



جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة



جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي:/2016

التكفل النفسي للأطفال المصابين باضطراب التوحد

من وجهة نظر الاخصائي النفسي العيادي

– دراسة ميدانية بملحقة المركز النفسي البيداغوجي اقسام التحضيرى لأطفال التوحد المسيلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص: علم النفس العيادي

إشراف:

– أ د/ يامنة اسماعيلي

إعداد الطالبة:

– حسينة محمدي

السنة الجامعية: 2015-2016

شكر وعرهان

لابد لنا ونحن نخطو خطواتنا الأخيرة في الحياة الجامعية
من وقفة نعود إلى أعوام قضيناها
في رحاب الجامعة مع أساتذتنا الكرام الذين قدموا
لنا الكثير باذلين بذلك جهودا
كبيرة في بناء جيل الغد لتبعث الأمة من جديد وقبل
أن نمضي تقدم أسمى آيات الشكر والامتنان والتقدير والمحبة
إلى الذين حملوا
أقدس رسالة في الحياة
إلى الذين مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة
إلى الدكتورة الفاضلة اسماعيلي يامنة
والى صديقتي ضيفلي نصيرة التي ساندتني في مسيرتي
وأقدم بشكري الى جميع الأساتذة الذين اشرفوا على تدريسي
أتوجه بالشكر والتقدير الى جميع من مَدَّ يد العون والمساعدة
لي لإنجاز هذه المذكرة

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
	شكر و تقدير.
	فهرس المحتويات.
أ - ج	المقدمة.
الفصل التمهيدي- الاطار العام للدراسة	
05	1- إشكالية الدراسة.
08	2- أهمية الدراسة.
08	3- أهداف الدراسة.
09	4- فرضيات الدراسة.
09	5- تحديد المفاهيم.
11	6- الدراسات السابقة
الجانب النظري الفصل الأول- التوحد	
24	تمهيد.
25	1- المسار التاريخي.
26	2- تعريف التوحد.
29	3- أسباب التوحد.
40	4- أعراض التوحد.
44	5- تشخيص اضطراب التوحد.
50	6- التشخيصات الفارقة للتوحد.
57	خلاصة..
الفصل الثاني- التكفل النفسي	
59	تمهيد.
60	1- التعريف بالتكفل النفسي.
62	2- الاخصائي النفسي العيادي.
66	3- الميثاق الأخلاقي للأخصائي النفسي.
68	4- مجالات عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي.
69	5- العلاج النفسي.
83	6- استراتيجيات التكفل النفسي لطفل التوحد.
85	7- نظام التكفل.
90	خلاصة.

الجانب التطبيقي
الفصل الأول- اجراءات منهجية الدراسة

92	تمهيد.
93	1- الدراسة الاساسية.
94	2- المنهج.
96	3- عينة الدراسة.
97	4- حدود الدراسة.
97	5- ادوات الدراسة.
100	خلاصة.
الفصل الثاني- عرض النتائج وتحليلها	
102	دراسة الحالة.
106	أولاً: نتائج الفرض الأول.
113	ثانياً: نتائج الفرض الثاني.
114	ثالثاً: نتائج الفرض الثالث.
121	اقتراحات الدراسة.
	الخاتمة
	قائمة المراجع
	الملاحق

يعتبر الاهتمام بالأطفال في أي مجتمع اهتماما بمستقبل هذا المجتمع بأسره، ويقاس مدى تقدم المجتمعات ورفاهيتها بمدى اهتمامها بالأطفال والعناية بهم ودراسة مشكلاتهم والعمل على حلها.

فبين فترة و أخرى يطل علينا اسم مرض أو اضطراب معين، لم نسمع أو نعرف عنه شيء فيولد موجه في المجتمعات مما يدفع العلماء والباحثين إلى البحث والجهد والسهر من أجل الوصول إلى الأسباب والحلول، فمن الأمراض والاضطرابات التي ظهرت، مازالت غامضة إلى يومنا الحاضر هو "اضطراب التوحد".

إذ يعد التوحد من الإعاقات التي لاقت اهتماما متزايد في السنوات الأخيرة في العالم ومنها الدولة العربية، حيث تستمر إعاقة التوحد مدى الحياة، ويؤثر على الأسر، وتصيب الأسر بالإحباطات المتكررة فنجد أن الوالدين يلاحظان اختلافا في تصرفات طفلها الصغير مقارنة بإخوانه وأقرانه من نفس العمر فهو منعزل عن الأطفال ولا يتجاوب مع لعب الوالدين وإنما له طريقته الخاصة وروتينه الخاص، فيغضب إذا ما حدث أي تغيير فيهما، والحقيقة أن الاهتمام بهذه الفئة من الأطفال أصبح حاجة اجتماعية وتربوية ملحة، مما يدعو إلى ضرورة الاهتمام بها وتوفير الجو الاجتماعي الضروري لكي يستطيع التواصل مع أقرانه ومجتمعه.

ويعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية غموضا لعدم الوصول الى أسبابه الحقيقية كذلك شدة وغرابة الأنماط السلوكية غير التكيفية التي تميزه كإشغال الطفل بذاته وانسحابه الشديد، وعجز مهاراته الاجتماعية، وقصور تواصله اللفظي وغير اللفظي الذي يحول بينه وبين التفاعل الاجتماعي البناء مع المحيطين به (يحي، 2000).

