلم على التغيير . يظهر الطفل ردود أفعال عنيفة حيال التغيير و إذا تم فرض هذا التغيير بالقوة يدخل الطفل في نوبة غضب ويكون غير متعاون.

الاستجابات البصرية

1- الاستجابات البصرية مناسبة للسن . السلوك البصري للطفل يكون طبيعيا ومناسبا للسن. البصر يستخدم مع الحواس الأخرى كنوع من استكشاف الأشياء الجديدة.

2- اضطراب بسيط في الاستجابات البصرية. يلجأ الطفل من حين لآخر أن ينظر إلى الأشياء . الطفل يكون مهتم بالنظر إلى المرآة أو الضوء أكثر من النظر إلى الأفراد و من حين لآخر قد يحدق في الفضاء و قد يتجنب النظر إلي الأشخاص.

3- اضطراب متوسط في الاستجابات البصرية. يجب تذكير الطفل باستمرار أن ينظر إلى

الأشياء. قد يقوم الطفل بالتحديق في الفضاء و يتجنب النظر إلي الأشخاص ويقوم النظر إلى الأدوات من زاوية غير عادية أو يقرب الأدوات من عينيه.

4- اضطراب شديد في الاستجابات البصرية. يقوم الطفل باستمرار بتجنب النظر إلي الأشخاص أو أشياء معينة. وقد يظهر بعض الأشكال البصرية الغريبة كما هو موضح أعلاه.

الاستجابات السمعية

1- الاستجابات السمعية مناسبة للسن . السلوك السمعي للطفل يكون طبيعيا ومناسبا

للسن. السمع يستخدم مع الحواس الأخرى

2- اضطراب بسيط في الاستجابات السمعية. قد يوجد بعض القصور في الاستجابة أو رد فعل غير مناسب بنسبة ضئيلة لأصوات معينة. الاستجابة للأصوات قد تأتي متأخرة بعض الشيء والأصوات قد تحتاج للتكرار لتجذب انتباه الطفل. قد يتشتت الطفل من الأصوات المفاجئة.

3- اضطراب متوسط في الاستجابات السمعية. الاستجابات السمعية للطفل تختلف (غالبا يتجاهل الأصوات في المرات الأولى لسماعها) قد يفزع أو يسد أذنيه عند سماع الأصوات العادية.

4- اضطراب شديد في الاستجابات السمعية. استجابات الطفل السمعية يكون مبالغ فيها بدرجة أكبر أو اقل من الطبيعي بغض النظر عن نوعية الصوت.

الاستجابة إلى حاستي الشم و التذوق:

1- الاستخدام الطبيعي والاستجابة إلى حاسة التذوق والشم واللمس. يكتشف الطفل الجديد من الأدوات بصورة تضاهي ذويه من نفس العمر ، فهو بصفة عامة يستخدم حاسة اللمس والنظر والتذوق والشم حسبما يتفق والأداة المستخدمة و عندما يشعر الطفل ببعض الآلام اليومية المعتادة كالارتطام بأحد الأشياء أو التعب أو السقوط على الأرض يظهرها تعبيراً بعدم الرضا لكنه لا يفرط فيه.

- 2- اضطراب بسيط في الاستجابة إلى واستخدام حاسة التذوق و الشم واللمس. قد يصير الطفل على وضع الأدوات في فمه ويتذوق أو يشم الأدوات الغير صالحة للأكل، وقد يتجاهل شعوره بالألم البسيط أو قد يفرط في إيذائه على خلاف سلوك الطفل الطبيعي الذي يكتفي فقط بالتعبير عن شعوره بعدم الرضا
- 3- اضطراب متوسط في الاستجابة إلى واستخدام حاسة التذوق و الشم واللمس، قد يشغل ذهن الطفل بدرجة متوسطة بلمس وشم تذوق الأدوات والأشخاص وقد يفرط الطفل في الاستجابة أو قد تأتي استجابته دون المستوى
- 4- اضطراب شديد في الاستجابة إلى واستخدام حاسة التذوق و الشم واللمس. قد ينشغل ذهن الطفل مسبقاً بشم وتذوق ولمس الأدوات بهدف الاستخدام المحض للحاسة فقط لا بهدف التعرف عليها و اكتشافها أو استخدامها . وقد يتجنب الطفل الشعور بالألم أو قد يفرط في الاستجابة بقوة لأي شعور ضئيل ينتابه بعدم الرضا أو عدم الاستحسان. الشعور بالخوف أو القلق العصبي:
- 1- الشعور الطبيعي بالخوف أو القلق العصبي. يتلاءم سلوك الطفل مع الموقف الذي يوجد فيه ومع المرحلة التطورية العمرية التي يعيشها أقرانه من نفس العمر.
- 2- 1.5 اضطراب بسيط في الشعور الطبيعي بالخوف أو القلق العصبي. من حين إلى آخر يمتلك الطفل شعوراً بالخوف أو القلق العصبي بصورة مفرطة أو متدنية بخلاف سلوك الطفل الطبيعي الذي يعيش نفس المرحلة العمرية والذي يواجه نفس الموقف.
- 3- 2.5 اضطراب متوسط في الشعور الطبيعي بالخوف أو القلق العصبي. يبدي الطفل شعوراً متزيداً أو متديناً بالخوف أو القلق عن الشعور الطبيعي للطفل الصغير الذي يواجه نفس الموقف.
- 4- 3.5 اضطراب شديد في الشعور الطبيعي بالخوف أو القلق العصبي. يصير الطفل على الشعور بالخوف من الأشياء والأدوات الغير ضارة حتى بعد تكرار تجربته التعامل معها، وقد يصعب إرضاء الطفل أو تهدئته . وعلى العكس قد يفشل الطفل في إظهار حذره من

الأخطار التي يتجنبها الأطفال الطبيعيين الذي يعيشون نفس العمر.

التواصل اللفظي الكلامي

1- التواصل اللفظي الطبيعي يتناسب وعمر الطفل والموقف الذي يتواجد عليه

2- اضطراب بسيط في التواصل اللفظي . يعكس حديث الطفل تأخراً عاماً في التواصل

وقد يكون أغلب حديث الطفل ذو معنى ومع ذلك قد يشوب كلامه الأصداء اللفظي أو قلب الضمير ومن حين إلى آخر قد يستخدم الطفل كلمات معينة أو قد تتابع خلال نقطه بعض الكلمات غير المفهومة.

3- اضطراب متوسط في التواصل اللفظي . قد لا يتحدث الطفل لكنه إذا تحدث فإن

تواصله اللفظي يكون مزيجاً من الكلام الذي يحمل بعض المعاني مع تضمنه بعض

الخصائص الغير طبيعية كنطق كلمات غير مفهومة و الأصداء اللفظي أو قلب الضمائر وقد يشتمل الكلام المفهوم للطفل على الإفراط في أساليب الطلب والانشغال المسبق ببعض الموضوعات

4- اضطراب شديد في التواصل اللفظي . في هذه المرحلة لا يستخدم الطفل الحديث

الهادف فقد يصدر صرخات حادة كصرخ الرضيع ، أو قد يصدر أصوات غريبة تشبه أصوات الحيوانات ، مع إقحام أصوات ضوضاء مركبة تشبه أصوات الكلام أو قد يظهر الطفل إصرار على الاستخدام الشاذ لبعض الكلمات أو العبارات التي يعرفها.

التواصل غير اللفظي

1 الاستخدام الطبيعي للتواصل غير اللفظي يتناسب مع العمر والمواقف التي يتواجد بها

الطفل.

2-1.5 اضطراب بسيط في التواصل الغير لفظي . استخدام التواصل الغير لفظي بصورة

غير صحيحة ، فقد يشير الطفل بصورة مبهمه إلى الشيء الذي يرغب فيه في المواقف

التي يستطيع فيها ذويه من نفس العمر الإشارة إلى الأشياء بصورة أكثر تحديداً

3-2.5 اضطراب متوسط في التواصل الغير لفظي بصفة عامة يعجز الطفل عن التميز

عن احتياجاته أو رغباته بصورة غير لفظية و لا يتمكن من فهم واستيعاب التواصل الغير لفظي الذي يستخدمه الآخرون .

4-3.5 اضطراب شديد في التواصل الغير لفظي . يستخدم الطفل فقط حركات غريبة أو حركات معينة ليس لها معنى ظاهري ، ويبدى عدم ادراك للمعاني المصاحبة لحركات أو تعبيرات الوجه

مستوى النشاط

1- مستوى النشاط الطبيعي المناسب للعمر والمواقف الاجتماعية . لا يقيم الطفل بمستوى نشاط أعلى أو اقل من المعتاد على غرار الأطفال الطبيعيين في نفس العمر وفي نفس المواقف.

2- اضطراب بسيط في مستوى النشاط قد يصبح الطفل ضجرا متمللا أو قد يتسم بالخمول والكسل والحركة البطيئة في بعض الأوقات وقد يؤثر مستوى نشاط الطفل قليلا في أداء بعض الأنشطة.

3- اضطراب متوسط في مستوى النشاط .الطفل في هذه المرحلة مفعم بالنشاط والحركة الزائدة مما يجعل من الصعب قيادته وقد تتملكه طاقة حركية لا نهائية تؤثر على قدرته على النوم ، وعلى العكس قد يمتلك الطفل شعورا مغاليا بالكسل واللامبالاة وتتطلب حالته قدر كبير من الحث على الحركة.

4- اضطراب شديد في مستوى النشاط . يظهر الطفل طاقة حركية زائدة أو متدنية وقد ينتقل من المستويات القصوى إلى المستويات الدنيا للحركة في وقت واحد. مستوى و ثبات الاستجابة المعرفية:

1- مستوى إدراك طبيعي وثابت في جميع النواحي .على غرار ذويه من نفس العمر يتسم الطفل بمستوى ذكاء معرفي طبيعي لا يشوبه اي اضطراب أو ضعف في القدرات الإدراكية

2- اضطراب بسيط في الوظائف الإدراكية . على خلاف ذويه من نفس العمر لا يتسم

الطفل بالذكاء الواضح وقد يصاحب مهاراته تأخرا في جميع المجالات.

3- اضطراب متوسط في الوظائف الإدراكية . بصفة عامة لا يتصف الطفل بالذكاء الذي يتسم به غيره من نفس العمر، ومع ذلك قد يؤدي الطفل وظيفته بصورة طبيعية في مجال إدراكي واحد أو أكثر.

4- اضطراب شديد في الوظائف الإدراكية . بينما يتصف الطفل بصفة عامة بمستوى ذكاء متدني عن المنحى الطبيعي إلا انه قد يستجيب بصورة اقل من الطفل الطبيعي لأحد المجالات أو أكثر .

انطباعات و ملاحظات عامة:

1- عدم إصابة الطفل بظاهرة التوحد . لا يظهر الطفل أية أعراض خاصة بالتوحد.

2- مستوى بسيط من التوحد . يظهر الطفل أعراض قليلة أو مستوى بسيط من التوحد.

3- مستوى متوسط من التوحد . يظهر الطفل عدد من أعراض التوحد أو يظهر مستوى متوسط من التوحد.

4- مستوى شديد من التوحد . يظهر الطفل عدد كبير من أعراض التوحد أو مستوى مرتفع من ظاهرة التوحد .

1- العلاقات الاجتماعية مع الناس 2- المحاكاة أو التقليد 3- الاستجابة الانفعالية

4- استخدام حركات الجسم 5- استخدام الأدوات 6 - التأقلم مع التغيير 7 - الاستجابات

البصرية 8 - الاستجابات السمعية 9- الاستجابة إلى واستخدام حاسة التذوق / الشم

واللمس 10- الشعور بالخوف أو القلق العصبي 11- التواصل اللفظي / الكلامي 12-

التواصل غير اللفظي 13- مستوى النشاط 14- مستوى وثبات الاستجابة المعرفية

كيف يمكنني حساب توزيع درجات التوحد

أولا يعتبر مقياس cars هو مقياس تقدير التوحد الطفولي

ويتم تقييم الطفل في الجوانب الخمسة عشر السابقة وكل جانب يحتوي على أربع بنود

كل بند درجة واحدة ويمكن أن يأخذ في البند نصف درجة

ثانيا حساب الدرجات :

المجال يحتوي على أربع بنود كل بند درجة ويتم جمع الدرجات ومطابقتها بالمقياس وتحديد الدرجة الحاصل عليها المفحوص ومطابقتها بدليل درجات المقياس اللي محددة من 1 الي 60 درجة

إن حصول الولد على درجة (1) في المجال هذا يعني إن سلوك الطفل يطابق الحدود الطبيعية لمستوي عمره الزمني

وان حصوله على الدرجة (2) يعني الانحراف ضئيل

وحصوله على (3) يعني الانحراف متوسط

والدرجة (4) يعني الانحراف شديد

ملحوظة

يمكن أن يعطي الطفل درجة نصف في المجال ولكن ترجع لتقدير الاختصاصي وخبرته عند كتابة التقرير ترسم جدول مكون من 15 خانه التي تمثل بنود الاختبار وتكتب درجة الولد تحت الرقم المماثل ليه ويتبين واقع في الشديد و إلا الطفيف و إلا المتوسط أو لا يوجد تماما، ثم تكتب الملاحظات. (ناصر إبراهيم عيسى، 2009، 98-100)

الفصل الثالث : المهارات السلوكية



- 1-تعريف السلوك .
- 2-وظائف السلوك.
- 3-أنواع السلوك .
- 4-اضطرابات السلوك ومعاييره .
- 5-مفهوم المهارات السلوكية .
- 6-أنواع المهارات السلوكية(التقليد ، الاستقلالية)



1/ تعريف السلوك

يعرف علم النفس بأنه العلم الذي يدرس السلوك الإنساني كما هو كائن في عالم الواقع فالإحساس و التصور و الإدراك و التخيل و التفكير و الانفعالات كلها تعتبر من لأشكال السلوك المختلفة ، و بهذا لا تقف حدود السلوك عند ما هو ظاهر من أفعال الإنسان وتصرفاته الخارجية التي يجب أن بالعين كالمشي و الكلام و الرسم والضرب ، أي أن كلمة السلوك تشمل كل الاستجابات العضوية سواء كانت ظاهرة لعين الملاحظ أم لم تكن كذلك ويمكن تصنيف أشكال السلوك إلى نوعين هما السلوك الظاهر الذي يلاحظه كل فرد كإفعال الإنسان وتصرفاته في مشيه و كلامه و أقواله ، أما النوع الآخر من السلوك فهو السلوك الداخلي ويكون على شكل فاعلية فسيولوجية مثل زيادة ضربات القلب أو على شكل خبرة

شعورية يصفها لنا الفرد نفسه مثل التفكير و التخيل و الحزن والقلق (الحاج ،1977: 37).

و يعرف السلوك الإنساني بأنه أي نشاط يصدر عن الإنسان سواء كان أفعالا يمكن ملاحظتها و قياسها كالنشاطات الفسيولوجية و الحركية ، أو نشاطات تتم على نحو غير ملحوظ كالتفكير و التذكر و الوسوس و غيرها ... الخ.

و قد يكون السلوك مرغوبا فيه و يؤدي إلى نتائج إيجابية للفرد و للناس الذين يتعامل معهم

أو قد يكون غير مرغوب فيه و لا يستريح له الفرد و يؤدي إلى نتائج سلبية له و للآخرين.

و السلوك قد يحدث بصورة لا إرادية و على نحو آلي و دون رغبتنا مثل التنفس ، سيلان اللعاب ، رمش العين ... الخ . و قد يحدث بصورة إرادية واعية ، و عندها يكون

بشكل قصدي وواعي و هو بذلك يصدر عن رغبتنا و يثير اهتماما و هذا السلوك يمكن تعلمه ،و يتأثر بعامل البيئة و المحيط الذي يعيش فيه الفرد (عبد الهادي و العزة ، 2005:11).

كما يعرف السلوك بأنه : عبارة عن اي نشاط أو لغة أو حركة تصدر عن الإنسان ، سواء كان سلوك مرغوب فيه أو غير مرغوب فيه ، وأيضا هو مجموعة من الحركات المنسقة التي تعود إلى وظيفة ما فتمكن صاحبها من الوصول إلى غاية أو غرض مادي أو معنوي (العزة : 2002 : 100)

2/1 : وظائف السلوك :

إن مفتاح التعامل مع السلوك المشكل يكمن في معرفة السبب الذي يقف خلف ذلك السلوك ،و عادة ما يشير السبب إلى هدف أو وظيفة السلوك،و وظائف السلوك عامة أربعة هي:

-الحصول على الانتباه(الوصول الى شيء):تحدث السلوكيات بحيث يمكن للفرد الحصول على شيء مرغوب فيه ،و يكون في بعض الأحيان لجذب انتباه الآخرين إليه، و في أحيان أخرى يكون للوصول إلى شيء ما ،أو طعام ،أو نشاط. و يمكن أن يكون التفريق صعبا بين السلوكيات التي تظهر لجذب الانتباه و بين الأخرى التي تظهر للوصول إلى شيء ما بسبب كون كلاهما ممكن تحقيقه في الوقت نفسه.

_التجنب(الهروب):تحدث السلوكيات في فئة التجنب/ الهروب بغية السماح للفرد

الهروب

من شيء غير مرغوب فيه.فقد يرغب الأفراد تجنب أداء عمل معروف على أنه صعب جدا ،أو ممل جدا و غير مثير للاهتمام ،أو ينخرطوا في سلوكيات ليتم استثنائهم من أو ليتجنبوا التواجد في بيئات معينة و التي يعتبرونها لأسباب عديدة غير سارة(مثل: الروائح، الإزعاج، التوقعات).

_المستند إلى الحواس :يحدث السلوك في فئة المستند إلى الحواس بغية الحصول على تغذية راجعة ممتعة . فالأفراد يمضغون العلكة لأنهم يستمتعون بالتغذية الراجعة الحسية. فان التغذية الراجعة الحسية قد تمنح المتعة الحقيقية ،،أو أنها قد تعدل من التنظيم الداخلي للفرد ،فقد يكون مضغ العلكة ممتعا ، أو قد يستخدم في محاولة من الفرد لزيادة مستوى الاستثارة للبقاء مستيقظا.و كذلك ممكن أن يؤدي التآرجح إلى شعور جيد ،أو قد تشارك مع نظام الاستقبال الذاتي و الدهليزي في التقليل من مستويات التوتر،و تكون السلوكات المبنية على الحواس قد خدمت وظيفة توفير المتعة أو تعديل التغذية الراجعة الحسية.

_تخفيف الألم : يجب اعتبار فئة تخفيف الألم على أنها وظيفة محتملة للسلوك و لكنها تتطلب تدخلا طبيا و ليس تربويا.إن مفهوم التخفيف يعني أن تجعله أقل. و من خلال تخفيف الألم فان السلوك يحدث بحيث لا يكون الألم المصاحب مؤذيا كشي ا ر. و على سبيل المثال: يقوم العديد من الناس بفرك مقدمة رأسهم اذا شعروا بصداع في محاولة لتخفيف الألم ،و هذا المجهود لا يوفر علاجا مناسبا للألم و لكنه يقلل منه مؤقتا.إن معدل حدوث هذه الفئة أقل من معدل حدوث الثلاث فئات الأخرى. و لكن يجب أن تأخذها بالاعتبار حتى يتم استبعادها قبل تطوير خطة مساندة السلوك (هيفلين وأليمو ، 2011: 281).

3/1: أنواع السلوك :

يوجد عدة تقسيمات للسلوك ، اخترنا منها التقسيم الآتي:

أ) السلوك الاستجابي / الكلاسيكي:

و يسمى أحيانا بالسلوك الانعكاسي و الذي لا يتحكم فيه الفرد و هو ضمن مفهومين:

-المفهوم العلمي : و هو ردة فعل لمثير كإغماض العين أمام الغبار ، و قد جاء به

بافلوف في نظريته الإشرط الكلاسيكي.

-المفهوم الاجتماعي : و هو الإنسان الذي يتقيد بالمفهوم الحرفي للتعليمات ، و الإنسان الذي لا يطور سلوكه مع التقدم الاجتماعي و العلمي ، ومنهم بعض كبار السن.

ب) السلوك الإجرائي :

و يسمى أحيانا بالسلوك الفعال و الذي يتحكم به الفرد و ليس كالسلوك السابق ، و قد استخدمه سكنر في نظرية الإشراف الإجرائي . هو عبارة عن سلوك مرن يحدث نتيجة عدة مثيرات و يتميز بعدة خصائص نذكر منها : أنه لا يتشابه عند الجميع ، سهل التعامل معه ، سلوك فعال و قابل للتطور .

ج) السلوك العقلاني أو المعرفي:

في هذا السلوك يعتمد الفرد على ما لديه من معلومات يتحكم بها العقل . و بعد هذا السلوك للنظرية الإنسانية و التي تعتبر أن الإنسان مسئول عن سلوكه . هو ذلك السلوك الذي يدل على قدرات عقلية عالية و مرونة في التفكير و يتصف فيه عدد قليل من الناس .

د) السلوك الغير عقلاني أو غير المعرفي:

و هو سلوك لا يستند إلى معلومات علمية و لا يتفق مع العقل الإنساني ، و يقوم بها الإنسان دون القدرة على الدفاع عن صحتها و غنما انتشرت بين الناس و توارثها الأفراد . و هو ذلك السلوك الذي يغلب عليه العشوائية و التخبط . و يتميز بعدة خصائص نذكر منها:

- ✓ سلوك يعتمد على المحاولة و الخطأ
- ✓ يوقع أصحابه في الكثير من المشكلات
- ✓ يعتبر من السلوكات غير المناسبة و التي تؤدي بالأفراد إلى الأمراض النفسية.

هـ) السلوك التسلطي أو الديكتاتوري:

هو ذلك السلوك الذي يتصف بالجدية والتزامه بالرأي و يتميز بالخصائص التالية:

✓ سلوك جامد و ناجح مع ضعاف العقول أو أولئك الأشخاص الذين تسيطر عليهم عواطفهم

✓ يدل في كثير من الحالات على شخصية مريضة تعاني من اضطرابات نفسية.

✓ يسعى دائما لفرض أريه.

✓ لا يراعي حقوق الآخرين.

✓ ينجح غالبا في البداية و ينتهي بالفشل.

ن) السلوك الديمقراطي:

✓ و الذي يعرف بأنه السلوك الذي يعتمد على أري الجماعة و فعال مع

الأذكاء، ومن خصائصه :

✓ فعال لأنه يعتمد على رأي الجماعة.

✓ له سلطة بشكل أكبر على الأفراد .

✓ هناك التزام به بشكل كبير جدا.

✓ مناسب مع الجماعات المتعلمة و الذكية (النمر، 2011: 26-31)

1/ 4 : اضطرابات السلوك و معاييرها :

✓ توجد تعريفات عديدة للاضطرابات السلوكية ، نعرض منها أهم

التعريفات ذات العلاقة بهذه للاضطرابات.

عرف كوفمان (Kauffman) الأشخاص المضطربين في السلوك بأنهم "

أولئك الذين يستجيبون بشكل واضح و مزمن لبيئتهم باستجابات غير مقبولة اجتماعيا

، أو يستجيبون بطرق غير مناسبة و الذين يمكن تعليمهم سلوكات اجتماعية و

شخصية مقبولة. "

كما يعرف رينرت (Reinert) الطفل المضطرب " بأنه ذلك الطفل الذي يظهر سلوكا مؤذيا وضارا بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي ، أو على تحصيله ، أو رنه ، بالإضافة إلى التأثير السلبي على الآخرين (" القمش و المعاينة ، 2007:15).

أما روس (Ross) عرف الإضطراب السلوكي بأنه : إضطراب سيكولوجي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكا منحرفا بصورة واضحة عن السلوك السائد في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد ، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار و يمكن ملاحظته و الحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد (يوسف ، 2000:30).

تم الاحتكام على عدد من المحكات للحكم على السلوك بأنه مضطرب أو شاذ و من بين هذه المعايير نذكر:

➤ **تكرار السلوك** : و يقصد بذلك عدد المرات التي يحدث فيها السلوك في فترة زمنية معينة.

➤ **مدة حدوث السلوك** : و يقصد به المدة الزمنية التي يستمر فيها حدوث السلوك.

➤ **شدة السلوك** : ويقصد به التطرف في شدة السلوك فإما أن يكون غير مرغوب فيه و قويا جدا أو مرغوب فيه و ضعيف جدا.

كذلك فقد استخدم المهتمون في هذا المجال معايير أخرى شائعة للتمييز بين السلوك السوي و السلوك الشاذ و هذه المعايير هي:

❖ **المعيار الإحصائي:**

ويقصد به الندرة الإحصائية ، إذ يعتبر سلوك الفرد شاذا إذا انحرف بشكل ملحوظ عن المتوسط الحسابي ، فالأفراد الذين تشبه سلوكياتهم أغلبية الناس يوصفون بأنهم

عاديون ، و بالمقابل فإن الأفراد الذين تختلف سلوكياتهم عن الأغلبية بشكل ملحوظ يوصفون بأنهم شواذ.

❖ المعيار النفسي الموضوعي:

و يتضمن تحليل الحادثة السلوكية بطريقة موضوعية وإجراءات الإختبارات النفسية و جمع البيانات عن طريق دراسة الحالة و الوصول على تشخيص إكلينيكي و تحديد الإنحراف عن الصحة النفسية المثالية

❖ المعيار الاجتماعي:

و يقصد به الاحتكام إلى عادات وتقاليد و قيم المجتمع . فيعتبر السلوك شاذا إذا خالف عادات وتقاليد المجتمع و طبيعيا أو سويا إذا ت وافق مع هذه العادات و التقاليد (. القمش و المعاينة ، 2007 : 14 - 15).

2/ المهارات السلوكية:

1/2 : مفهوم المهارات السلوكية:

تعرف المهارة (Skill) عموما بأنها القدرة المتعلمة لأداء مهمة سواء كانت حركية أو معرفية والمهارة تعني أيضا القدرة على أداء عمل معين، وهذا العمل يتكون في الغالب من مجموعة من الأداءات أو العمليات الأصغر التي تتم بشكل متسلسل ومتناسق فتبدو مؤتلفة مع بعضها البعض (.أبو هاشم ، 2004 : 16).

أما السلوك (Behavior) فهو كل ما يصدر عن الإنسان من أفعال سواء كانت ملاحظة بشكل مباشر أو غير مباشر، أي هو نشاط جسمي أو عقلي أو اجتماعي أو انفعالي (النمر ، 2011 : 26).

إن المهارات السلوكية هي : القدرة على القيام بنشاط معين، أو هي مجموعة من المهارات الحياتية التي يستخدمها الطفل للتعامل والتواصل الفعال مع المحيطين به ، و التي تؤهله للأداء الوظيفي المستقل، ومن أهمها مهارتي: التقليد و الاستقلالية.

2/2 : أنواع المهارات السلوكية :

أ_مهارات التقليد:

مفهوم مهارات التقليد: Imitation

التقليد هو إحدى الأشكال الرئيسية للاتصال الإنساني، و الطفل لا يتعلم التقليد بل هو غريزة فطرية، حيث يبدأ التقليد مبكرا ليكون هو الوسيلة غير اللفظية في اكتساب الكثير من المعلومات من البيئة المحيطة به لتساعده على تشكيل سلوكه و يبدأ الطفل في النصف الثاني من السنة الأولى تقليد أفعال الآخرين و ذلك من خلال ملاحظة الآخرين ، حيث اعتبره" بياجيه "مرتبط بالذكاء حيث قال أن للذكاء أثار كبيرا على في ظهور عملية التقليد بصورة صحيحة ،فتتحول عملية التقليد من عملية تلقائية إرادية الى ففي هذه : عملية إرادية يصاحبها عنصر الفهم بعد ان كان غير واضح تماما(الزراد ، 1996: 42) .

ففي هذه الفترة يستغل الآباء هذه القدرة الفطرية للأبناء و يقومون بتعليمهم أبسط الأفعال الاجتماعية مثل التلويح باليد و الكلمة لتدل على(مع السلامة ، أريد الأكل) ... و غيرها من الأفعال الاجتماعية المبسطة و من ثم يبدأ الطفل اكتساب العديد من الأفعال و تكوين صورة ذهنية عنها و الاحتفاظ بها و استدعائها في الأوقات المناسبة و تتطور مهارة التقليد مع تطور نمو الطفل ،لذا يجب استغلال ميل و تطور مهارة التقليد و المحاكاة عند الأطفال في تعليمهم الكثير من المهارات و المعلومات الممكنة الملائمة لإمكانياتهم وقدراتهم(الحنفي ، 1995: 299).

أهمية مهارات التقليد:

ان التقليد هو ميل و استعداد فطري يولد به الطفل فيدفعه إلى محاكاة غيره في أفعالهم و أقوالهم ، فعن طريق التقليد يكتسب الطفل الكثير من المهارات و القيم و التقاليد و العادات

فهو من المهارات الهامة و اللازمة لنمو الطفل و تعلمه، و بدون محاكاة لن يتعلم الطفل اللغة و القدرة على التقليد يتطلب مهارات عديدة : والتفاعل الاجتماعي مع المحيطين به (نصر، 2002: 52).

حيث علينا أن نرى و نتذكر و نعالج تفاصيل الحركة، بما في ذلك المعلومات الحركية و الانفعالية ، ثم أداء الحركة و تطابقها إلى أقرب قدر ممكن مع الحركة الأصلية. وأخيرا علينا أن نصح أي خطأ قد نلاحظه ، وهكذا يمكن ملاحظة أن هذه العملية تتطلب توحيد جوانب عديدة من المعلومات في نفس الوقت .و أي عجز في هذا قد يمثل عائقا كبيرا أمام التعلم لأن الجانب الأكبر من التعلم و لا سيما في المراحل الأولى من حياة الطفل الطبيعي يحدث نتيجة للمحاكاة (الشامي، 2004: 258).

مهارات التقليد عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

يمثل ضعف مهارات التقليد أكبر صور العجز وضوحا عند الأطفال التوحديين ،فهم لا يشاهدون أو يهتمون أو يفعلون ما يفعله الآخرون من حولهم ،وقد يكون هذا العجز بمثابة انعكاس لنفس المشاكل التي تنتج عنها مصاعب في اللعب والمهارات الاجتماعية و الاستقلالية (عبد الرحمن و حسن، 2004: 155).

حيث أكدت الدراسات أن الطفل التوحدي يعاني من عجز ملحوظ في القدرة على محاكاة الإشارات و التعبيرات الصوتية و الأفعال الاجتماعية ، و في دراسة أخرى أوضحت أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يظهرون عجزا واضحا في قدراتهم على التقليد ، فقد لاحظ Dawson أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد في سن ما قبل المدرسة كانوا يتصرفون في مستوى مقارن بالرضع في سن 3:8 أشهر.

و لعل السبب يرجع لما كشفته دراسة " Sigman " التي أظهرت أن الطفل التوحدي أكثر براعة في تتبع الأشياء المستمر الدائم (تكرار فعل بالإستمرار) أكثر من المحاكاة . وأيضاً أوضحت دراسات " Siegl " سنة 1996 أن التقليد لدى أطفال ذوي اضطراب التوحد يمر بثلاث مستويات و هي كالآتي:

1/ تلقائية استخدام الشيء Spontaneous Object use :

ويقصد به أن الطفل يتعلم بعض المهام من تلقاء نفسه و لا يحتاج لاستخدام التقليد للتعلم فعند اعطاء الطفل التوحدي لعبة مثل اللوحة المثقبية ، فلا يحتاج أحدا ليقده و لكن يلعب بها دون المساعدة من أحد أو تقليد فعل ،فهو يستخدمها عن طريق المحاولة و الخطأ إلى أن يتعرف على اللعب بها.

2/ التقليد الحركي للهدف Motor Object Imitation :

و يقصد به أن الطفل عليه أن يشاهد الهدف و يقده حركياً ، مثلاً حينما نريد من الطفل تعلم طي ورقة لعمل ظرف.

3/ التقليد الجسمي Body Imitation :

و يقصد به تقليد فعل بالجسم دون استخدام شيء سوى الإشارة مثلاً و هي شكل من التقليد

الجسمي ، و الطفل التوحدي يواجه صعوبة في الإشارة باليد للتعبير عن تفاعل معين ،ولكن بالتدريب المستمر يستطيع الطفل تقليد بعض الإشارات التي يستخدمها مادياً مثل الإشارة الدالة على أنه (جائع،عطشان ،يريد الخروج) و لكن بالرغم من ذلك لا يتقنها و حينما يتقنها يكون في سن كبير (نصر، 2002: 54) و من خلال هذه الدراسات استنتجت الطالبتان الباحثتان أن أطفال ذوي اضطراب التوحد يظهرون عجزاً في مهارة التقليد . و لأن

مهارات التقليد التي تحتاج إلى الانتباه و الملاحظة من أوائل المهارات التي تساعد في تكوين و تنمية المهارات الأخرى للطفل اهتمت دراستنا بأهمية التدخل التدريبي أو التأهيلي لتنمية هذه المهارة لتكون نقطة البدء الأولى في تنمية باقي المهارات السلوكية التي تؤهلهم للأداء الوظيفي المستقل.

ب_ مهارات الاستقلالية:

مفهوم مهارات الاستقلالية:

ترتقي مهارات الاستقلالية (الاعتماد على النفس) من أساسيات التغذية و ارتداء الملابس و الاغتسال إلى مهارات أكثر تعقيدا مثل تحضير وجبة بسيطة و الاستحمام و اختيار ملابس الخروج (عبد الرحمن و حسن ، 2004: 153).