ويشير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM .IV.1994) Diognostic &.Statistical mantal of Mental Qisorders American Psychiatric Associa الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي أن اضطراب التوحد يتضمن ثلاث خصائص أساسية هي: لقصور في التواصل الاجتماعي والقصور في اللغة ومحادثه، ووجود أنماط متكررة وثابتة في السلوك. (DSM-IVk TR k 2002).

وتعد اضطرابات التواصل لدى الطفل التوحدي من الاضطرابات المركزية والأساسية التي تؤثر سلبا على مظاهر نموه الطبيعي والتفاعل الاجتماعي. (نصر، 002 ، ص 09).

ومن هذا المنطلق زاد الاهتمام برعاية المعاقين، وتأهيلهم حيث أنشئت المدارس ووضعت تشريعات تكفل للمعاقين بعض المزايا والحقوق التي تحقق لهم الاستقرار، كما تضافرت جهود العلماء في سبيل تأهيلهم وتنمية ما تبقى لديهم من قدرات. (لمياء بيومي، 2008، ص 02).

التوحد يندرج ضمن فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، يحتاج إلى تكفل طبي نفسي، بيداغوجي، فاضطراب التوحد إذن من أعقد الاضطرابات والأمراض بأنه ليس مرض محدد أو ذو أعراض ثابتة فهو يختلف من حيث الشدة والتشابه في المصاب الواحد ولهذا أصبح من الضروري أن يدرس الطفل من الذي يشتهه بإصابته من جميع النواحي النفسية والاجتماعية والعقلية وضرورة التكفل النفسي من قبل المختصين من أجل مساعدته، فالتكفل بهذه الفئة من المجتمع واجبا إنسانيا وأخلاقيا ودينيا يتوجب على كل فرد أو هيئة أو مؤسسة والدولة من أجل جعل المصابين بهذا الاضطراب يتكيفون مع الإعاقة والمجتمع.

ولهذا جاءت دراستنا للمساهمة في معرفة التكفل النفسي للمصابين باضطراب التوحد، وكذلك لتسليط الضوء على دور الإحصائي في ملحقة المراكز النفسية البيداغوجي لأقسام التحضيرية لأطفال التوحد بالمسيلة.

وبهذا تم تقسيم هذه الدراسة إلى جانب نظري وجانب تطبيقي، حيث يتضمن الجانب النظري الفصول الآتية:

- **الفصل التمهيدي:** تم التطرق فيه إلى إشكالية الدراسة، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة، تحديد المفاهيم الأساسية، فرضيات الدراسة، الدراسات السابقة.
- **الفصل الأول:** وفيه عرض: اضطراب التوحد، لمحة تاريخية، تعريف التوحد، اسباب التوحد، أعراض التوحد، تشخيص اضطراب التوحد، التشخيص الفارقي بين التوحد واضطرابات اخرى.
- **الفصل الثاني:** تضمن التكفل النفسي.

أما الجانب الميداني فأدرجنا في فصلين هما:

- **الفصل الثالث:** وتضمن إجراءات الدراسة الميدانية، تعريف المنهج المستخدم، العينة وحدودها.
- **الفصل الرابع:** فقد تم فيه عرض وتحليل نتائج الدراسة ومناقشتها على ضوء التساؤلات.

لنتهي الدراسة بمجموعة من الاقتراحات.

1- إشكالية الدراسة:

تعد إعاقة التوحد من أكثر الإعاقات صعوبة وشدة وذلك من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعاني منها وقابليته للتعليم أو التطبيع أو التدريب أو الإعداد المهني أو تحقيق أي قدرة من القدرة على التعلم، أو تحقيق درجة ولو بسيطة من الاستغلال الاجتماعي والاقتصادي أو القدرة على حماية الذات الابدرجية محدودة ولعدد محدود من الأطفال، كما أنه يعوق قدرات الفرد بصفة حادة، وخاصة في مجالات اللغة والعلاقات الاجتماعية والتواصل اذ تقل وسيلة التفاهم والتفاعل بين هذا الطفل وبين المحيطين به، بل يمتد هذا النقص ليشمل العلاقة بينه وبين البيئة المادية أيضا وتبدأ حاجة الفرد للتواصل منذ الميلاد، حيث يبدأ الرضيع بالتواصل مع الأم أثناء عملية الرضاعة، فالطفل في هذا الموقف لا يطلب لبن الأم فقط إنما يرغب في وجودها بجانبه ولنا أن نتخيل لو أن إنسانا آليا قام بتزويد الطفل بكل حاجات جسمية لكان ذلك بمثابة بذور الشخصية غير السوية عند الطفل وكأن وظيفة التواصل لا يقتصر على إشباع الحاجات البيولوجية للطفل فقط، بل تمتد لتشمل الحاجات النفسية والاجتماعية أيضا وذلك من قبيل الحاجة للأمن والأمان والعطف (كامل 1994).