و على الرغم من أن عدم قدرة الطفل على تأدية مهارات العناية بالذات قد يكون ناتجا عن عوامل عضوية إلا أن هذه المهارات تتأثر و بشكل واضح بالعوامل البيئية ، و العوامل البيئية و ليس العوامل الفزيولوجية هي التي يستطيع القائمون على تربية الطفل التحكم بها و تنظيمها أو اعادة تنظيمها أي أن هذه المهارات متعلمة و من المفيد النظر إليها على أنها كذلك (الخطيب و الحديدي، 1998: 213)

و يعتبر التقليد في هذه المرحلة عملية أساسية بالنسبة للأطفال و يقومون بها في كل لحظة لأنها تؤدي في النهاية إلى الاستقلالية التي يسعى للوصول إليها كل فرد منذ بداية المرحلة الأولى لحياته. لذلك فالأطفال يحتاجون الى رؤية ما يفعله الآخرون في جميع الأوقات و في جميع الفعاليات و العمليات الحياتية اليومية (نصر الله، 2008: 234).

أهمية المهارات الاستقلالية:

تكمن أهمية مهارات الاعتناء بالذات و الاستقلالية من خلال اكتساب المهارات الأساسية التي يحتاج إليها الطفل و هي متعددة نذكر منها:

_ عملية تناول الطعام و الشراب :

إن عملية تناول الطعام لها الأهمية و المكانة الأولى و الخاصة في حياة الطفل اليومية و العملية حيث يتوقف عليها نمو و تطوير الجوانب الأساسية الأخرى العقلية و الانفعالية و الاجتماعية بصورة صحيحة و في وقتها المحدد .إن معظم الأطفال يتعلمون القيام بتناول الطعام و الشراب مدفوعين إلى ذلك بقوة الغريزة و إشباع الحاجات الفزيولوجية و النفسية و بقوة الرغبة في الأكل و الشرب و إشباع حاجة الجوع و العطش ،لذا فان تعليمهم كيفية استعمال أدوات الأكل الضرورية مثل الملاعة يجب أن تحدث في الوقت المحدد مع الإشارة إلى أن الأطفال يتعلمون الأكل عن طريق م ا رقبة و تقليد ما يفعله الآخرون (نصر الله، 2008: 233).

استعمال المراض و قضاء الحاجة الشخصية:

عملية الإخراج و التخلص من الفضلات التي تتكون داخل جسم الإنسان تعد من العمليات الأساسية و ذات الأهمية الكبيرة لأن عدم التخلص من هذه الفضلات يؤدي الى تراكم مواد قد تكون سامة و عدم خروجها في الوقت المناسب مؤكد ستكون له نتائج صحيحة صعبة على الفرد لذا فان هذه العملية يجب أن تحدث دائما و بصورة سهلة حتى لا يكون لها تأثير صحي أو نفسي الذي قد يسبب الأمراض الجسدية أو النفسية في الم ا رحل الأولى من حياة الطفل و التي من الممكن أن تظهر تأثيراتها في المستقبل . و حتى نجنب الطفل الوقوع في هذه المشاكل يتوجب على الأسرة أن تقوم بتدريب و تعليم الطفل على الإخراج و استعمال المراض في المراحل الأولى من حياته حتى يستطيع أن يتعلم هذا ، و يتحكم فيها بصورة تامة بالاعتماد على نفسه .في العادة يتعلم الأطفال الأسوياء أولا الإعلان عما فعلوا

بعد فعله و لكنهم يتعلمون فيما بعد الإنذار و هم على وشك التبرز ، و في وقت لاحق يذرون و هم على وشك التبول. لذا فان تدريب الأطفال على استعمال المرحاض يهدف إلى:

- 1/ أن يعرف الطفل متى يحتاج إلى استعماله ،أي أن يكون مدركا لما يحدث معه من تغيرات داخلية ضاغطة تحتاج إلى استجابة و تنفيذ.
- 2/ أن يذهب بنفسه إلى المرحاض عندما يحتاج إلى ذلك استجابة للضغوط الداخلية التي تحدث لديه، و التي تبحث عن مخرج للوصول إلى الراحة الجسدية و النفسية.
- 3/ استعمال المرحاض بمستوى جيد من النظافة و مراعاة الشروط الصحية،أي أن يكون قادرا على استعمال المرحاض بالشكل الذي يحافظ فيه على نظافته الشخصية و نظافة المكان ،و التي تعد ضرورية لكي نستمر في المحافظة على الجوانب الصحية و الابتعاد عن الأمراض التي قد يكون المرحاض غير النظيف المصدر الرئيسي لها) نصر الله، 2008: 235).

الإعتناء بالذات و الاستحمام:

الاعتناء بالذات و النظافة الشخصية من الجوانب المهمة و الأساسية التي يجب على الأهل العناية بها لدى الطفل منذ المراحل الأولى لحياته حتى يتعلم كيفية القيام بها و العمل على تطويرها في المستقبل لأنه سوف يعيش في إطار المجتمع و يتفاعل معه، مما يتوجب عليه أن يظهر بمظهر لائق و مقبول . و حتى يستطيع ذلك يتوجب عليه أن يمتلك مهارات وقدرات القيام بالاهتمام و الاعتناء بنفسه من إغتسال و تنشيف جسمه و تنظيف أسنانه و تسريح شعره) نصر الله، 2008: 237)

مهارات اللبس:

إن مهارة ارتداء و خلع الثياب يعد من المهارات ذات الطابع الخاص و المميز و لكن حتى يستطيع الطفل القيام بها ،فيجب أن يصل في البداية إلى النضج الجسدي و

التحكم في العضلات المتنوعة و التي بدونها من الصعب انجاز أي مهمة أو تعلم ، و اكتساب أي مهارة من المهارات التي يحتاج إليها الطفل لانجاز هذه المهمة ، و النضج الجسدي يجب أن يكون متبوعا بالقدرات العقلية و الانفعالات التي تساهم مساهمة كبيرة في تعلم مهارة اللبس ، لأنها تساعد الطفل على التمييز بين أنواع الألبسة المتوفرة لديه و المناسبة لكل مناسبة.

و لعل أهم المهارات التي يحتاجها الطفل هي مهارة إنزال السروال و السروال الداخلي أو رفعه ، و تنويع اللباس حسب الوقت و الظروف الاجتماعية ، و حسب اختلاف أوقات النهار و الاستعمال ، و تعليم الطفل الملابس المناسبة للشتاء و برودته ، و متى يقوم بارتداء المعطف حتى لا يشعر بالبرد ، أو متى يتم ارتداء الملابس المناسبة للرسم ، اللعب بالمعجون أو الرمل ، ... الخ ، و التي تكون في العادة ملابس خاصة لكل نوع من أنواع العمل التي نقوم بها (نصر الله ، 2008 : 239).

ـ الخروج و التجوال و السلامة في الطريق :

عملية الخروج و التجوال مع الطفل و السلامة في الطريق بصورة عامة من العمليات الضرورية ذات الأثر الكبير على شخصيته ، لأن الخروج و التجوال يكشفه للآخرين و يجعله يتعرف عليهم و يتفاعل معهم ، الأمر الذي يحد الى درجة كبيرة من الذاتية و الأنانية التي تؤثر على سلوكه و تصرفاته مع الآخرين ، مما يوفر عليه الجهد و الطاقة الجسدية و النفسية في التعرف عليهم حينما يدخل المدرسة ، و تجعله يهتم كل الاهتمام بالتعلم و التكيف مع الأطفال الآخرين ، ولكن ما يحدث على أرض الواقع في معظم الحالات هو عدم اصطحاب الأهل لأولادهم و التجول معهم في الخارج أو زيارة الأصدقاء بصحبتهم و ذلك لأسباب قد تتعلق بإتباع البيئة و المحيط الذي يعيش فيه الأهل و العادات السائدة و المسيطرة عليهم . ولأن الأطفال في حاجة ماسة لاستعمال الطريق و السير عليه بمفردهم أو مع الآخرين

يومية

و دون انقطاع وجب على الأهل تعليم أطفالهم كيفية السير على الطريق و قطعها بصورة صحيحة و بعيدة عن الأخطاء والمخاطر قدر المستطاع لعبور الطريق بأمان(نصر الله ، 2008 : 240- 242)

مهارات الاستقلالية عند الأطفال ذوي إضطراب التوحد:

يكن الهدف العام من تدريب الطفل التوحدي على مهارات العناية بالذات في مساعدة الطفل على الانتباه بشكل مستقل لحاجاته اليومية الأساسية، فتأدية هذه المهام تسمح للطفل بتحقيق الاستقلالية في حياته اليومية.

أظهرت الدراسات أن الطفل التوحدي يعاني صعوبات في مهارات العناية بالذات في العديد من المجالات نذكر منها:

_صعوبات في الطعام والشراب :

من المشكلات الشائعة المتعلقة بالطعام والشراب لدى الطفل التوحدي عدم تناول الطعام

والشراب بطريقة صحيحة ، وهذا يتضح من خلال العبث في الوجبات التي تقدم له ، وأيضا العبث بالأدوات وعدم استخدامها بصورة سليمة ، وعدم الجلوس على المقعد أثناء تناول الطعام بطريقة صحيحة.

بالإضافة إلى مشكلة المزاج المفرط إما في الإصرار على تناول طعام معين ، أو الإصرار على أن يقدم الطعام ويرتب بنفس الطريقة على المائدة دون أي تغيير ، وقد يفسر ذلك على أنه شكل من أشكال السلوك الاستحواذي.

_صوبات في ارتداء الملابس وخلعها:

عملية ارتداء الملابس تمثل مشكلة كبيرة لأنها تعتمد على ارتداء الملابس وخلعها بصورة صحيحة ، ويجب أن يتم ذلك أمامه بالصورة الصحيحة ثم تقدم له المساعدة بعد ذلك عند الضرورة ، وفي مرحلة لاحقة يمكننا لفت انتباه الطفل وتوجيه اهتمامه إلى البطاقة

الملصقة على الثوب والتي تدل على الجهة الداخلية والجهة الخلفية للباس ، كما أن الأطفال التوحديين غالبا ما يكونون غير مدركين للملبس المناسب لحالة الجو السائدة في وقت ما، فاتهم يرتدون الملابس الداخلية الثقيلة في الصيف أو ملابس من القطن الخفيف في الشتاء ولذا يجب توفير نوع من الرقابة والمساعدة للطفل دون مضايقته.

_صعوبات في عملية الإخراج :

يمثل عدم القدرة على التحكم في الإخراج مشكلة كبيرة لدى بعض الأطفال التوحديين ، مما يحتم إجراء تقيديم دقيق لمعرفة أسباب التبول اللاإرادي أو عدم القدرة على التحكم في إخراج البراز، وقد يعود السبب في ذلك إلى تأخر اكتساب القدرة على التحكم في الإخراج ، وفي مثل هذه الحالات ينصح بتكثيف التدريب على استخدام الحمام.

_صعوبات في النظافة الشخصية:

تتضمن النظافة الشخصية غسل اليدين و الوجه ، و تجفيف اليدين والوجه بالفوطة ،تنظيف الأسنان بالفرشاة، وتمشيط الشعر، و وضع العطور والهدف من النظافة الشخصية تدريب الطفل للمحافظة على نفسه أنيقا و منظما و القيام بذلك بصفة مستقلة.

_الأمان بالذات:

أن من أسباب وقوع الطفل التوحدي في الخطر ، الحركة الزائدة ، والنشاط الزائد ، و ضعف قدرات الطفل، و جوع الأطفال يجعلهم يأكلون ويشربون ما تصل إليه أيديهم، وعدم معرفة الأطفال التوحديين بقواعد الأمان في المواقف المختلفة، وضعف خبرات الوالدين في توجيه أطفالهم، والتفكك الأسري ، والفقر الشديد للأسرة ، والطلاق ، وسفر الآباء الذي يجعل الوالدين منشغلين عن توجيه وتوفير الأجهزة والأدوات في المنزل مما تكون سببا في وقوع الأطفال في حوادث مختلفة سواء حوادث الغرق ، الكهرباء ، الاختناق ، التسمم ، الانزلاق والسقوط من الأماكن العالية ، الحرائق ، شرب الأدوية ، وغيرها

من الحوادث (بيومي، 2008 : 44-51).

الفصل الرابع : البرنامج العلاجي تيتش

1- تاريخ البرنامج العلاجي تيتش .

2- تعريفه .

3- الخدمات المقدمة عن طريق البرنامج .

4- مبادئ البرنامج العلاجي تيتش .

5- إجراءاته .

البرنامج العلاجي تيتش :

يعد برنامج العلاجي "teacch" من أشهر البرامج العلاجية و التربوية و السلوكية لأطفال التوحد ، فهو يساهم في مساعدة الأطفال التوحيدين لان يكونوا أكثر استقلالية من خلال مساعدتهم على تحقيقي فهم أفضل للعالم من حولهم ، حيث يركز على مهارات التواصل المناسبة و استقلالية شخصية خطوة بخطوة من خلال برنامج تعليمي منظم يهدف إلى تحسين تكيف الفرد من خلال بيئة مناسبة و يركز على الجانب السلوكي المعرفي الذي ينمي مهارات الطفل و يدرك جوانب ضعفه.

01-تاريخ برنامج: teacch

في بداية الستينات من القرن الماضي في كارولينا الشمالية carolline du nord بالولايات المتحدة الأمريكية ،نظمت مجموعة من المحليين النفسانيين لقاء مع أطفال المصابين بالتوحد و أولياؤهم لتقديم مجموعة من التدخلات العلاجية القائمة على مبادئ السيكودينامية حيث حضر ذلك اللقاء "اريك شوبلر". "أستاذ بجامعة كارولينا الشمالية بشابل هل chapel hill حيث شارك في برنامج العلاجي الجماعي للأطفال التوحيدين الذين يستطيعون التعبير عن مشاعرهم بكل حرية و علاج جماعي أيضا للأولياء الذين يعتبرون السبب الرئيسي لاضطرابات أطفالهم لكن ذلك البرنامج فشل في الأخير لان الاضطرابات هؤلاء الأطفال زادت حدة و سلوكياتهم الشاذة تضاعفت و لم يستطيعوا التعبير عن ما بداخلهم . وهذا ما دفع "e.schopler" و زميله "r.riechler" إلى توجيه أبحاثهما في اتجاه آخر و ذلك من خلال الملاحظات الموضوعية المتكررة لسلوكيات الأطفال ، و بعدها وضعا علاقة مثبتة علمية بان إصابة الطفل بالتوحد لا يرجع إلى خلل وظيفي في علاقة

(طفل-أولياء) بل إلى خلل دماغي عضوي مجهول "anomalie cerebrale organique"
"d origine inconne"

و في سنة 1996 قام شوبلر و زملائه بتحضير مشروع بحث تحت رعاية institues
of mental heath (n.i.m.h)national حيث ارتكز المشروع البحثي على مشاكل
التشخيص و التقييم و المعالجة و المتابعة إضافة إلى:

-التعاون بين الأولياء و الأخصائيين في الصحة لجمع كل المعلومات التي تخص
الطفل المصاب بالتوحد

-الشرع في تطبيق برنامج العلاجي الفردي لكل طفل و تطويره.

-تعليم الأولياء طرق و تقنيات التدخل العلاجي حيث الهدف منه تسهيل التواصل
بينهم و بين أطفالهم

وفي سنة 1982 أثمرت جهود شوبلر و زملائه بإنشاء "division teacch" و هو
أول برنامج حكومي أمريكي للتشخيص و العلاج و البحث في تربية الأطفال المصابين
بالتوحد و عائلاتهم ، و كان الهدف الأساسي من ذلك كله هو تحسين نوعية الحياة لهؤلاء
الأطفال مع عائلاتهم في المنزل أو في المدرسة و دمجهم في المجتمع .

وقد عرف هذا البرنامج شهرة كبيرة في الولايات المتحدة الأمريكية مثل ما قال
"mesibov" في كتابه: "le dife du programme teacch" هو مثال نادر عن برنامج
ممول من الحكومة الفدرالية و متبني و مطور من طرف الدولة "division teacch" الوحيد
و الشرعي الذي يخدم الأشخاص التوحديين و أوليائهم في كل ولاية كارولينا الشمالية.

02-تعريف برنامج teacch:

Teacch هي اختصار ل: (treatment and éducation of autistic and related communication handicapped children)

و تعني علاج و تعليم الأطفال المصابين بالتوحد و إعاقات التواصل وهو برنامج حكومي (programme d'état)

تم تصميمه من طرف Eric schopler في كارولينا الشمالية بالولايات المتحدة الأمريكية حيث عرف رسمياً سنة 1982 و قد جاء هذا البرنامج لعلاج الأطفال و الكبار المصابين التوحد و إعاقات التواصل و تقديم المساعدة لأسرهم في قسم علم النفس بجامعة ولاية نورث كارولينا الأمريكية و تدريب العاملين و الباحثين في 03 مجالات:

-التربية و التعليم للآباء و الأمهات مع الطفل في المنزل .

-مساعدة مؤسسات المجتمع لتوفير الجو الصحي و النفسي المساند للأسر و أطفال التوحد

-كما يوفر أدوات التشخيص و إعداد برامج التعليم الفردي لطفل التوحد و برامج تنمية القدرات الاجتماعية

و يعطي برنامج teacch اهتماما كبيرا للبناء التعليمي للعلمية التعليمية "structured Learning" الذي يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية و الاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص التوحد ومن أهم الوحدات البنائية التي يقوم عليها برنامج teacch:

-تنظيم الأنشطة التعليمية -تنظيم العمل-جدول العمل.

-استغلال وظيفي متكامل للرسائل التعليمية

و يمتاز برنامج teacch بأنه طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك فقط بل تقدم تأهيلا متكاملًا للطفل كما تمتاز بأنها طريقة مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل .

3-الخدمات المقدمة عن طريق برنامج :teacch

3-1 التشخيص و التقييم:

ويتم من خلال عدة تقييمات المتمثلة في :

*تاريخ الحالة

*الملف الطبي و المدرسي

*ملاحظات السلوكيات

*المقابلة مع الأولياء

و هناك تقييمات أخرى عن طريق السلاالم التشخيصية و التقييمية مثل :

مقياس مستوى التوحد لدى الأطفال (Child autism rating(cars) حيث يعتبر هذا المقياس من أهم الأدوات التشخيصية في مرحلة الطفولة وضعه.

"shopler" وزملاؤه عام 1988 ويقيس هذا المقياس المفحوصين وفقا ل 15 مؤشرا و

هي:

1_ العلاقات الاجتماعية .

2_ التقليد.

3_ الاستجابات الانفعالية.

- 4_ استعمال الجسم.
- 5_ استعمال الأشياء.
- 6_ التكيف مع التغيير.
- 7_ الاستجابة البصرية.
- 8_ الاستجابة السمعية.
- 9_ استجابات الشم، الذوق، اللمس.
- 10_ الخوف و الحصر.
- 11_ الاتصال اللفظي.
- 12_ الاتصال غير اللفظي.
- 13_ مستوى النشاط و الفعالية .
- 14_ ثبات الاستجابة العقلية و المعرفية .
- 15_ انطباعات عامة.

اختبار pep psycho éducation profile

وهو عبارة عن اختبار تعليمي مساعدة لوضع الخطة التربوية العلاجية وضعية شوبلر عام 1988 و بعدها تم ادخال عدة تعديلات عليه و عرف per-r سنة 1988 ، حيث اصبح يتكون من 184 بندا معظمها ادائية و تنقسم الى قسمين :

سلم النمو : يضم 141 بندا و قيس 8 محاور تخص النمو و هي :

1_ التقليد

2_ الإدراك

3_ حركة العضلات الدقيقة

4_ حركة العضلات الكبيرة

5_ تآزر اليد و العين

6_ الأداء المعرفي العلمي

7_ الأداء المعرفي اللفظي

سلم السلوك: يضم 3 بندا و يقيس 4 مجالات سلوكية و هي:

1_ الارتباط الوجداني

2_ اللعب

3_ الاستجابات الحسية

4_ اللغة

(schopler et al. Traduction c. Trehin 1994 .pp25-28)

و هذه الأداة هي اختبار فردي لا تقتصر فائدته على التشخيص و لكنه يعطي صور متكاملة profile عن مستويات النمو و السلوكيات الشاذة بالإضافة إلى برنامج متكامل موجه إلى الآباء و المدرسين لتأهيل الطفل و تدريبه ، كما تستخدم نتائج إعادة تطبيقه في تقويم و قياس مدى تحقيق البرنامج الذاتي التعليمي لأهدافه بشكل دوري خلال مراحل التنفيذ .(إبراهيم محمود بدر، 2004ص،ص55،56)

2-3 الإدماج المدرسي :

و ذلك يتم في أقسام teacch المتواجدة في المؤسسات العادية العامة حيث يضم كل قسم من 5 إلى 7 أطفال يشرف عليهم معلم خاص بالتربية و مساعدة و يجب توفر بناء منظم لإطار عملية التدريس و التربية و ذلك عن طريق تنظيم المكان الذي يتم فيه العمل أي (القسم) فهذا يسمح للطفل بالتعريف على واجباته و ذلك في الربط بين المكان المتواجد فيه وما ينتظره من عمل ، و تنظيم الوقت حسب النشاطات و تحفيز الطفل على المشاركة في القسم (اختبار النشاطات، اللعب بتلقائية، مشاركة الأطفال الآخرين في النشاطات...) (a.b perrot et g le lord 1991.pp24-25)

وفي نفس الوقت يمكن استدعاء أطفال عاديين إلى الأقسام الخاصة لمساعدة أقرانهم المعاقين و ذلك بمشاركتهم في الألعاب الجماعية المنظمة من طرف المعلم و تعد هذه الطريقة الأفضل لدمج الأفراد المعاقين مع الأطفال العاديين.

(schpler et al traduction c . milcent 2002pp159-160)

و هناك أقسام لجميع المستويات (تحضيرية-ابتدائي-ثانوي) و في الأقسام الثانوية يكون الاهتمام منصب أيضا بالأعداد الوظيفي المهني أما الأقسام التحضيرية فإنها تمكن الأطفال الصغار من التعلم الأولي و تحقيق مبكر للتطور نحو الاستقلالية الذاتية

4- مبادئ برنامج: teacch

يقوم برنامج teacch على مجموعة من المبادئ الأساسية التي يعتمد عليها في بناء محتوى البرنامج العلاجي و صياغة أهدافه و يمكن تلخيصها في نقاط التالية:

1- الغرض الأساسي من التدخل العلاجي هو تحقيق توافق الطفل عن طريق تحسين مهارات الشخصية و معالجة نواحي القصور التي تفرضها عليه إعاقة التوحد.

2- إجراء عمليات التقييم الرسمي (الذي يتطلبه إعداد برنامج تعليمي فردي) لقدرات و مهارات الطفل عن طريق استخدام أداة قياس توحد الطفولة (cars) و البرو فيل النفسي المعدل (pep-r)

3 يعطي البرنامج للعلاج المعرفي السلوكي أولوية كبيرة

4- يركز البرنامج على تقبل نواحي القصور و العمل على معالجتها عن طريق عن طريق تنمية المهارات الأساسية و لا يتعامل البرنامج مع جانب واحد فقط كاللغة أو التواصل الاجتماعي و لكنه يقدم تأهيلا متكاملًا للطفل.

5- استخدام الوسائل البصرية لدعم أنشطة التدريس لزيادة فاعليتها و معالجة القصور في إدراك و تفاعل طفل التوحد مع المثيرات السمعية.

6- الاستفادة القصوى من الاستشاريين من متعددي الخبرات و الخلفيات العلمية.

و يعطي برنامج teach اهتماما كبيرا للبناء التنظيمي للعملية التعليمية و الاجتماعية عن استخدام أكثر فعالية للقدرات العالية للتعامل مع المثيرات البصرية التي يتميز بها الطفل التوحد.

6- إجراءات برنامج شوبلير :

يعتبر التعليم من أهم الركائز الأساسية التي ينطلق منها البرنامج وهو المرحلة التي تضمنت النقاط الثلاث الأولى لبداية تطبيق البرنامج ، وجاءت هاته النقاط الثلاث كما يلي :

-في البداية يكون العمل على تقييم التطور الحاصل في مؤهلات العجز عند الطفل في مختلف النطاقات

العمل التوجيهي .

-على أساس هذا العمل التقييمي نحدد الاستراتيجيات التعليمية لتحقيق الغايات والأهداف الآجلة .

-نحقق الأهداف باستعمال عناصر البرنامج التربوية الفردية والنشاطات التعليمية الخاصة.

(choupler ,1998 ,p25)

وقد أكدت الدراسات أن أداء الأطفال التو حديين ودرجة تقدمهم يرتفعان ويتحسنان عندما يكونون في بيئات منظمة .

ويعتمد التعليم المنظم على الركائز التالية وهي :

-تكوين روتين محدد .

-تنظيم المساحات.

-الجدول اليومية.

-التعليم البصري .

وقد ركز شوبلر في برنامجه التعليمي هذا على 10 نقاط أساسية لتساعد العاملين بالبرنامج في :

-النشاط التعليمي له مع الأطفال التو حديين ، حيث خصص لكل عرض مجموعة من التمارين والأنشطة .

-التعليمية التي تطبق بصورة فردية على الأطفال المنوضين تحت برنامج تيتش والذي أثبت نجاحها .

- كل تمرين له توجيهات خاصة لطفل محدد ولا يمكن تطبيقها على طفل آخر دون إجراء تعديلات من هنا يكون لكل طفل نشاطاته الخاصة به حسب العمر العقلي له وما يمكن انجازه مع المدرب أو الوالي القائم على تعليمه . وكانت هاته التمارين في النقاط التالية :

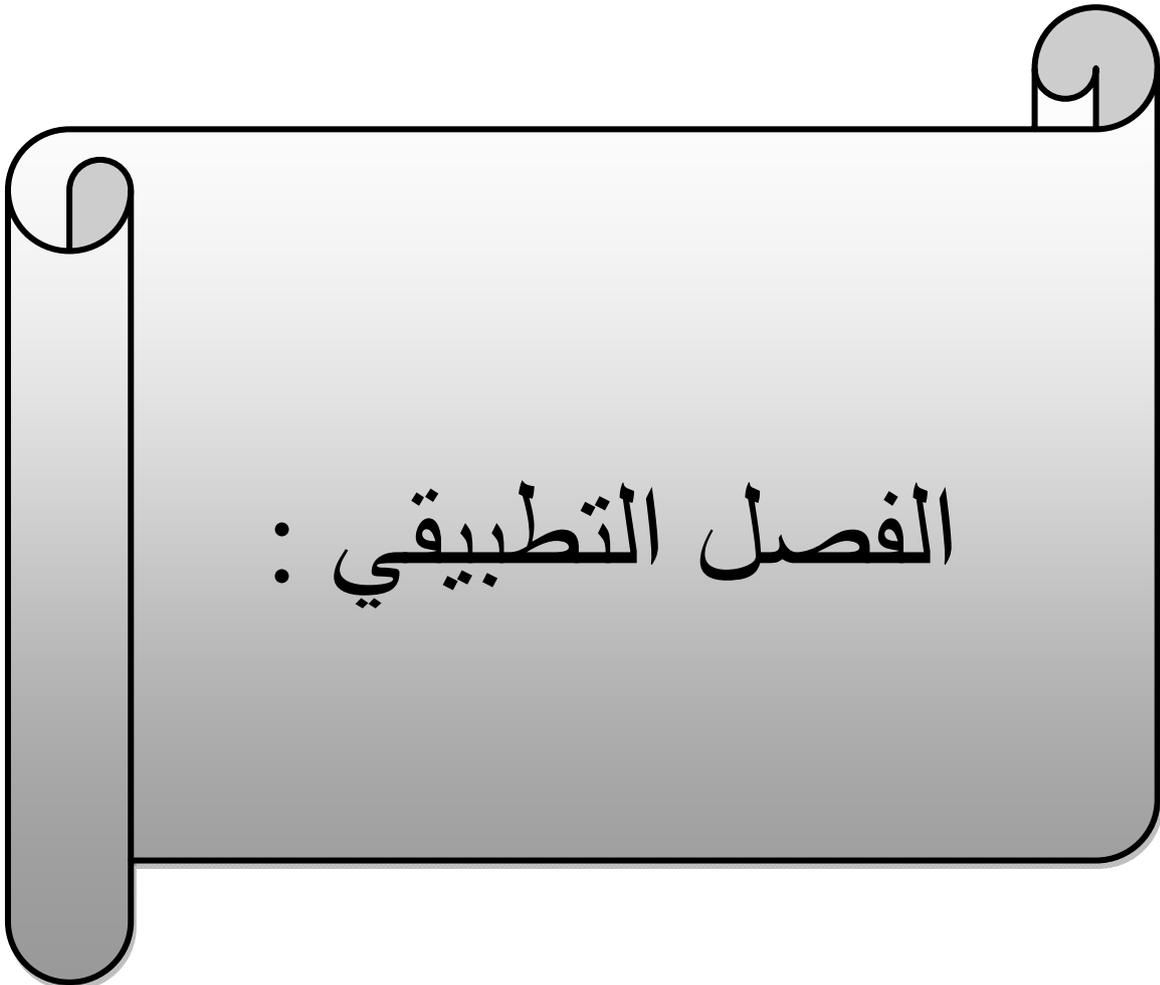
-التقليد ، الحواس ، الحركة العامة ، الحركة الدقيقة ، التنسيق بين اليد والعين ، الادراك المعرفي ، الكفاءة اللغوية ، الاستقلالية ، التألف الاجتماعي ، السلوكيات .

ان نواة هذا البرنامج تعتمد على انجاز نشاطات على الطاولة لمدة تتراوح ما بين 15 دقيقة وساعة ، وهذه المنهجية هي ثمرة لخبرة طويلة وهي موجهة لتشجيع مستعملها على تطبيقها لتحقيق ما يصبو إليه الطفل .

اختلفت الأساليب العلاجية و التدريبية المستخدمة في علاج الأطفال التو حديين باختلاف توجهات أصحابها و باختلاف النظريات القائمة عليها ، و لكن هدفها كان واحدا ؛ وهو تسهيل التواصل مع الأطفال و تحسين مستوى أدائهم التكيفي ، وتخفيف آثار هذا الاضطراب . ويعتبر التدخل المبكر في تنفيذ البرامج و التأهيل المناسب لهؤلاء الأطفال عاملا أساسيا يوفر فرصا اكبر للتحسن لان التأخر في التكفل بالأطفال التو حديين قد يحد من فعالية البرامج التدريبية و التعليمية و العلاجية المقدمة ، كما انه يجدر الإشارة إلى انه قد يستخدم أسلوب واحد في علاج هؤلاء الأطفال كما يمكن دمج عدة أساليب

لعلاج طفل واحد





الفصل التطبيقي :

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد .

1-أهداف الدراسة الاستطلاعية .

2-أدوات الدراسة الاستطلاعية .

3-منهج الدراسة .

4-حدود الدراسة .

5-حالة الدراسة .

6-صعوبات الدراسة .

تمهيد:

يعتبر ضبط الإطار المنهجي للدراسة من المراحل الأساسية التي تخضع لها الدراسات العلمية ، ومنه يجب التذكير بتساؤل الدراسة للانطلاق منه والولوج في موضوع البحث وعرض الإجراءات المنهجية المتبعة . وقد كان التساؤل على الشكل الآتي :

هل يمكن تنمية بعض المهارات السلوكية (التقليد ، الاستقلالية) نموذجاً وفق البرنامج العلاجي تينش للطفل التوحدي المطبق عليه سابقاً ؟

1- أهداف الدراسة الاستطلاعية :

تمثلت أهداف الدراسة الاستطلاعية في:

- الكشف عن أهم الصعوبات التي قد تواجه الباحثة .
- اختيار حالة الدراسة .
- الاطلاع على أهم البرامج العلاجية و التدريبية التي تم تناولها.
- الاطلاع على قوائم التقدير للمهارات السلوكية عند الطفل التوحدي المطبقة على الحالة (م) سابقاً لمعرفة المهارات المتمتات .
- خطوات الدراسة الاستطلاعية :

لقد حاولت الباحثة في بداية الدراسة الاستطلاعية القيام بدراسة مسحية مصغرة من أجل التعرف على أهم العيادات والمراكز التي تتكفل بشريحة الأطفال التوحيديين بولاية بسكرة ، حيث تم اختيار عيادة حساين عفاف الواقعة بحي 700 ب بسكرة التي قد تم افتتاحها بأكتوبر 2015 م .

وقد تمثلت إجراءات الدراسة خطواتها في:

- التوجه لعيادة التواصل للأخصائية النفسية حساين عفاف الواقعة ب بسكرة 700 واستقلال شلي لكون الطفل محمد (م . ح) كان يعالج وفق البرنامج العلاجي تينش العام الماضي والعام الحاضر عند حساين عفاف للقاء فريق العمل وتوجيه بعض الأسئلة المتعلقة بجوانب الضعف الشائعة عند هؤلاء الأطفال التوحيديين في سلوكياتهم عموماً و في مهارتي

التقليد و الاستقلالية خصوصا لدى الطفل محمد (م،ح) ، وكذلك بخصوص المهارات التي تحتاج فعلا إلى التدخل .

-حضور بعض الجلسات التي يقوم بها فريق التكفل مع الأطفال التوحيديين ، من أجل التعرف على منهجية العمل التي ينتهجها الفريق في تعليم و تدريب الأطفال ، ومن جهة أخرى التعرف على الأطفال و خلق علاقة طيبة معهم خاصة محمد من بينهم، و ملاحظة سلوكياتهم وطريقة أدائهم من أجل التعامل معهم بالطريقة الأنسب و الأصح.