وينظر إلى اضطراب التوحد على أنه إعاقة نمائية تتحدد بثلاثة مظاهر أساسية تمثل في صعوبات التواصل، والمشكلات السلوكية والصعوبات الاجتماعية التي تتضح في غياب مهارات التواصل غير اللفظي أو ما تعرف بمهارات التواصل الاجتماعي (كالانتباه المشترك، التواصل البصري، التقليد، الاستماع والفهم، الإشارة إلى المرغوب فيه، فهم تعبيرات الوجه وتمييزها ونبرات الصوت الدالة عليها) التي تؤثر بشكل مباشر على تفاعلهم وعلاقتهم الاجتماعية مع الآخرين، وهذا يفسر ظهور العديد من الأنماط السلوكية الاجتماعية غير المقبولة الشائعة لديهم والتي يلجؤون إليها لعدم قدرتهم على التواصل مع الآخرين والتغيير عن احتياجاتهم باستخدام طرق وأساليب تواصل بديلة.

ويعد عجز التواصل الاجتماعي، أبرز سمات التوحد لدى الأطفال والمراهقين والشباب المصابين بالتوحد، إلا أنهم يكونون قادرين على تنمية مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية في حال توفر بيئة مناسبة وبرامج مخطط لها لتنمية هذه المهارات (Siegel, 1996).

هذا الاضطراب الذي اشغل بال الكثير من العلماء، وبذلت الكثير من الدول الأموال لكي تضع يدها على السبب الحقيقي للإصابة لكن مصطلح التوحد (L'autisme) هو مصطلح حديث ولقد تردد ذكره في بداية الأمر بين علماء النفس والأطباء النفسيين، ويعتقد أول من قدمه هو الطبيب النفسي السويسري ايجن ابلولر "Eugen Bleulea" سنة 1911 حيث استخدمه ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي، والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية.

ذلك ما يفرضه هذا الاضطراب على المصاب به من خلل وظيفي يظهر في معظم جوانب النمو "التواصل اللغوي، التفاعل الاجتماعي، الإدراك الحسي والانفعالي" مما يعيق عمليات النمو واكتساب المعرفة وتنمية القدرات والتفاعل مع الآخرين لذلك يعد التدخل العلاجي والتأهيل للأطفال الذاتويين أمراً في غاية الأهمية ينبغي أن تتكاتف من أجله جهود الأفراد والمؤسسات والمجتمعات وتقديم التكفل النفسي لإعادة تأهيلهم ورعايتهم ومساعدتهم للاندماج في الحياة العادية وفي المجتمع من خلال البرامج المبنية على عدة تقنيات ذات أهداف مباشرة لمجالات التنمية الشاملة، فيقدر ما يحتاجه الطفل التوحدي إلى عناية طبية بقدر ما يحتاجه إلى مساندة نفسية ومالها من آثار ايجابية في التخفيف من حدة الاضطراب في مجال التكفل النفسي.

وفي ضوء هذه الاعتبارات يمكن أن نلخص مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات

التالية:

- أ. ما هو دور التكفل النفسي في التخفيف من اضطراب التوحد لدى عينة من الأطفال التوحد بملحقة المركز النفسي البيداغوجي لأقسام التحضيرية لأطفال التوحد-المسيلة؟
- ب. ما هو دور الأخصائي النفسي في التخفيف من اضطراب التوحد لدى عينة من الأطفال بملحقة المركز النفسي البيداغوجي لأقسام التحضيرية للأطفال التوحد بالمسيلة؟
- ج. ما هو دور المستوى الثقافي للوالدين في التكفل النفسي لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد بملحقة المركز النفسي البيداغوجي لأقسام التحضيرية لأطفال التوحد بالمسيلة؟

2- أهمية الدراسة:

1-2 الأهمية النظرية:

- حاجة الأطفال التوحديين إلى التكفل النفسي من أجل التخفيف من شدة آثار إعاقاتهم وإدماجهم في المجتمع.
- تعد هذه الدراسة إثراء للأطر النظرية، واكتساب معرفة بالموضوع التوحد.
- الاهتمام بفئة أطفال التوحد، فهي من الفئات التي يجب دراستها وتقديم كل ما يخدم نموها وتكيفها مع المجتمع.

2-2 الأهمية التطبيقية:

- تزويد المعلمين وكل العاملين في مجال التوحد وأولياء الأمور في محاولة فهم سلوك أطفال التوحد والمشكلات المتعلقة بهم وأساليب تدريبهم وعلاجهم.
- توضيح أهمية الأخصائي النفسي العيادي في التخفيف من درجة اضطراب التوحد لدى الأطفال المصابين به.
- ضرورة تقديم التكفل النفسي لطفل التوحد والكشف عن خصوصياته.

3- أهداف الدراسة:

- معرفة دور التكفل النفسي في التخفيف من اضطراب التوحد لدى أطفال التوحد بملحقة المركز النفسي البيداغوجي لأقسام التحضيرية للأطفال التوحد بالمسيلة.
- معرفة دور الأخصائي النفسي في التخفيف من اضطراب التوحد لدى عينة من الأطفال المتواجدين بملحقة المركز البيداغوجي لأقسام التحضيرية للأطفال التوحد بالمسيلة.
- معرفة دور المستوى الثقافي للوالدين في التكفل النفسي في تخفيف من اضطراب التوحد.
- تبيان أهمية التكفل البيداغوجي والنفسي داخل وخارج المؤسسات خاصة بالأطفال المصابين باضطراب التوحد.