-الاطلاع على أهم البرامج العلاجية التدريبية الخاصة بالأطفال التوحيديين كبرنامج تيتش " TEACCH " ، و برنامج التواصل من خلال تبادل الصور " PECS "

-بعد القيام بالخطوات السابقة تم تحديد أهم جوانب القصور لدى الطفل محمد و خاصة في مهارات التقليد و الاستقلالية أختار المهارات التي أريد تنميتها .

2-أدوات الدراسة الاستطلاعية :

1-الملاحظة:

الملاحظة الإكلينيكية أداة هامة و أساسية في تقييم العميل ، تهدف إلى جمع بيانات يصعب جمعها بأدوات أخرى ، أو إلى استكمال بيانات في تقييم متعدد الجوانب و الأدوات (ملبحة 2010،163) ،و قد اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على أسلوب الملاحظة المباشرة .

-الطفل المصاب باضطراب التوحد محمد توحد متوسط بدرجة 43 عمره 10 سنوات على مقياس التقدير الطفولي cars ،وقد استغرقت الملاحظة 3 ساعات و 30 دقيقة لمدة أسبوع 30دقيقة للحصة الواحدة ، وقد تم إجراء الملاحظة لمحمد بقاعة مخصصة للأطفال التوحد بعيادة التواصل حساين عفاف

و قد دارت عملية الملاحظة حول المحاور التالية:

المهارات السلوكية : من خلال ملاحظة الطفل مع التركيز على مهارات

التقليد،الاستقلالية،التواصل البصري مع الآخر، الانتباه و التركيز، التفاعل مع الآخر .

السلوك : و طرق التعامل مع السلوك العدواني (العنف نحو الغير ، أو إيذاء الذات) ،

النشاط الزائد ، الحركات النمطية الغريبة ، الضحك بدون سبب ،رفض العمل..

ملاحظة القدرات الأدائية للأطفال التوحيديين (من خلال القيام ببعض النشاطات المقدمة إليهم).

2- المقابلة:

هي محادثة تتم وجها لوجه بين العميل و الأخصائي النفساني ، غايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها الأول ، و الإسهام في تحقيق توافقه ، ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج (بوسنة ، 2012 ، 07) و المقابلة أيضا يمكن النظر إليها بوصفها تعلمًا تفاعليًا ، ذلك انه من المحتم أن يحدث بعض التعديل في سلوك كل من طرفي المقابلة من خلال تفاعلهما (مليحة ، 2010 ، 124)

المقابلة العيادية النصف موجهة:

وهي الأداة التي اعتمدت عليها الطالبة بشكل كبير، زيادة على الملاحظة حيث نعرفها من خلا هذا المفهوم: "هي التي تعتمد على قدرات الأخصائي الذي يقوم بها ، خلال خلق جو ملائم من الثقة المتبادلة و المشجعة من اجل التفاعل الايجابي و المستقل ، كما تعتمد على شخصية الأخصائي النفسي و خبرته". (رجاء محمود أبو علام، 2001، ص427) و قد اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على أسلوب **المقابلة نصف الموجهة** مع أم الطفل التوحدي (م) و كذلك مع فريق العمل القائم على تدريب و تعليم الأطفال التوحيديين المكون من : الأخصائيات النفسائيات الثلاث .

و قد هدفت المقابلة إلى :

- التعرف أكثر عن مدى تواصل الطفل التوحدي مع الآخرين خاصة الأم التي هي العنصر الأساسي في عملية العلاج لبرنامج تيتنش .
- حيث قسمت أسئلة المقابلة ل3 محاور وهي : المحور الأول عن تقييم الأم لرعاية طفلها ،والمحور الثاني عن تقييم الأم لسلوكيات طفلها مع الآخرين ، أما المحور الثالث عن تقييم الأم للبرنامج العلاجي تيتنش .
- الكشف عن نقاط قوته و ضعفه ، وذلك من خلال المقابلة مع الأخصائيين وأم محمد ، وكذا المقابلة مع محمد من خلال تقييم بسيط باستخدام ألعاب تربوية .

3-منهج الدراسة :

تعدد مناهج البحث باختلاف ظاهرة الدراسة، لذلك فاختيار المنهج الأنسب يعتبر أساس نجاح البحث .ونقصد بالمنهج أسلوب التفكير والعمل، يعتمده الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها، وبالتالي الوصول إلى نتائج معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة (عليان ، 2000 ، 33)

ونظرا لطبيعة الدراسة تنمية بعض المهارات السلوكية (التقليد ، الاستقلالية) نموذجا للطفل التوحيدي المطبق عليه البرنامج العلاجي تيتش مسبقا وفق مهارات البرنامج لكن بمنهج دراسة حالة منهج عيادي ليس تجريبي .

يعد المنهج العيادي أحد المناهج المهمة والأساسية في مجال الدراسات النفسية ، و لقد اعتمدنا عليه لكونه المنهج الملائم لطبيعة فرضيتي وموضوع الدراسة من جهة .

و المنهج العيادي هو بمثابة الملاحظات العميقة والمستمرة للحالات الخاصة والذي من خصائصه دراسة كل حالة على انفراد. (Ronald , 1983 , p 21)

المنهج العيادي على أنه : تناول السيرة من منظورها الخاص ، و كذلك التعرف D. "

Lagache" ويعرف على مواقف و تصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك

التعرف على بنيتها وتركيبها، كما يكشف الصراعات التي تحركها و محاولات الفرد لحلها.

(Chahraoui et Benony, 200, p 16)

ويقوم هذا المنهج على دراسة الحالة باعتبارها الطريقة الأنسب للفهم الشامل للحالة الفردية و للحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن المفحوص.

فدراسة الحالة " حسب مصطفى عبد المعطي "هي نوع من البحث المتعلق بالعوامل المعقدة التي تساهم في فردية

وحدة اجتماعية ما، فعن طريق استخدام عدد من أدوات البحث و بالإطلاع على الخبرات الماضية للحالة وعلاقتها بالبيئة وبعد التعمق في العوامل والقوى التي تحكم سلوكها و تحليل نتائج تلك العوامل وعلاقتها ،يستطيع الفاحص أن ينشئ صورة متكاملة عن الحالة .

4-حدود الدراسة :

الحدود المكانية : أجريت الدراسة بعيادة التواصل حساين عفاف المتخصصة بأطفال التوحد بولاية بسكرة 700 .

الحدود الزمنية : بعد تعديل الموضوع للمرة 4 نظرا لظروفي الشخصية مرض الوالدة من شهر نوفمبر إلى يومنا هذا بدأت الموضوع معدل من مارس إلى غاية شهر ماي

الحدود البشرية : حالة محمد من ولاية بسكرة توحد متوسط عمره 10 سنوات مشخص عام 2010 ومطبق عليه البرنامج العلاجي تيتش مسبقا .

5-حالة الدراسة :

الحالة (م) ذكر يبلغ من العمر 10 سنوات ، الوحيد لأمه. مستوى اقتصادي جيد .
مستوى الأم : مهندس دولة في الري .طالبة في علم النفي عيادي سنة 3 جامعي العام
الحاضر . مطلقة ب (م) فقط

المشكلة التحدث عن الأعراض :

نتحدث عن الحالة النفسية لأمه في فترة الحمل تعرضت لضغوط ومشاكل مع الزوج ،
عانت نوعا ما الأم (ش) ...ولادة قيصرية بدأت ظروف الطلاق بعد الولادة ، رضاعة
3 أشهر فقط ثم رضاعة اصطناعية ، مناغاة حبو جلوس نمو حس حركي عادي بعض
الشيء ، لا يعرف والده لحد الآن ظهرت اللغة في عامين ثم تراجع ،علامات التوحد المبكرة
الدوران أي شيء يلعب به يقوم بتدويره ،يلعب لوحده بلعبة واحدة فقط حب التعلق بالأشياء
لساعات طويلة، في سن الثالث من عمره بدأت الرفرفة باليدين وأصوات غريبة ، في سن
الرابع من عمره اشتدت الأعراض ظهرت أيضا اضطرابات الأكل والإخراج، كان يمرض
كثيرا ، ظهرت بعدها السلوكيات الشاذة ، وعند بدأ التكفل العلاجي تخلص من الحفاظة
،اللبس والنظافة من 5 سنوات ل 10 سنوات تعلم بعضها الحمد لله تحت إشراف الأم
والأخصائيات أن ذاك بعبادة استقلال شلي العامين الماضيين وبعضها نمينا منها بعض
الشيء الحمد لله في عبادة التواصل لحساين عفاف .

تحليل الحالة:

الحالة محمد طفل توحيدي عمره 10 سنوات بدأت الأعراض منذ عامين ، من خلال
ملاحظتي له من خلال المقابلة عند مناداته يستجيب بنسبة قليلة غير مستمرة و يبحث عن
الوحدة (انطوائي) ، و من جهة التواصل البصري فهو موجود لكن غير مستمر (بدون
تركيز) و له أيضا سلوكيات غريبة (الرفرفة ، كلام غير مفهوم، تدوير العجلة و أشياء
أخرى و هذا ما يسمى بالتمطية التكرارية ، كما يضحك و يبكي دون سبب مما يتبين عليه
القلق الشديد كما انه يصرخ بشدة ، عدوانية ذاتية يسد أذنيه عند سماع أصوات عالية هذا
من جهة و من جهة أخرى فهو يستجيب الأوامر بنسبة قليلة و يميز بين الأشياء و نوعا ما
عنده حب التقليد .

أجريت عدة مقابلات مع الطفل محمد ترجمت في جلسات عيادية :

الجلسة من 01 الى 06 جلسات:

الجلسة الأولى:

تمثلت في : -التعرف على الأطفال و جمع بياناتهم ، و التعرف على المهارات السلوكية لديهم و طرق التواصل معهم و المعززات التي يفضلونها بهدف تهيئة الطفل للبرنامج و بث روح الألفة بين الباحثة و الطفل.

ثم-التقنية الأولى التي تطبق مع الطفل التوحدي هي تقنية الجلوس على الكرسي والمداعبة قصد الإحساس بالأمان وخلق المودة والحب بيني وبين محمد كالاختضان للعب معه فيما يحب .

-المطابقة و تقنية التأزر البصري عن طريق لعبة بالملاحظة (لعبة عبارة عن لوحة بها 12 خانة بقطع لعبية بها رسومات حيوانية و كل حيوان زوجه المطابق) مثلا أقول لمحمد هذه دجاجة ارفع قطعة الدجاجة و طابقها مع زوجها الآخر عن طريق الملاحظة للطفل خجل مبالغ فيه أقول له هذه دجاجة حطها في مكانها رفض لم يرد إلا إن مسكت بيدي لكي يضع الدجاجة في مكانها (يحتاج إلى المساعدة دائما)طريقة مسكه للاصقات بالكف ليست بالأصابع كالأطفال العادين ، و عند شروده لابد من الطرق على الطاولة كي يركز مع التعليلة المتناولة عندما أقول له أعطيني لكن ينظر إلى الفوق كثيرا لا يركز مع الأشياء جيدا لا يستطيع الجلوس على الكرسي لفترة طويلة ، يتحرك كثيرا بصورة تكرارية أصوات غير مفهومة .

3-جلسات متابعة لمدة شهرين:قمنا فيها بتنمية بعض المهارات السلوكية من المهارات الحياتية (الاستقلالية) نموذجا مع العلم مطبق عليه تيتش وتتماشى العيادة على البرنامج العلاجي تيتش أنا بدوري مساعدة للأخصائية فقط في تنمية المهارات الحياتية الأخصائية

هي التي بنت قوائم البرنامج العلاجي لتعديل السلوك أنا فقط أتماشى على الخطة وأطبق مع الطفل وألاحظ فمن بين المهارات التي عملنا على تنميتها مع (م) :

01-تقليد استعمال الشفتين ، 02-الرسم بالخريشة ، 03-مشط الشعر ، 04-غسل الوجه ، 05-غسل الأسنان ، 06-تقليد الأصوات الصادرة عن الألعاب ، 07-دحرجة الكرة ، 08-الأخذ والعطاء ، 09-تحريك الذراعين للأعلى ، 10-لمس الشعر ، 11-لمس العينين ، 12-لمس الفم ، 13-لمس الأذن ، 14-تقليد شكل دائرة بالعجين، 15-تقليد صوت الكلب ، 16-ارتداء اللباس ، 17-غسل الأيدي قبل الأكل ، 18-استخدام المراض الطبيعي ، 19-تناول الطعام والشراب ، 20-طي الأوراق .

كل مهارة بجلستين مدة شهرين و 10 أيام من مارس إلى غاية شهر ماي ، مع وجود استراتيجيات معززة تتمثل كالآتي :

_المعززات الأولية:مثل الشراب و الطعام و الحلوى .. الخ.

_المعززات الثانوية : مثل النقود أو مشاهدة فيديو ،اللعب بلعبة يفضلها ،الخروج في نزهة ... الخ.

_المعززات الاجتماعية:ومنها المدح و الابتسامات و القبلات و احتضان الطفل.

_معززات مثيرة للانتباه:ومنها اللعب والدمى والأنشطة والموسيقى والألوان المبهرة وغيرها من المثيرات .

المهارة الأولى:تقليد استعمال الشفتين

أقوم بتحريك شفثاي وإلحاح النظر إليه كي ينتبه ، ينظرا لي كيف أحرك شفثين وإذا لم يستطع أساعده بالابتسامه والنظر لي .حصتين الجلسة 15 دقيقة ، التعزيز يكون بالتصفيق جيد ، برفو ، العناق مثلا

المهارة الثانية : الرسم بالخريشة

وسائل : ورقة بيضاء ، قلم رصاص مبري جيدا ، طاولة العمل .

أرفع القلم ثم أضع الورقة ثم أكتب في الورقة 3 خطوات ، وأقول لمحمد قم بالخرشة على الورقة قلدي كيفما أفعل . عندما لا يستطيع حمل القلم بمفرده وضبط تقنية الخريشة أساعده يرفع (م) القلم ، ثم الورقة ، ثم يقوم بالخرشة على الورقة بمحض يقوم بالخرشة أشجعه بحة حلوى مثلا والتصفيق .جلستين 20 دقيقة لكل حصة

المهارة 3:مشط الشعر

الأدوات المستعملة :مشط ، مرآة

خطوات : جلوس أمام مرآة ، حمل المشط من فوق الطاولة ، رفع اليد محمولة بالمشط قصد تمشيط شعر الرأس .

أقوم بمشط شعر محمد وأقول له امشط شعرك لمفردك أقوم بالعملية مرتين ثم أمره بمشط الشعر لمفردة قصد اكتساب المهارة .جلستين 20دقيقة لكل حصة

التعزيز :نلعب لعبة الكرة سويا يحبها كثيرا هو والدرجة .

المهارة 4 غسل الوجه :

الأدوات المستعملة : مغسلة في متناول الطفل حنفية ، صابون ، منشفة

أمسك قطعة الصابون طبعا محمد برفقتي وأقوم بفتح صنوبر المياه ثم أفرك يدي بالماء والصابون أقوم بغسل وجهي أمامه ثم أغسله بالماء ،ثم أحمل المنشفة وأنشفه ، ثم أمر محمد بغسل وجهه بمفرد وأقوم بمساعدته مرتين كي تتسنى له الخطوات .

جلستين 30 دقيقة لكل حصة . التعزيز : أكلة التي يحبها

المهارة 05 غسل الأسنان :

الأدوات المستعملة :مغسلة مجهزة ، فرشاة أسنان ، معجون ، فوطة .

الخطوات : وضع القليل من المعجون في الفرشاة ، فرك الأسنان بالفرشاة ، التمضمض والتخلص منه ، تنظيف الفرشاة ووضعها في مكانها .

أقوم بتمثيل المهارة ، أطلب من الطفل تهيئة الفرشاة ووضع المعجون فيها ، يقوم الطفل بالمضمضة والتخلص من ما في فمه داخل المغسلة ، أتدخل للمساعدة الجزئية إن لزم الأمر . جلستين 20 دقيقة لكل حصة .تعزيز اللعب معه .

المهارة 06 : تقليد الأصوات الصادرة عن الألعاب :

أدوات الاستعمال : طاولة عمل ،كرسي ، ألعاب تركيبية خشبية قصد إصدار الصوت .

الخطوات : أقوم أنا بحمل لعبة ورميها فوق الطاولة مرتين متتابة وأضعها في الطاولة ، أمر محمد برفع اللعبة ورميها كما فعلت أنا على الطاولة لإصدار الصوت ثم التقليد بإصدار صوت عن طريق اليد على الطاولة مثل صوت اللعبة .

جلستين 25 دقيقة لكل حصة . التعزيز لعبة تركيبية قصد الترفيه ، تصفيق ، أحسنت .