4- فرضيات الدراسة:

1. للتكفل النفسي دور في التخفيف من اضطراب التوحد لدى عينة من الأطفال التوحديين بملحقة المركز النفسي البيداغوجي لأقسام التحضيرية للأطفال التوحد بالمسيلة.
2. للأخصائي النفسي دور ملموس في التخفيف من اضطراب التوحد يظهر من خلال الدعم النفسي والتربوي والبيداغوجي للأطفال التوحديين بملحقة المركز النفسي البيداغوجي لأقسام التحضيرية للأطفال التوحد بالمسيلة.
3. يتدخل المستوى الثقافي للوالدين في التقليل من اضطراب التوحد سلبا وإيجابيا على التكفل لدى عينة من الاطفال.

5- تحديد المفاهيم:

- **التكفل النفسي:** هو عملية الفحص والتشخيص والعلاج النفسي التي يقوم بها الأخصائي النفسي العيادي للتكفل.
- **الأخصائي النفسي العيادي:** هو الشخص الحاصل على الأقل درجة الليسانس أو الماستر أو الماجستير في علم النفس العيادي، يعمل مع المصابين باضطراب التوحد في ملحقة المركز النفسي البيداغوجي للأقسام التحضيرية للأطفال التوحد.
- **التوحد:**

أ- لغة: توحد، يتوحد، توحد بالشيء أي تفرد به.

التوحد كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال.

ب- اصطلاحا: التوحد هو إعاقة متعلقة بالنمو وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وهي ناتجة عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ.

- ذاتوية توحد اجترار أو تيزم **Autisme**: كان أول من استخدم مصطلح Autism هو "ليوكانر Kanner" عام (1943) وتقدر نسبة حدوث هذه الحالة بحوالي 2-5 لكل 10 آلاف طفل تحت سن 12 سنة، وتبدأ مظاهرها قبل سن 36 شهرا وأهم علاماتها العزلة، وصعوبة التواصل مع الغير، والاضطراب السلوكي بالتكرار وعدم الاستجابة للمؤثرات المحيطة.

إجرائيا: هو اضطراب نمائي سلوكي يظهر بشكل متزامن من خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، يتميز بالعزلة والانغلاق على الذات، ويظهر لديه ضعف شديد في إقامة أي نوع من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين وحتى مع أقرب الناس وهم الوالدين بالإضافة إلى سلوكيات إيذاء الذات و الآخرين ونوبات الغضب، ويظهر هذا الاضطراب من خلال المعاينة التشخيصية والنفسية داخل المركز.

المركز الخاص بالأطفال التوحديين:

- المركز النفسي البيداغوجي للأقسام التحضيرية لأطفال التوحد بالمسيلة هو ملحقة تابعة للمركز النفسي البيداغوجي للمعوقين ذهنيا بالمسيلة بترخيص من وزارة التضامن، تم تدشينه بتاريخ: 2015/12/03، وتم استقبال أول دفعة يوم: 2016/01/03.

6- الدراسات السابقة:

- دراسة (Buhagian ,Nathalie 1999): عنوان الدراسة "تجارب علاجية لعلاج الأطفال التوحديين"

هدفت الدراسة إلى التعرف على أفضل الطرق لعلاج الاضطراب التوحدي والمشاكل التي يتعرض لها المعالجون، وما هو رأي المعالجين في طرق وأساليب العلاج المختلفة مع الأطفال التوحديين، واشتملت عينة الدراسة مجموعة من أطفال التوحديين، وقد أوضحت النتائج أن أربع طرق حققت نتائج ايجابية دالة وهي:

- العلاج باللعب - العلاج بالعمل - العلاج الأسري - العلاج بالتكامل الحسي.

كما اتضح أن اشتراك الآباء في البرنامج العلاجي لأطفالهم كان له أثر ايجابي فعال كما أن تقييم الطفل لابد أن يكون داخل المنزل والمدرسة ونستخلص من الدراسة السابقة مدى فعالية العلاج باللعب مع الأطفال التوحديين لكونهما تتناسب مع طبيعة وميول هؤلاء الأطفال مع تأكيد أهمية اشتراك الوالدين في اللعب مع أطفالهم.

- دراسة فريال خليل سليمان (2011): عنوان الدراسة: "بعض المهارات الاجتماعية لدى أطفال الرياض وعلاقتها بتقييم الوالدين".

تكونت العينة من 200 طفل وطفلة تراوحت أعمارهم بين 4 - 5 سنوات، واستخدمت الباحثة المقاييس التالية: مقياس المهارات الاجتماعية المصور (هيام ياقوت 2004): مقياس تقييم الوالدين للمهارات الاجتماعية لدى الطفل (إعداد الباحثة) وتوصلت الدراسة إلى:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الاجتماعية بين أطفال الرياض تبعاً لمتغير الجنس.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الآباء ومتوسطات درجات الأمهات على مقياس تقييم الوالدين للمهارات الاجتماعية لدى الأطفال.

• دراسة براون (1962):

التي قام فيها بتتبع 128 مريضا بالفصام لمدة سنة كاملة بعد خروجهم من المستشفى، وخلصت الدراسة إلى أن نسبة الانتكاسات تزيد من هؤلاء الذين يعودون لعائلات ذوي شحنات انفعالية كبيرة، سواء بالرعاية والحماية الشديدة أو العكس بالنقد اللاذع أو العدوان الدفين عن هؤلاء الذين يعودون لعائلات ذوي شحنات انفعالية سوية ويوضح ذلك مدى تأثير الانفعالات وشدتها على استقرار المريض في مآل مرض الفصام (احمد عكاشة، 1998، 306).

• دراسة روميرو (1983 Remero):

قامت هذه الدراسة على 30 مريض فصاميا مزمنًا هدفت فيها إلى معرفة مدى فاعلية العلاج بالفن وذلك باستخدام تكنيك الحركة الراقصة، وأسفرت نتائج الدراسة على أن علاج الفصامين بتكنيك الحركة الراقصة قد يسمح بمرونة في حركات جسمهم ويجعلهم يتخلون عن انسحابهم ويستطيعون التعبير عن تفكيرهم وقد اقترح روميرو أن فعالية العلاج بالرقص تكون أفضل عندما يدمج من الأساليب العلاجية الفنية الأخرى والسيكو دراما والعلاج بالعقاقير (الهام عبد الرحمان خليل، 2004، 130).

• دراسة وتشابمان 1985 Chapman Mishlove:

لعنوان سمات الشخصية ذات النمط الفصامي في علاقتها بالمهارات الاجتماعية"، هدفت التعرف على اختبار صدق مقياس سمة نقص الإحساس باللذة الاجتماعية في تمثيل الانسحاب شبه الفصامي وذلك من خلال رصد العلاقة بين الدرجة وعلى هذا المقياس والتقارير اللفظية للمبحوثين عن درجة الاستمتاع بصحبة الآخرين ومبرر هذا الاستمتاع أو عدمه.

وهذا بالمقارنة بين مجموعتين أحدهما مرتفعة الدرجة على هذا المقياس وتكونت من 38 مبحوثا (20 أنثى و18 ذكرا) والثانية منخفضة الدرجة عليه وتكونت من 45 مبحوثا (20 أنثى و25 ذكرا).

كما يقاس ذلك بمقياس أساليب التعليم والتفكير، وقد استخدمت ثلاث مقاييس للنمط الفصامي وهي مقياس نقص الإحساس باللذة الاجتماعية ومقياس التفكير السحري ومقياس الاختلالات الإدراكية بالإضافة إلى مقياس أساليب التعليم والتفكير. وباستخدام تحليل التباين في اتجاهين لدراسة تأثير كل من الجنس والتفضيلات الشقية على درجات سمات النمط الفصامي، وتكونت عينة الدراسة من 235 طالبا وطالبة من جامعات القاهرة وبنى سويف والمنيا المتطوعين للمشاركة في البحث من خارج أقسام علم النفس وكان جميع أفراد العينة من كليات نظرية كليات الآداب ودار العلوم والحقوق والتربية وهذا بمتوسط عمري (13، 19) سنة وانحراف معياري (1.39) منهم 123 طالبا بمتوسط عمري (19، 19) سنة وانحراف معياري (1.63) و112 طالبة بمتوسط عمري (04، 19) سنة وانحراف معياري (1.01).

حيث كان الباحثان يعرضان على مجموعات من الطلاب فكرة البحث والتي تتلخص كما ينقلها لهم في دراسة مدى انتشار خبرات وعادات معينة بين طلبة وطالبات الجامعة ثم تترك لهم حرية المشاركة أو الرفض وقد قمنا بهذا الضمان لجدية المفحوص وانتقاء طلبة وطالبات الجامعة (مرفت شوقي، 1993، 98) مما يضمن درجة مقبولة من ثبات الاختبارات وصدقها دون مزيد من التحقق على عينات جديدة.

كشفت تحليلات الدراسة التباين التي أجريت بهدف دراسة تأثير الجنس وتفضيل أساليب ومهارات النصف الأيسر من المخ والتفاعل بينهما وكذلك تحليلات التباين التي أجريت بهدف دراسة تأثير الجنس وتفضيل الأساليب والمهارات والتكاملية والتفاعل بينهما على درجات مقاييس سمات النمط الفصامي عن عدم وجود تأثير لكل من الجنس على حدة أو تفضي - ج ك- لأساليب ومهارات النصف الأيسر من المخ على حدة أو التفاعل بين هذين المتغيرين وكذلك كشفت عن عدم وجود تأثير لكل من الجنس على حدة أو تفضيل الأساليب والمهارات التكاملية على حدة أو التفاعل بين هذين المتغيرين على درجات مقاييس سمات النمط الفصامي ولذلك لم يقم الباحثان بعرض نتائج هذه التحليلات في إطار عرض النتائج وتحليلات التباين التي أجريت بهدف الدراسة تأثير الجنس وتفضيل أساليب ومهارات

النصف الأيمن من المخ والتفاعل بينهما التي كشف عن وجود وتأثير دال لتفضيل أساليب ومهارات النصف الأيمن من المخ على درجات مقاييس سمات النمط الفصامي الثلاث.

• دراسة وولف وآخرون (Wolff.et.al:1996):

بعنوان: "المعرفة المجتمعية بالمرض النفسي والتفاعل مع المرضى النفسيين"

هدفت الدراسة إلى: اختبار الفرضية بأن الاتجاهات السلبية نحو المرضى النفسيين ربما يحركها نقص المعرفة.