المهارة 07 درجة الكرة :

أدوات الاستعمال : كرة ، طاولة ، بساط اللعب .

أقوم برفع الكرة ووضعها على الطاولة ثم تحيكتها ببطء إلى أنت تتدحرج وتسقط على البساط ، وأمر محمد بتقليدي مثلما ما فعلت ، المساعدة هنا لفظية فقط لأنه نوعا ما يجيد التقليد

جلستين 20 دقيقة لكل حصة . تعزيز : إعطائه المشروب الذي يحبه .

المهارة 08 الأخذ والعطاء :

أدوات الاستعمال : لعبة ، طاولة عمل ، كرسي ، كرة لعب صغيرة أسفنجية ، نقود .

-أقوم بإعطائه اللعبة وأقول له محمد أعطني اللعبة .

-أقوم بركل الكرة بقدمي اتجاهه وأقول له أعطني الكرة بقدمك قصد التقليد ويعطيني إياه .

-أعطه قطعة نقدية وأقول له أعطني محمد نقودي .في كل هاته الحالات مساعدة لفظية

مرحة كي تتسنى له اكتساب المهارة بسهولة .

جلستين 45 دقيقة لكل حصة

المهارة 09 تحريك الذراعين للأعلى :

أقوم أنا بدوي برفع ذراعيا إلى الأعلى وأمره برفع هو أيضا ذراعيه ، ثم أقوم أنا بإنزالهما نحو

الأسفل بطريقة ملحة كي يركز معي ويقوم هو أيضا بإنزالهما نحو الأسفل .

المساعدة شفهوية أدائية . التعزيز : التصفيق، العناق ، جيد

15 دقيقة لكل حصة جلستين

المهارة 10 لمس الشعر :

أقوم بدوري بلمس شعره وأطلب منه لمس شعره بنفس الطريقة .

التعزيز : برافو .جلستين 15 دقيقة لكل حصة بطريقة متدرجة ومرحة

المهارة 11 لمس العينين :

أقول له محمد أين هي عيناك إنها هنا ها هي عيناك وأقوم بلمسهما قصد تقليدي والتعرف

على العينين كعضو من أعضاء جسمه وهي التي يرى بها ، فيقوم بلمسها وأقول له مرة

أخرى أين هي عينا محمد بطريقة مرحة كي يتعرف عليها بطريقة سهلة ، المساعدة أدائية لفظية .

طريقة متدرجة جلستين 15 دقيقة لكل حصة .

المهارة 12 لمس الفم :

أقوم بلمس فمي وأقول له أين هو فمك محمد وألمس فمه قصد ربط المفردة بالجسم فم وأقول له المس فمك محمد أين هو .التعزيز : جيد ، العناق .

المهارة 13 لمس الأننين :

أقوم بلمس أذنيه وأقول له هاهي أذناك محمد المسلي أذناك أين هي أذناك بطريقة مرحة .
جلستين 15 دقيقة لكل حصة . التعزيز : نلعب على البالون الأسفنجي الكبير والضحك .

المهارة 14 تقليد شكل دائرة العجين :

أدوات الاستعمال : عجين ، طاولة ، كرسي .

بطريقة متدرجة أن ينتبه محمد لي عند مسكي للعجين ووضعه بين كفي ، ثم متابعتة كيفية تشكيلي لدائرة العجين ، ويأتي دوره لتشكيل العجين ، مسك العجين بين يديه ، فرك العجين على شكل طولي ، ثم إصاق طرفي العجينة في بعضهما لتشكيل شكل عجينة .

تعزيز : تصفيق ، ابتسام ، حلوى .

جلستين 20 دقيقة لكل حصة

المهارة 15 تقليد صوت كلب :

الوسائل شريط فيديو مسجل في حاسوب ، ملصقة صورة كلب ، كرسي ، طاولة .

أقوم بتشغيل الفيديو وإجلاس محمد في كرسي بجانب طاولة التي تحتوي على الكمبيوتر الذي يحتوي على فيديو صوت الكلب وأقوم بتقليد صوته بطريقة مرحة قصد تقليد محمد لي بسهولة ، يشاهد محمد الفيديو كيفية نباح الكلب وأطلب منه تقليده مثله .

تعزيز : فيديو يحبه ترفيهي ، جيد ، أحسنت .

جلستين 25 دقيقة لكل حصة

المهارة 16 ارتداء الملابس قميص وسروال مثلا :

أدوات الاستعمال : ملابس ، دولا ب ، سلة بلاستيكية ، ألعاب خاصة بالفك والربط ، قطع قماش قصد إدراك الغاية (لعبة دمي تلبيس) ، سروال ، قميص .

أقوم بالتمييز الألبسة بين القميص والسروال وحملها من السلة ووضعها ، أولا لبس القميص لوحده بمراحل ، إدخال الرأس من فتحة القميص ، إدخال اليد اليمنى ، إدخال اليد اليسرى ، باليد والفتحة بيد الزر والفتحة ، إمساك الزر على التعرف إنزال القميص ثم قفل الأزرار ثم الفتح في الزر إدخال جهة تقابل الفتحة حتى بها التي للجهة جزئي الأخرى ، طي للفتحة ، مساعدة أدائية شفوية ، إلباس الدمية بإتباع نفس الأخرى الجهة من الزر إمساك المراحل إلباسها القميص تمثيلية مع محمد وأطلب منه لبس قميصه بالمساعدة إن تحتم باليدين السروال مسك -الأمر خاصة الخطوات الأولى عند إدخاله في الرقبة ، ثم السروال إدخال الرجل اليمنى و تمريرها في السروال ، إدخال الرجل اليسرى و تمريرها في السروال ، ثم القيام و السحب باليدين حتى الخصر. تأخذ وقتا كبير خاصة في التمثيلية قصد إيصال الفكرة جيدا .

تعزيز : تصفيق ، برافو ، اللعب لعبة تلبيس الدمي .

جلستين 45 دقيقة لكل حصة

المهارة 17 غسل الأيدي قبل الأكل :

أدوات الاستعمال : مغسلة في متناول الطفل حنفية ، صابون ، منشفة ، حمام .

فتح صنبور المياه ،تبليل اليدين، حمل قطعة الصابون،تحريك اليدين على قطعة الصابون لإحداث الرغو،إعادة وضع الصابون في مكانه، تشليل اليدين بالماء غلق الصنبور .

_حمل المنشفة،مسح اليدين بالمنشفة.

تعزيز : احتضان ، برافو ، لعب لعبة يحبها .

المهارة 18 استخدام المراض (التبول ، التبرز) :

أدوات الاستعمال : مكان حمام ، صابون ، دمي ، لوحات لصورة المراض قصد إيصال الفكرة ، منشفة .

أقوم بالإشارة إلى قضاء الحاجة من خلال الدمى وصور المراض ، ثم أنزع ملابس الدمية ، ثم أضعها على كرسي المراض ، أنتظر بعض الشيء ، ثم أغسل بالماء و إرجاع الملابس وغسل اليدين ، بالماء والصابون ،فتح الحنفية ، رغوة الصابون ثم الغسل ، والمسح بالمنشفة .أمر من محمد الذهاب لقضاء الحاجة بطريقة تدريجية ، الذهاب للحمام مع العلم محمد متعلم قواعد النظافة بعض الشيء لم أجد صعوبة كبيرة في هاته المهارة ، الدخول للمراض ، ثم فك الزر و إنزال السروال ثم الملابس الداخلية، ثم مساعدته في الجلوس على المراض والتبرز ، ثم فتح حنفية وتنظيف بالماء نفسه ،ثم إعادة لبس ملابسه تنظيف نفسه ، ثم إعادة ارتداء ملابسه الداخلية ثم السروال ،ثم غسل يديه بالماء والصابون، والرجوع لقاعة النشاطات .

التعزيز : التصفيق ، أحسنت ، الابتسامة ، حلوى التي يحبها .

جلستين 45 دقيقة لكل حصة .

المهارة 19 تناول الطعام والشراب :

أدوات الاستعمال : صحن للأكل ، كأس للشرب ، مطبخ ، طاولة ، ملعقة ، ماء وصابون ، أكل (لمجته) .

أقوم بغسل يدي أنا أولاً أطلب من محمد غسل يديه ،ثم اجلس على الكرسي بجانب طاولة الأكل المتواجدة بالمطبخ ، ثم اطلب من محمد الجلوس بجانبني ، ثم إتيان اللمجة والبدء بأكلها وأمر محمد بأكل لمجته بمساعدة أدائية لفظية ، ثم مسح الفم ، وشرب الماء بالكأس ملئه من القارورة بالماء ورفع باليد اليمنى وشربه .

تعزيز : إضافة لمجة أخرى ، تصفيق ، برافو ، إعطائه مشروب يحبه .
جلستين 25 دقيقة لكل حصة .

المهارة 20 طي الورق :

وسائل الاستعمال : ورقة ، طاولة عمل ، كرسي .

أقوم بطي ورقة على شكل عمودي ، ثم طيها للمرة الثانية ، أمر محمد بطيها مثلما فعلت أنا .

التعزيز : أحسنت ، إعطائه حلوى ، لعب .

جلستين 10 دقائق لكل حصة .

صعوبات الدراسة :

ظروفي الشخصية لم تسمح لي بإجراء تربيصي كما ينبغي واجهتني معانات وصعوبات كثيرة ، موضوعي الأول فاعلية البرنامج العلاجي تيتش للطفل التوحيدي بتنمية مهارتي التقليد والاستقلالية ، ظروفي لم تسمح لي كانت جد صعبة دخلنا للمستشفى الجامعي بن فليس التهامي رفيقة أمي من شهر جانفي إلى شهر فيفري، بدأت بتربيصي في شهر مارس بعيادة التواصل حساين خاصة أنا من القنطرة وتربيصي بولاية بسكرة والوالدة مريضة طريحة فراش أنا من أقضي لها حاجاتها 3 أشهر معاناة كبيرة لكن الحمد لله تحديت كل الصعوبات لحي لأطفال التوحد سنتين ونصف أعمل معهم أحب هاته الفئة على الرغم أصعب اضطراب لدى الأطفال اضطراب التوحد شغوفة في هذا الميدان منتبعة كل جديد عنه أحاول معرفة كل البرامج العلاجية التي تعدل من سلوك التوحيدي بصفة عامة وخاصة، مع الدعم المعنوي لأمي قرة عيني بالدعاء حفظها الله وشفاهها رغم مرضها فكانت أحسن سند لي ، غيرت موضوعي 4 مرات للمرة الرابعة غيرت المنهج كي يسهل الموضوع منهج دراسة حالة كان في الأول منهج تجريبي ، الحالات في البداية 3 حالات لكن الآن حالة واحدة فقط تنمية 20 مهارة بين التقليد والاستقلالية والحياتية وفق مبادئ البرنامج العلاجي تيتش التعليمية المطبق على الطفل مسبقا قصد التخفيض من حدة الاضطراب وتنمية هاته المهارات للحالة .

الفصل السادس : عرض نتائج الدراسة الميدانية

1- عرض نتائج الدراسة .

2- مناقشة عامة للنتائج .

3- خاتمة .

عرض وتحليل نتائج الدراسة :

1- عرض وتحليل نتائج المقابلة مع أم الحالة (م):

أم محمد: ش مستواها مهندس دولة في الري ، أستاذة في التعليم الابتدائي ، طالبة في علم النفس العيادي ، مطلقة بطفل فقط ، الطفل (م) لا يعرف أباه ، تعرضت لمشاكل وضغوط أثناء الحمل .

المحور الأول تقييم الأم لرعاية طفلها :

س 1:حدثيني عن طفلك ؟

ج 1:ولد ب3.5 كلغ ولادة قيصرية بدأت ظروف الطلاق بعد الولادة ، لم يرضع إلا 3 أشهر .

س 2:هل تمكنتي من رعايته ؟

ج 2:نعم كان الأمر صعب اعمل واعتتي بابني ساعدتني ابنة خالتي كنت أتركه عندها وقت عملي .

س 3:ما رأيك في رعايتك له ؟

ج 3:كما تتخيلي امرأة وحيدة ، كنت ومازلت أحرص على أن يظهر ابني في أحسن صورة أكرس له جهد كبير .

س 4:ما هي الصعوبات التي تواجهينها في رعاية طفلك؟

ج 4:تعلمت من دراستي لعلم النفس ومن أهمها السلامة النفسية أولا لتصل إليه ثانيا أن أحل مشاكلي بموضوعية وعقلانية أن أسيطر على مشاعري أن أضبط حياتي بالنسبة للتواصل .

س 5:هل تتواصلين مع طفلك بصعوبة ؟

ج 5: فهمت كثيرا من موضعي للموارد طبيعة التواصل لدى المتوحد طرق التواصل معه طريقة بيكس
pecs لكن أصدقك القول التواصل الحقيقي ينبع من القلب إلى القلب أنا أحس به حتى ولو كان بعيد
عن عيني أقم لغة عيني أنا متأكدة ببادلني نفس الشعور .

س 6: هل هناك من يساعدك في التعامل والتواصل مع طفلك ؟

ج 6: خير سند يمدني بالطاقة هو الله رب العالمين ،إخوتي يزورونني أحاول أن أشبع الصورة الوالدية
،وأدعو الله أن يهدي أباه لأنه أولى الناس .

المحور الثاني تقييم الأم لسلوكيات طفلها مع الآخرين :

س 7: ما رأيك في تصرفات طفلك في الأماكن الخاصة ؟

ج 7: أعتد على دمج ابني في الأوساط العامة قدر المستطاع دون الضغط عليه .

س 8: بماذا تشعرون اتجاه سلوكياته ؟

ج 8: كنت أحس بالإحراج لما يسلم أو يلمس الناس الآن أكتفي بابتسامة للناس وأقول معذرة هو
متوحد وعادة لناس يتعاطفون معه .

س 9: هل تحسین بالعجز أحيانا اتجاه تصرفاته ؟

ج 9: يتبادلون معه السلام أحيانا بعض الناس تجرح أحافظ على برودة أعصابي ولو اصطناعها
وأمضي ، الناس عادة يخافون المتكبر تصوري يهابون من قوي الشخصية .ومن أنه لايد من دعم ابني
لا أعبء بأحد أخرجه للحقائق والأسواق وأينما اذهب أمر آخر كان محرج لما يحب التبول في الخارج
تصوري هو وحده يختار مكان منعزل ك وراء سيارة راكنة أو خلف شجرة ، الحل هو أن أفتقده قبل
الخروج و معليش تحدث أحيانا .

س 10: أخبريني عن علاقتك بالآخرين عند إنجابك لطفل متوحد ؟

ج 10: من الناس من ينصحني بالتخلي عنه وإعادة حياة جديدة ، ومنهم من يعزيني ومنهم من يعزيني بطريقة كأنني ميتة وانتهى الأمر . ومنهم من يحييني ويشكرني ومنهم من يعرض علي المساعدة .

س 11: هل تأثرت ميزانية العائلة جراء تلبية حاجات الطفل ؟

ج 11: تأثرت نعم خاصة الحماية ومصاريف ياسر لكن أنا دائما لا يهمني ما أخرجت من نقود المهم محمد ينمي مهاراته يصبح شبه عادي بالنسبة للطل العادي يهمني هو أكثر من مصاريف.

المحور الثالث تقييم الأم للبرنامج :

س 12: ما رأيك في مهارات البرنامج العلاجي تينش ؟

ج 12: جيدة نوعا ما شاملة لكل المهارات الحياتية وأنا بدوري أستعمل أحيانا بيكس .

س 13: هل تمكنتي من العمل به مع طفلك بسهولة؟

ج 13: ما شاء الله محمد عنده صعوبة في تنمية المهارات اللغوية والمعرفية فقط يرجع المشكل لأطرفوني فقط .

س 14: كيف كان سلوك طفلك في بداية التطبيق ؟

ج 14: يقلق بعض الشيء يهرب في الأول ثم يأتي لمفرده ويتبع الخطوات كما أطلب منه .

س 15: هل هناك تحسن ملحوظ ؟

ج 15: تحسين كبير خاصة سلوكياته الشاذة وقواعد النظافة والأكل تحسنت بعض الشيء .

مناقشة عامة للنتائج :

من خلال الجلسات التي أجريت مع الطفل (م) قصد تنمية بعض المهارات المحددة من قبلي أنا وأخصائية العيادية فتوصلت للنتائج التالية :

- 1-استطعنا تنمية مهارة استعمال الشفتين لم أجد صعوبة مع محمد .
- 2-استطعنا تنمية مهارة الخريشة على الورق كانت الصعوبة في مسك القلم بطريقة سليمة محمد له مسك القلم بطريقة مقلوبة .
- 3-استطعنا تنمية مهارة مشط الشعر ، لم أجد صعوبة كبيرة في هاته المهارة تتبني في كل خطواتها واكتسب مهارة مشط الشعر .
- 4-مهارة غسل الوجه واجهتني بعض الصعوبات لأنه بدوره يحب الماء الحصة الأولى لم يكتسبها على أحسن وجه يبقى يلعب برغوة الصابون وبكى منه لأول مرة ، على خلاف الحصة 2 أعادت المهارة بطريقة مرحة اكتسبها بعض الشيء .
- 5-مهارة غسل الأسنان أيضا واجهتني بعض الصعوبات لكونه لا يميز بين الفرشاة والمعجون أول مرة وضع أنبوب المعجون في فمه ورماه في الأرض ، الحصة الثانية ساعدته في المس الجيد للفرشاة ووضع القليل من المعجون فيها ، اكتسبها بعض الشيء .
- 6-مهارة تقليد الأصوات الصادرة عن الألعاب اكتسبها بكل سهولة لأنه يجيد التقليد بمحض أعطه اللعبة وأمره بإصدار الصوت مثلما فعلت أنا يطبق بدون ملل .
- 7-مهارة درجة الكرة أيضا اكتسبها بسهولة لأنه من محبي اللعب خاصة بالكرة كلما أعطيه إياه يدرجها ويضحك اشعر بأنه يشعر بالمرح والتسلية .
- 8-مهارة الأخذ والعطاء أيضا اكتسبها بكل سهولة يحب اللعب محمد خاصة ب الكرة الأسفنجية في قاعة النشاطات اللعبية ، عند رميها اتجاهه يرجعها لي بطريقة مرحة يحب اللعب .
- 9-مهارة تحريك الذراعين للأعلى أحبها كثيرا يحب التلويح بذراعيه خاصة للأعلى بكل سهولة ، فالمهارة اكتسبها .

- 10-11-12-13-مهارات لمس أعضاء وجهه وجسمه كانت مشيقة بالنسبة له كل من مهارة لمس الفم ، ولمس الأذنين ، ولمس العينين ، الشعر ، ففمه يعرف من قبل ما هو فمه وأين هو ماذا نفعل به يوحى إلي بالأكل له ، على خلاف العينين الحصة الأولى يخلط لي بين العينين والأذنين لكن في الحصة الثانية بدأ يميز بعض الشيء بين العينين والأذنين ، ويلعب معي بالشارة إلى عيناى ويعانقني بابتسامة ،لمس الشعر مهارة اكتسبها عند مهارة مشطه أصبح يعرف ما هو شعره نوعا ما .
- 14-تقليد تشكيل دائرة العجين وجدنا صعوبة في التشكيل ، تمديد العجين بشكل طولي في دقائق قليلة غير أن إصاقه بين الطرفين اخذ بعض الوقت لإصاقه وتشكيل دائرة مع العلم يحب تدوير الأشياء لكن كتشكيل الشكل وجد صعوبة تجسيد الشكل في عجين .
- 15-تقليد صوت الكلب اكتسبها لم أجد صعوبة لأنه يحب مشاهدة الفيديوهات والتعلم عن طريق اللعب.
- 16-مهارة لبس السروال والقميص اكتسبها بعض الشيء لا يزال إلى حد الآن على الرغم من سنه 10 سنوات تبعية للأم(مساعدته في اللباس)خاصة قفل الأزرار ، وإنزال القميص لا يستطيع لمفرده ، إلا أن السروال يذهب ينزعه لمفرد ويلبسه بمفرده بطريقة سليمة لكن الخالي من الأزرار .
- 17-مهارة غسل الأيدي محمد مكتسبها بطريقة نمطية لأنه يغسل بطريقة قصد اللعب والمتعة ويبقى يلعب لوقت كبير برغوة الصابون وعند إيقافه يغضب ولا يعمل معنا أي مهارة ولا يتعلم أي شيء يبقى غاضبا لفترة معينة .
- 18-مهارة استخدام المراض محمد أصلا هو عند شعوره بالتبرز أو التبول معظم الوقت يذهب لمفرده اكتسبها المهارة بطريقة حسنة إلا تنظيف عورته لم يكتسب المهارة لأن له سلوك شاذ يلعب بماء المراض وأحيانا يغسل بالماء الوسخ .

19-مهارة تناول الطعام والشراب اكتسبها ، يتبع كل المراحل يذهب للمطبخ يأكل وهو جالس ويمسح فمه ويديه ، ويشرب المشروب في علبته المشتراة لم يكتسب شربه في الكأس ويرميه في أي مكان ، الماء يشرب من القارورة مباشرة لم يكتسب جيد الشرب في الكأس .

20-مهارة طي الورق اكتسبها لأنه يحب اللعب بالورق من خلال جلستين فقط .

التحليل العام ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات :

سعت هذه الدراسة الى سعت هذه الدراسة الى تحقيق عدد من الأهداف ، في ظل النتائج العامة للبحث ، ومن خلال دراستي للحالة (م) المصاب باضطراب التوحد توحده متوسط بدرجة 43 ، وبعد تحليل جلسات المقابلات ونتائج المهارات التنموية المطبقة معه توصلت للنتائج التالية :

- الفرضية التي تعتمد على تنمية بعض المهارات السلوكية (التقليد والاستقلالية) للطفل التوحيدي المطبق عليه تيتش سابقا وفق مهاراته ، من خلال منهج دراسة حالة كمساعدة فقط للأخصائية التي بنت البرنامج العلاجي وقوائم تقدير السلوك ، فمحمد اكتسب مهارات عدة من بين المهارات التي نميناها معه من خلال مهارات البرنامج تيتش يتميز بالتقليد لحد معين ، تعلم بعض المهارات الحياتية التي تقضي على بعض السلوكيات الشاذة لديه ، واستنتجت أيضا أن تنمية المهارات السلوكية عن طرق التقليد ينمي السلوك الغير اللفظي لمحمد وهو يناسب تصرفاته وهو ما اهتم به لوفاس (1966) قام بتدريب مجموعة من الأطفال التوحيدين عن طريق مشاهدتهم أفلاما تعليمية خاصة وقد نجحت طريقته من خلال قدرة الأطفال على تقليد ما أروه ، و من ثم اكتسبوا أنماطا سلوكية و مهارات عديدة (كامل ، 231، 1999) ، وكذلك اتفقت مع دراسة (cristina wahlen 2006) حيث أشارت نتائجها إلى أن تعليم الأطفال الصغار التوحيدين الانشغال في الانتباه المشترك يؤدي إلى زيادة في سلوكيات التواصل الاجتماعي الغير مستهدفة ، كما وتم ملاحظة تغيرات ايجابية في كل من : التلقين الاجتماعي ، التقليد ، واللعب والحديث التلقائي ، فقد نميت له مهارات التقليد الحركي باستخدام اليدين والقدمين وتقليد إيماءات الشفاه والوجه ، والتقليد الصوتي ، ومن هنا أصل إلى أن محمد له التقليد مما ساعدني على تنمية مهارات التقليد لديه وفق مهارات تيتش ، هذا بالنسبة للتقليد من جهة ومن جهة أخرى نتكلم عن مهارات الاستقلالية اكتسب بعض أنشطة الاستقلالية فقد نميت بعض مهارات السلوك التكيفي من غسل اليدين ، غسل الوجه ، غسل الأسنان ، مشط الشعر تتفق مع دراسة Abe (1997) التي

أشارت نتائجها إلى حدوث تحسن في مهارات الحياة اليومية للتلاميذ التوحيديين و مساعدتهم على حماية أنفسهم.

فتوفير الفرص أمام الطفل التوحيدي لممارسة الأنشطة المنظمة وكون المهارات تعمل على إشباع حاجاتهم النفسية والفكرية والاجتماعية والاستقلالية في الحياة اليومية. وتكسبه عادات توافقية جديدة تتلاءم مع المعطيات الفسيولوجية، و العقلية والاجتماعية، وتنشأ بينهم العلاقات من خلال تطبيقها اليومي في مواقف الحياة المختلفة (السعيد، 10، 2006)، لأنها إحدى عمليات التكيف التي تساعد الطفل على إظهار السلوك المقبول الذي يتفق مع معايير الأطفال الذين مثل عمره، والطفل الذي لديه صعوبة في الحركة الدقيقة والتآزر الحس حركي يجد صعوبة في غلق الأزرار وهو بالفعل مع محمد، فمحمد اكتسب بعضها وفشل في بعضها الآخر .

نستنتج في الأخير أن الفرضية تحققت نमित بعض المهارات الحياتية اليومية والعناية بالذات وبعض مهارات التقليد .

الخاتمة :

- تناولت في دراستي التي قمت بها في ولاية بسكرة موضوع تنمية بعض المهارات السلوكية (التقليد ، الاستقلالية) نموذجا للطفل التوحيدي المطبق عليه سابقا تيتش وفق المهارات التعليمية لتيتش ، وإتباع منهج دراسة حالة خلافا للأعوام الماضية تتبع منهج تجريبي ، كما تم تطبيق مقابلة نصف موجهة مع الأم و عدة جلسات عيادية مع الطفل (م)
- افتترضت إجابة للتساؤل وتحققت لي فرضيتي وعرضت نتائج الدراسة وتحليلها من هنا أذكر في الأخير بعض التوصيات المهمة لكل أم وكل مشرفة على أطفال التوحد :
- نشر الوعي لمختلف الجهات المعنية والاعتراف بهذه الفئة كغيرها من الفئات الخاصة التي تحتاج للرعاية والتكفل .
 - ضرورة التدخل المبكر ، وذلك بتدريب الأطفال التوحيدين على مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي في عمر مبكر مما يساعده على الاندماج في الحياة اليومية .
 - ضرورة إشراك أسر الأطفال التوحيدين في عملية التدريب ، وذلك من خلال الدورات التدريبية و ورشات العمل .
 - ضرورة التعاون بين أسر الأطفال التوحيدين والمربين المشرفين على هذه الفئة ز
 - الاهتمام بالدراسات التي تعني بمهارات التواصل والعناية بهدف التدريب وتنمية هذه المهارات وهذا من خلال تصميم برامج تدريبية متعددة تخدم هذه الفئة .
 - ضرورة توفير وسائل تدريبية تساعد على التدريب الفعال بهدف مساعدة هذه الفئة للخروج من عالمها الغامض.
 - تقديم البرامج التدريبية الخاصة بتنمية المهارات التي تساعد على الأداء المستقل

على المهارات التعليمية و الأكاديمية كونها تعتبر حاجة و ضرورة أولية .

-الاهتمام بالتكفل بالسلوكيات الشاذة أولاً ثم بناء برنامج تدريبي يهتم بتنمية المهارات المختلفة.

-إعادة النظر في البرامج المقدمة لهؤلاء الفئة ، و ذلك من خلال استخدام فنيات فعالة تتناسب و خصائص أطفال التوحد مثل استخدام الألعاب التربوية التعليمية المثيرة للانتباه ، و توضيح الهدف من كل نشاط تدريبي،تبسيط المهمة إلى أجزاء مع وضوح التعليمات...

-تقديم الرعاية النفسية و التربوية لهؤلاء الأطفال من خلال دمجهم المستمر في أنشطة الحياة اليومية المتنوعة حتى نضمن لهم تقدم في النمو النفسي و الاجتماعي و التربوي و المهني.

قائمة المراجع

المراجع العربية :

- 1- أبو هاشم ، محمد السيد (2004) سيكولوجية المهارات ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .
- 2- أسامه محمد البطانية ، عبد الناصر زياد الجراح (2007) علم نفس الطفل غير العادي ، ط1، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن .
- 3- إيهاب محمد خليل، (2008)، أوتيزم (توحد) والإعاقة العقلية ، دراسة سيكولوجية ، ط1، مؤسسة طيبة للطبع والنشر ، القاهرة .
- 4- الجابري، محمد (2014) : التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة .ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة : الرؤى والتطلعات المستقبلية .جامعة تبوك، تبوك، المملكة العربية السعودية.
- 5- الجر واني ، هالة إبراهيم و صديق ، رحاب محمود (2011ص9،10 :) المهارات الحياتية للأطفال التوحيدين ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية .
- 6- الحاج ، فائز محمد علي (1977) الصحة النفسية ، ط 1 ، المكتب الإسلامي بيروت.
- 7- الحنفي ، عبد المنعم (1995) الموسوعة النفسية - علم النفس في حياتنا اليومية -، ط 1، مكتبة مدبولي، القاهرة .
- 8- الخطيب ، جمال والحديدي ، منى (1998 :) ص213 مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. ط 1 .دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع ، عمان ، الأردن.

- 9- العزة ، سعيد (2002)التربية الخاصة لذوي الإعاقة العقلية ، مكتبة روعة للطباعة ، عمان ، المملكة الأردنية الهاشمية .
- 10-الغريز، أحمد نايل و عودة ، بلال أحمد (2009ص316،315 :)سيكولوجية أطفال التوحد ، ط1 دار الشروق للنشر والتوزيع ، عمان.
- 11-الزراد ، فيصل محمد خير (1995)اللغة و النطق و اضطرابات الكلام ،ط4، دار المريخ للنشر.الرياض .
- 12- السعيد، سعيد محمد وآخرون (2006)برامج التربية الخاصة ومناهجها بين الفكر والتطبيق والتطوير، ط 1 ، دار وائل للنشر و التوزيع ، عمان .
- 13- الشامي ، وفاء علي (2004)سمات التوحد- تطورها و كيفية التعامل معها-ط1.مكتبة الملك فهد. الرياض .
- 14- القمش ، مصطفى نوري (2007)اضطرابات التوحد - الأسباب ، التشخيص،العلاج ، دراسات علمية، ط 1 ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ، عمان .
- 15- المغلوث ، فهد بن أحمد (2006)التوحد كيف نفهمه و نتعامل معه ، ط1 إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية ، الرياض.
- 16-_النمر، عصام (2011)محاضرات في تعديل السلوك - دليل عملي و علمي للآباء و المربين و العاملين مع الأشخاص المعاقين ، ط 1 ، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن .
- 17- باتريسي ، هوليين (1997) من هم الاوتيزم وكيف نعددهم للنضج ، ترجمة : محمد علي كامل ، ط 1 ، دار النهضة المصرية .
- 18-بوسنة ، عبد الوافي زهير (2012)تقنيات الفحص العيادي ، دار هومة للطباعة و النشر و التوزيع ، عين مليلة ، الجزائر .
- 19- جمال مثقال القاسم ، ماجدة السيد عبيد (2000) ، ط1،الاضطرابات السلوكية ، دار الصفاء للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن .

- 20- خوله أحمد يحيى : (2001) الاضطرابات السلوكية و الانفعالية ، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع ،عمان .
- 21-رجاء محمود أبو علام ،(2000)، مناهج البحث للعلوم النفسية، ط1، دار النشر للجامعات ، مصر .
- 22- رفعت محمد بهجت : (2007) الأطفال التوحد يون ، دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن، دون طبعه
- 23-زهير، عزاز محمد (2011)فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات الذاكرة الدلالية و أثر ذلك على الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحيديين (دراسة تجريبية)،رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص أطفونيا و أمراض اللغة و الاتصال ، جامعة الجزائر .
- 24-سعيد حسني العزة (2000) الإرشاد الأسري ، مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع ، عمان.
- 25- سهى أحمد أمين نصر (2002) الاتصال اللغوي للطفل التوحيدي : التشخيص و البرامج العلاجية ، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع ، عمان .
- 26- عبد الرحمن، محمد السيد و حسن ، منى خليفة علي (2004) ،دليل الآباء والمتخصصين في العلاج السلوكي المكثف و المبكر للطفل التوحيدي . ط1 دار الفكر العربي، القاهرة .
- 27- عبد الهادي ،جودت عزت و العزة ، سعيد حسني (2005) تعديل السلوك الإنساني، دليل الآباء و المرشدين التربويين في القضايا التعليمية و النفسية و الاجتماعية ، ط1 دار الثقافة للنشر و التوزيع ، عمان .
- 28- علي ، دلشاد (2013)فاعلية برنامج مقترح لتنمية السلوكيات غير اللفظية لدى عينة من أطفال التوحد .مجلة جامعة دمشق.المجلد. العدد الأول.
- 29-عليان ،ربحي مصطفى (2000) مناهج وأساليب البحث العلمي، النظرية والتطبيق العملي، دار صفاء عمان .
- 30- قحطان أحمد الظاهر ، توحد، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع ، عمان ، 2009 .
- 31- كامل ، عبد الوهاب محمد(1999) التعلم العلاجي ، ط 1،مكتبة النهضة المصرية.القاهرة .