عينة الدراسة: تم أخذ العينة من سكان منطقتين قبيل افتتاح بيوت إيواء طويلة الأمد فيها للمرضى النفسيين.

أداة القياس: تم استخدام قائمة الاتجاهات المجتمعية نحو المرض النفسي وتم تحليلها بالنسبة للارتباطات بالمعرفة بالمرض النفسي.

نتائج الدراسة: 80% من المستجيبين عرفوا مرضى نفسيين، المجموعات التي أظهرت اتجاهات أكثر انضباطا اجتماعيا (خصوصا من هم فوق الخمسين سنة من العمر، وفي الشرائح الاجتماعية الدنيا، والغير قوقازيين) لديها معلومات أقل حول المرض النفسي.

وقد دعمت النتائج الفرضية بأن الاتجاهات السلبية خصوصا عند الأكبر سنا حركها نقص المعرفة، بينما لم يكن علاقة للاتجاهات السلبية بين الناس الذين لديهم أولاد مع نقص المعرفة.

• دراسة (Holden:1996):

بعنوان "اتجاهات الأطباء العامين في شمال إنجلترا نحو مرضى الفصام."

هدفت الدراسة لمعرفة اتجاهات الأطباء العامين العاملين في مستشفيات الطب النفسي المغلقة لمدة طويلة نحو مرضى الفصام الذين تتم رعايتهم بعد ترك المستشفى في المجتمع تم اختيار العينة من الأطباء في منطقة لندن، وكانت العينة تتكون من 94 طبيب.

وقد تم إعداد اختبار تم إرساله لجميع الأطباء في منطقة في شمال غرب لندن، منهم 94 طبيب من 176 طبيب المنتشرين في هذه المنطقة لسؤالهم عن اتجاهاتهم وأراءهم في الرعاية المقدمة لمرضى الفصام وعائلاتهم واتجاهاتهم نحو هؤلاء المرضى، وكانت نتائج الدراسة كالتالي:

- 87% من الأطباء يقولون أن مرضى الفصام يسببون مشاكل أثناء العمل.
- 8% اعتبروا أن مرضى الفصام يسببون كثيرا من المشاكل لهم أثناء العمل.
- 56% من الأطباء اعتبروا أن العناية بمرضى الفصام صعبة جدا.
- 44% من الأطباء اعتبروا أن مرضى الفصام وعائلاتهم كثيري الطلبات ومزعجون.

• دراسة وولديك وميلر (2000.Miller,Waldeck):

بعنوان الدراسة قياس اختلال المهارات الاجتماعية الشخصية ذات النمط الفصامي.

تهدف الدراسة إلى قياس اختلال المهارات الاجتماعية لدى مرضى من ذوي اضطراب الشخصية ذات النمط الفصامي، وأجريت الدراسة على مجموعتين الأولى من مرضى ذوي اضطراب الشخصية ذات النمط الفصامي وتكونت من 24 مريضا (12 ذكورا و12 إناثا) بمتوسط للعمر 27.92 عاما ومتوسط سنوات التعليم 15 عاما، أما المجموعة الثانية فكانت من الأسوياء وتكونت أيضا من 24 مبحوثا (12 ذكرا و12 أنثى) بمتوسط للعمر 23، 93 سنة ومتوسط سنوات التعليم 14.25 ومتوسط سنوات التعليم 14.25 عاما طبق عليهم مقياس حضاري للتعرف على الانفعالات وآخر لأداء الأدوار الشخصية المتبادلة Role playing interpersonnel، وذلك لقياس الكفاءة الاجتماعية حيث كان يطلب من المبحوثين الاستجابة لفظيا لقصة مسجلة تعبر عن مواقف اجتماعية شائعة وذلك في حالة حدوث الموقف للمبحوث وتكون هذا المقياس من 25 قصة، بالإضافة إلى مقياس ثالث للتفاعل الاجتماعي لقياس القدرة على التعرف على السلوك الاجتماعي الملائم وذلك من خلال ثمانية مواقف اجتماعية افتراضية مكتوبة وطلب من المبحوثين اختيار الاستجابة الملائمة من بين ثلاث استجابات بغض النظر على درجة ميلهم لهذه الاستجابة وكانت

نتائج هذه الدراسة إلى أن أداء الأفراد ذوي الشخصية الفصامية كان أسوأ مقارنة بالأسوياء وذلك على مقياس المواقف الاجتماعية الشائعة والتفاعل الاجتماعي.

• دراسة كارون وآخرون (Caron.et.al:2001):

بعنوان: "الفصام العقلي، حاسيس الناس في كوبا"

هدفت الدراسة إلى: تم إجراء هذه الدراسة المسحية لتحديد المعرفة، والاتجاهات الحالية عند سكان كوبا نحو المرض النفسي، وقد تم التركيز في هذه الدراسة على الاستجابات المتعلقة بالفصام العقلي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من السكان الكوبيين الذين تزيد أعمارهم عن 18 سنة وتم أخذها على طبقات حسب المنطقة ، وتم التأكيد على أن السكان من جميع الفئات العمرية ومن كلا الجنسين حيث تم اختيارهم على قدم المساواة ، تم مقابلة 1001 شخص وكان معدل الاستجابة 70,6%.

أداة الدراسة: تم استخدام استبيان على أساس استبيان موجود ذو صدق، ومناقشات مجمع عليها في جمعية الفصام العقلي في كوبا، وقد تم دمج المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية.

نتائج الدراسة: أكثر من النصف (54%) عرفوا المرض بأنه بيولوجي، وأن (40%) اعتبروا أن السبب الرئيس للفصام العقلي هو الوراثة.

تم وصف الأعراض وسؤال أفراد العينة عن اتجاهاتهم لو أن لديهم صديق له هذه الأعراض (37%) أصروا أنه على هذا الصديق استشارة أخصائي صحة نفسية، و (24%) قالوا أنه يجب تقديم الدعم الأخلاقي له مع اقتناعهم أن ذلك أقل فاعلية من استشارة أخصائي الصحة النفسية.

لو أن الشخص رفض العلاج فإن (41%) من المستجيبين قالوا أنهم سوف يصرون على الاستشارة النفسية (4%) فقط قالوا بأنهم سوف ينتظرون قرار المحكمة، وكانوا يمثلون الطبقة عالية التعليم والدخل.

وتم سؤال المشاركين عما سيفعلونه إن وجدوا أن شريكهم لديه فصام عقلي (48%) قالوا بأنه سوف يخبرون العائلة بشأنه، و (28%) أفادوا بأنهم سوف يستمرون في علاقتهم معه، و (10%) سوف يعيشون في هلع، (4%) سوف يفضلون الانفصال. بالنسبة لمشاعرهم نحو مريض الفصام العقلي اعتبر (54%) بأنه عدواني وخطير، بالنسبة لتطور المرض اعتبر (40%) من المشاركين أن الفصام العقلي لا يرجى شفاؤه، (34%) شعروا أن الجمع بين العلاج الدوائي والنفسي يمكن أن يكون العلاج المناسب.

بالنسبة لدمج مريض الفصام العقلي في المجتمع (49%) من المشاركين وافقوا هذا الرأي بينما عارضه (40%).

• دراسة فان بيلين (Van Beilen وآخرون عام 2003):

بعنوان دور الوظائف المعرفية في التنبؤ بالكفاءة الاجتماعية لدى مرض الفصام، واستهدفت الى معرفة دور الوظائف المعرفية في التنبؤ بالكفاءة الاجتماعية لدى مرض الفصام، وشملت عينة الدراسة 52 مريضا فصاميا من فئة الفصام الوجداني منهم 24 مريضا من المقيمين بالمستشفى و 28 مريضا من غير المقيمين، يمثل الذكور نسبة 75% من العينة والإناث 25% ويتراوح المدى العمري للعينة من 18 إلى 34 عاما بمتوسط 27.6 عام وانحراف معياري 7.8 عام طبق عليهم اختبار للذاكرة اللفظية وآخر للانتباه واختبار تصنيف الكروت لقياس الوظائف التنفيذية Executive functions ووظائف الفص الجبهي واختبار لتقدير درجة العجز الاجتماعي، وكانت نتائج الدراسة أن نسبة كبيرة من المرض أظهرت اختلالات في الوظائف المعرفية والاجتماعية ومع ذلك فقد أدى المنهج الإكلينيكي إلى التنبؤ بالعجز الاجتماعي لدى 21% إلى 69% فقط من الحالات، كما تشير النتائج إلى استقلالية الوظائف المعرفية عن العجز الاجتماعي، حيث كانت العلاقة بينهما ضعيفة ويشير الباحثون إلى تعارض هذه النتيجة مع ما انتهت إليه الدراسات السابقة في هذا الصدد.

• دراسة كابر وآخرون (Kabir.et.al:2004):

بعنوان " الإدراك والمعتقدات حول المرض النفسي لدى البالغين في قرية كار في شمال نيجيريا"

هدفت الدراسة لفحص المعرفة والاتجاه والمعتقدات حول أسباب المرض النفسي لدى البالغين في المجتمع الريفي في شمال نيجيريا.

تكونت عينة الدراسة من (250) شخص بالغ يقطنون في قرية كار شمال نيجيريا.

استخدم الباحث في دراسته نظام الدراسة المقطعي واختبار قبلي واستبانة تركيبية على العينة.

وكانت نتائج دراسته كالتالي:

تبين أن الأعراض الأكثر شيوعا لدى المستجيبين كأعراض للمرض النفسي بما فيه العدوانية % - والتدميرية 22%، الثثرة 21,2%، سلوك غريب الأطوار 16,16%، والتجوال 13,3% إدمان الخمور والمخدرات والحشيش ومخدرات أخرى تم تشخيص ما نسبته 19% منها، السحر واستحضار الأرواح 18% وحوالي 46% من المستجيبين فضلوا العلاج الديني للمرض النفسي، وتبين أن 24% كانوا يميلون إلى العلاج الروحي.

تقريبا نصف المستجيبين أخفوا مشاعر سلبية تجاه المرض النفسي.

أما المستجيبين المتعلمين كانوا (7) أمثال أولئك الذين سبقوا لإظهار مشاعر سلبية اتجاه المرض النفسي إذا قورنوا بغير المتعلمين من أفراد الدراسة.