- 32- مجيد ، سوسن شاكر (2006) التوحد أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه . مركز دبيونو لتعليم التفكير ،الأردن .
- 33- محمد أحمد الخطاب (2009) سيكولوجية الطفل التوحيدي ، دار الثقافة للنشر و التوزيع ، مصر ، الطبعة الأولى..
- 34- محمد عدنان عليوات (2007) الأطفال التوحد يون ، دار الباروزي العلمية للنشر و التوزيع ، عمان ، بدون الطبعة.
- 35- مصطفى ،أسامة فاروق و الشرييني ، السيد كامل(2011) التوحد -الأسباب، التشخيص، العلاج ، ط 1 ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ، عمان ، الأردن .
- 36- مليكه ، لويس كامل(2010)علم النفس الإكلينيكي ، ط 1 ، دار الفكر ناشرون و موزعون ، عمان .
- 37- ناصح عيسى إبراهيم ، التوحد عند الأطفال الأعراض الأسباب العلاج ، 2009، ط1 ، دار النشر دار الأوائل للنشر والتوزيع ،دمشق .
- 38- نصر الله ، عمر عبد الرحيم (2008) الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و تأثيرهم على الأسرة و المجتمع . ط 2. دار وائل للنشر و التوزيع. عمان .الأردن .
- 39- نصر، سهى أحمد أمين (2002) الاتصال اللغوي للطفل التوحيدي -التشخيص البرامج العلاجي . ط2. دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع . القاهرة .
- 40- هيفلين ، جون و أليمو ، دونا فيورينو (2011) الطلاب ذوو اضطراب طيف التوحد ممارسات التدريس الفعالة ، ترجمة : نايف عابد الزراع و يحيى فوزي عبيدات ، دار الفكر ناشرون و موزعون.
- 41- يوسف ، جمعة سيد (2000) الاضطرابات السلوكية و علاجها ، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع ، القاهرة .
- المراجع الأجنبية :

01_ Bildt , Annelids de ; Stoma, Sjoerd; Ketelaars, Cees; Kraijer, Dirk; Mulder, Erik; Volkmar , Fred andMinderaa .(2004).

Interrelationship Between Autism Diagnostic Observation Schedule –

Generic (ADOS-G) Autism Diagnostic Interview –Revised (ADI-R and The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) Classification In Children and Adolescents With Mental Retardation. Journal of Autism and Developmental Désordres, 34(2), 129 – 137.

02_ brawn et al ;1985.

03_(Chahraoui et Benony, 200, p 16)

04_ dorothy scattone ; 2007.

05_ escalona et al ;

06_ <http://www.albwabhnews>.

07_ jordon et al ;1997.

08_ macdonal et al ;1994.

09_ Pearce JMS (2005) : Knner,s Infantile Autism and Asperger,s Syn aldrome. Journal of Neurosurgery and Psychiatry ,76 (205) .

10_(Ronald , 1983 , p 21)

11_(Schopler et Al, traduction C.Milcent 2002 pp159-160)

12_ Sutherland , Stuar (1991): Dictionary of Psychology ,the Macmillan,Press , London .

الملاحق :

مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)
(Childhood Autism Rating Scale)

الاسم .م. ع

النوع - ذكر

تاريخ الميلاد: 2006-04-08

تم تطبيق الاختبار خلال اسبوع من طرف الطالبة باعتبارها أم الطفل مع ملاحظة
الاخصائيات. بمعدل 45 د كل صباح من 9 الى 9 و45 دقيقة، وقد تم استخدام مواقف
ووسائل متعددة في البيت والعيادة والحديقة العمومية وحتى أثناء المشي في الشارع من أجل أن
تكون الاجابات دقيقة .

البنود

1- إقامة العلاقة مع الناس

(1.0) طبيعي لا يوجد أي اختلاف بإقامة العلاقة بالناس وتصرفاته بمثل عمره.

(1.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامة 1 و العلامة 2

(2.0) غير طبيعي بدرجة طفيفة يمتنع من التواصل بالبصر ، يتجنب عندما يجبر

على التواصل ، الخجل بصورة مبالغ بها ، لا يتجاوب ، ملتصق بالوالدين أكثر من
الطفل الذي بنفس عمره.

(2.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 2 و 3

(3.0) غير طبيعي بدرجة متوسطة ، انطوائي ، يحب العزلة ، لا يوجد

اهتمام بالتفاعل مع المحيطين ، مقبول على نفسه ، تستطيع الحصول منه على القليل من التواصل.

☐ (3.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 3 و 4

☐ (4.0) غير طبيعي بدرجة شديدة عزلة تامة افتقاد القدرة على الاستجابة.

2. القدرة على التقليد والمحاكاة

☐ (1.0) طبيعي يقلد الطفل الأصوات ، الكلمات ، الحركات بحيث تكون بحدود قدراته.

☐ (1.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامة 1 و العلامة 2

☐ (2.0) غير طبيعي بدرجة طفيف يقوم الطفل بتقليد بعض السلوكيات البسيطة مثال يصفق ، بعض الكلمات المفردة ويحتاج وقت لترديد الكلمة عند سماعها

☐ (2.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 2 و 3

☐ ✓ (3.0) غير طبيعي بدرجة متوسطة يقلد الطفل بعض السلوكيات البسيطة ولكن يحتاج إلى وقت كبير ومساعدة

☐ (3.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 3 و 4

☐ (4.0) غير طبيعي بدرجة شديدة نادرا ما يقوم الطفل بالتقليد او لا يقلد نهائيا الأصوات أو الكلمات ، أو الحركات حتى بوجود مساعدة.

3. الاستجابة العاطفية .

- ❑ (1.0) طبيعي يتفاعل الطفل للمواقف السارة والغير سارة.
- ❑ (1.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامة 1 و العلامة 2
- ❑ (2.0) غير طبيعي بدرجة طفيفة تظهر عليه احيانا تصرفات غير مرغوب فيها كاستجابة منفصلة عن الواقع.
- ❑ (2.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 2 و 3
- ✓ ❑ (3.0) غير طبيعي بدرجة متوسطة مثال الضحك الشديد بدون معنى أو بدون سبب وليس له علاقة مع الواقع
- ❑ (3.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 3 و 4
- ❑ (4.0) غير طبيعي بدرجة شديدة إستجابة منفصلة نهائيا عن الواقع وأن كان مزاجه في شيء معين من الصعب جدا أن يتغير .

4. استخدام الجسم

- ❑ (1.0) طبيعي تشمل تناسف وتازر وتوازن لطفل بمثل عمره.
- ❑ (1.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامة 1 و العلامة 2

□ (2.0) غير طبيعي بدرجة طفيفة له بعض السلوك النمطي المكرر مثال التكرار في اللعب او الانشطة

□ (2.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 2 و 3

✓ □ (3.0) غير طبيعي بدرجة متوسطة له سلوكيات غير مرغوب فيها واضحة لطفل في عمره مثال حركات لف الاصابع ، الاهتزاز ، الدوران ، الحملقة ، إيذاء النفس ، المشى على الاطراف ، خبط الدماغ ، الاستمنا ، تحريك اليدين ورفرفتها.

□ (3.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 3 و 4

□ (4.0) غير طبيعي بدرجة شديدة ، فهو يستمر في الحركات المكرره المذكورة في الاعلى حتى لو شارك في نشاط اخر

5. استخدام الاشياء

□ (1.0) طبيعي يهتم باللعب والاشياء من حوله والتعامل معها واستخدامها بالطريقة الصحيحة

□ (1.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامة 1 و العلامة 2

□ (2.0) غير طبيعي بدرجة طفيفة يهتم بلعبة واحدة فقط ويتعامل معها بطريقة غريبة كأن يطرقتها بالارض

□ (2.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 2 و 3

✓ □ (3.0) غير طبيعي بدرجة متوسطة يظهر عدم اهتمامه بالأشياء وان اظهر
تكون بطريقة غريبة مثال يلف اللعبة طول الوقت وينظر لها من زاوية واحدة
فقط

□ (3.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 3 و 4

□ (4.0) غير طبيعي بدرجة شديدة تكرار ماسبق ولكن بطريقة مكثفة ومن
المستحيل أن ينفصل عنها إذا كان مشغولا بها

6. التكيف والتأقلم

□ (1.0) طبيعي يتكيف مع الموقف والتغير للروتين

□ (1.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامة 1 و العلامة 2

□ (2.0) غير طبيعي بدرجة طفيفة يقاوم التغير والتكيف للموقف بعد تغير النشاط
الذي تعود عليه.

□ (2.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 2 و 3

✓ □ (3.0) غير طبيعي بدرجة متوسطة يقاوم التغير والتكيف للموقف بعد تغير
النشاط الذي تعود عليه.

□ (3.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 3 و 4

□ (4.0) غير طبيعي بدرجة شديدة الاصرار على ثبات الظروف والروتين وعدم
التغيير.

7. الاستجابة البصرية

□ (1.0) طبيعي يستخدم التواصل البصري مع الحواس لاكتشاف الشيء الجديد أمامه

□ (1.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامة 1 و العلامة 2

□ (2.0) غير طبيعي بدرجة طفيفة يحتاج للتذكير لكي يتواصل وينظر الى الشيء ، يهتم في النظر بالمرآة الضوء ، النظر الى اعلى ، أو الفضاء ويتحاشى النظر في الاشخاص

□ (2.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 2 و 3

✓ □ (3.0) غير طبيعي بدرجة متوسطة يحتاج للتذكير المستمر للتواصل البصري للشيء الذي يفعله وتظهر نفس السلوكيات السابقة.

□ (3.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 3 و 4

□ (4.0) غير طبيعي بدرجة شديدة الامتناع عن التواصل البصري مع الاشخاص وبعض الاشياء وتظهر نفس السلوكيات السابقة

8. استجابة الانصات (الاستماع)

□ (1.0) طبيعي ويستمتع باهتمام مع عدم وجود أي مؤثرات صوتيه مستخدما حواسه.

- (1.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامة 1 و العلامة 2
- ✓ □ (2.0) شيء غير طبيعي بدرجة طفيفة رد فعل متاخر للاصوات يحتاج تكرار
الاصوات لشد انتباهه يبالغ قليلا في رد فعل لبعض الاصوات
- (2.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 2 و 3
- (3.0) غير طبيعي بدرجة متوسطة متنوع في رد الفعل مثال يتجاهل الصوت مرارا،
يقفل أذنيه لبعض الاصوات منها الاصوات الانسانية المكررة يوميا.
- (3.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 3 و 4
- (4.0) غير طبيعي بدرجة شديدة مبالغ في رد الفعل للاصوات والتجاهل نهائيا
للاصوات بصورة واضحة

9. استجابات استخدام التذوق والشم واللمس

- (1.0) طبيعي يستجيب الطفل لمثيرات الحواس كالآلم وغيرها
- (1.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامة 1 و العلامة 2
- (2.0) غير طبيعي بدرجة طفيفة يضع اشياء في فمه يشم ويتذوق أشياء لا
تؤكل يتجاهل الألم أو يبالغ به.
- (2.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 2 و 3
- ✓ □ (3.0) غير طبيعي بدرجة متوسطة يبالغ باستخدام الشم والتذوق واللمس

ويتجاهل الألم.

☐ (3.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 3 و 4

☐ (4.0) غير طبيعي بدرجة شديدة فهو يبالغ كثيرا أو يتجاهل نهائيا ولا تظهر أي نوع من الشعور بالألم أو المبالغة الشديدة لحدث بسيط جدا.

10. الخوف والعصبية

☐ (1.0) طبيعي يتصرف الطفل مع الموقف مناسب لعمره.

☐ (1.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامة 1 و العلامة 2

☐ (2.0) غير طبيعي بدرجة طفيفة يتصرف الطفل بصورة مبالغة أو يتجاهل الحدث قليلا بالنسبة لطفل في مثل عمره.

☐ ✓ (2.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 2 و 3

☐ (3.0) غير طبيعي بدرجة متوسطة يتصرف بصورة مبالغة واضحة أو تجاهل واضح بالنسبة لطفل في مثل عمره.

☐ (3.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 3 و 4

☐ (4.0) غير طبيعي بدرجة شديدة خوف مستمر حتى عند إعادة المواقف غير الخطرة ومن الصعب جدا تهدئته وليس له ادراك للمواقف الخطرة والمواقف الغير خطيرة.

11. التواصل اللفظي

- ❑ (1.0) طبيعي يظهر الطفل كل مظاهر النطق والكلام واللغة، لعمره.
- ❑ (1.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامة 1 و العلامة 2
- ❑ (2.0) غير طبيعي بدرجة طفيفة تأخر في الكلام ظهور بعض الكلام المبهم ،
ترديد كلام ، لا يستخدم الضمائر أنا أنت هو ، المهمة ، الخروج عن الحديث
المألوف ، عكس المقاطع أو الكلمات.
- ❑ (2.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 2 و 3
- ❑ (3.0) غير طبيعي بدرجة متوسطة صمت ، وعند وجود نطق هناك ترديد كلام
واضح ، مهمة.
- ❑ (3.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 3 و 4
- ✓ ❑ (4.0) غير طبيعي بدرجة شديدة لا يستخدم اللغة في التواصل فقط مهمة
واصوات غريبة أشبه بصوت الحيوان واطهار اصوات مزعجة.

12. التواصل الغير اللفظي

- ❑ (1.0) طبيعي يستخدم تعبير الوجه أو تغير الملامح والاضاع وحركات الجسم
والراس.

- (1.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامة 1 و العلامة 2
- ✓ □ (2.0) غير طبيعي بدرجة طفيفة تواصل غير لفظي ناقص مثال يمسك اليد من الخلف لطلب المساعدة والوصول للشيء بطريقة تختلف عن الطرق التي يستعملها الطفل في مثل عمره.
- (2.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 2 و 3
- (3.0) غير طبيعي بدرجة متوسطة لا يستطيع ان يعبر عن احتياجه بالتواصل غير اللفظي ولا يستطيع فهم لغة التواصل غير اللفظي
- (3.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 3 و 4
- (4.0) غير طبيعي بدرجة شديدة يستخدم سلوكيات غريبة غير مفهومة للتعبير عن احتياجاته مع عدم الاهتمام بالاليماءات وتعابير وجوه الآخرين.

13. مستوى النشاط

- (1.0) طبيعي نشاطه عادي مناسب لعمره.
- (1.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامة 1 و العلامة 2
- (2.0) غير طبيعي بدرجة طفيفة يظهر نشاط زائد أو كسل زائد ويكون خاص بذاته.
- ✓ □ (2.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 2 و 3

□ (3.0) غير طبيعي بدرجة متوسطة نشاط زائد لا يهدء يصعب التحكم به هائم لا ينام الا قليلا فوضوي غير منتظم ، أو خامل لا يتحرك من مكانه ويحتاج الى جهد كبير ليتفاعل مع نشاط معين.

□ (3.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 3 و 4

□ (4.0) غير طبيعي بدرجة شديدة هائم ، نوبات غضب حركة مستمرة لا يجلس ساكنا فوضوي يرمي كل شيء على الارض ، يفتح ويقطب الاشياء.

14. مستوى وثبات الاستجابات الذهنية

□ (1.0) طبيعي في اداء المهارات في المواقف المختلفة المناسبة لعمره

□ (1.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامة 1 و العلامة 2

□ (2.0) غير طبيعي بدرجة طفيفة يظهر تأخر في أداء المهارات المختلفة.

□ (2.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 2 و 3

✓ □ (3.0) غير طبيعي بدرجة متوسطة تأخر في أداء المهارات ولكن من الممكن ان يتفاعل لنفس عمره في احدى المهارات وتاخر في باقي المهارات

□ (3.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 3 و 4

□ (4.0) غير طبيعي بدرجة شديدة يكون أفضل من الطفل الطبيعي في مهارتين وتكون مبالغ فيها ولكن يتأخر بباقي المهارات.

15. الانطباعات العامة

- ❑ (1.0) ليس توحيد لا تظهر فيه صفات التوحيد
- ❑ (1.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامة 1 و العلامة 2
- ❑ (2.0) توحيد بسيط لديه بعض الصفات.
- ❑ (2.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 2 و 3
- ✓ ❑ (3.0) توحيد متوسط لديه صفات واضحة من التوحيد
- ❑ (3.5) إذا كانت مهارة الطفل ما بين العلامتين 3 و 4
- ❑ (4.0) توحيد شديد لديه معظم الصفات التوحيدية

بعد الأجابة بكلّ دقة عن جميع الأسئلة نقوم بجمع كلّ العلامات. سوف يتراوح المجموع ما بين 15 الى 60 وتفسّر كالأتي

30تكون بداية تشخيص حالة توحيد خفيفة

- المعدلات من 15 الى 27 تشير الى أن ليس هناك توحيد

- المعدلات من 30 الى 42 تشير الى حالة توحيد بسيط.

-المعدلات من 45 الى 60 تشير الى توحيد شديد.

يمثل السطر الأول في الجدول الدرجة التي حصل عليها الطفل في كل بند .

ويمثل السطر الثاني في الجدول رقم البند.

3	3	2.5	2	4	2.5	3	2	3	3	3	3	3	3	3
15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

$3+3+2.5+2+4+2.5+3+2+3+3+3+3+3+3+3$ المجموع 43 أي توحيد متوسط

▪