• دراسة سكوت (Scott:2004):

بعنوان: "الوصمة مشاعر وخبرات 46 مريضا نفسيا"

هدفت الدراسة: وصف علاقة الوصمة بالمرض النفسي والتشخيص والعلاج النفسي مع توابع الوصمة لدى الفرد.

تكونت عينة الدراسة: حيث تم عمل مقابلات مع 46 مريض نفسي تم تجنيدهم من مراكز خدمات الصحة النفسية المجتمعية والنهارية في شمال لندن.

أداة القياس: بدأت كل مقابلة بتقديم المشارك وصفا لتاريخ المشاكل النفسية والتشخيص، والعلاج، والبيئة الاجتماعية مثل الأفراد والعائلة، وتم الطلب من المشاركين أن يتحدثوا عن تأثير المشاكل النفسية على عملهم وحياتهم الخاصة واستغرقت المقابلات في المتوسط 45 دقيقة وتم تسجيلها على شريط ثم صياغتها.

وكانت نتائج الدراسة كالتالي:

كانت الوصمة محط اهتمام شامل لكافة المشاركين تقريبا، وكان المرضى الذهانيين أو المدمنين أكثر قابلية لتسجيل مشاعر وخبرات الوصمة وكانوا أكثر تأثرا بها، مما يدل على أن الوصمة ربما تؤثر على كيفية تقبل التشخيص النفسي، ومكان تلقي العلاج، وكيفية تعامل المرضى النفسيين مع العالم.

• دراسة جوردن (Gordon:2004):

بعنوان: "الاتجاهات نحو العلاقات الشخصية مع المرضى النفسيين والمتخلفين عقليا"

- هدفت الدراسة إلى فحص الأسئلة التالية:

1- هل توجد فروق في الاتجاهات بين المجموعة المعاقة وظيفيا في مجال الصداقة والزواج بالمرضى النفسيين والمتخلفين عقليا مقارنة بمجموعات إعاقة أخرى.

2- هل الجنس، الثقافة بشأن الإعاقة والصداقات مع معاقين لدى المجموعة الغير معاقة أثرت على المعرفة المحسوسة والبعد الاجتماعي المرغوب من المتخلفين عقليا ومن ثم تحديد أن زيادة المعرفة والتواصل مع المعاقين يؤثر فعليا على الأحاسيس بالتفاعلات الاجتماعية مع المرضى النفسيين والمتخلفين عقليا.

- عينة الدراسة: تضمنت هذه الدراسة عينة من 218 طالبا من جامعة مدرستين، كل المشاركين كانوا طلبة تم دمجهم على الأقل في مساق في الإرشاد أو علم النفس قبل التخرج، لقد وقعوا على إكمال الدراسة كمتطوعين مقابل احتساب مشاركتهم كساعة أكاديمية من متطلبات تخرجهم.

- أداة القياس: أعطى للمشاركين ثلاثة أدوات للقياس.

النموذج الديموغرافي: تم سؤال المشاركين عن الجنس، العمر، العرق، المستوى التعليمي، والصداقات الحالية مع أي شخص معاق، وعدد الدورات التي شاركوا بها في مواضيع الإعاقة.

- مقياس المعرفة: عبارة عن صفحة واحدة صممت لهذه الدراسة حيث يرتب المشاركون 13 إعاقة حسب معرفتهم بالإعاقة (1=الأكثر معرفة، 13=الأقل معرفة)، كما أنه طلب منهم أن يقدروا كل إعاقة على قياس من 1 إلى 4 فيما يتعلق بمعرفتهم المحسوسة بكل من 13 إعاقة (1=الأكثر معرفة، 4=لا يوجد معرفة).

- مقياس البعد الاجتماعي: يستخدم بصورة واسعة في دراسات الإعاقة، تم الطلب من المشاركين أن يرتبوا مستوى العلاقة المريحة في التفاعل مع الأفراد في حالات الإعاقة إل 13 المختلفة، يوجد سبعة مستويات من التفاعل تتراوح من الحديث إلى الزواج بشخص ذو إعاقة معددة.

- نتائج الدراسة: سجل 36% من أفراد العينة تقريبا أن لديهم صديق ذو إعاقة، سجل المشاركون معرفة أقل عن التخلف من المرض النفسي، 65% منهم قالوا بأن لديهم معرفة إما كبيرة أو إلى حد ما بالمرض النفسي في المقابل 11% منهم فقط سجلوا معرفة كبيرة بالتخلف العقلي، وقد حدد الأشخاص الغير معاقين بأن المرضى النفسيين والمتخلفين عقليا هم الفئة الأقل رغبة من المعاقين في إقامة صداقة معهم.

• دراسة شانج وآخرون (Yu Chang, et, at 2005):

بعنوان: "اتجاهات المجتمع نحو المرضى عقليا نتائج المسح الوطني لسكان تايوان"

هدفت الدراسة للكشف عن الاتجاهات للسكان عامة نحو المرضى عقليا في تايوان بشكل محدد، وفحص تأثير اتصال اتجاهات الفرد بعد التحكم في المتغيرات الديموغرافية.

تكونت عينة الدراسة تم تنفيذ مسح وطني في شهر يناير 2003 وقد تم اختيار أفراد البحث من شرائح مختلفة خلال عينة عشوائية. تم جمع المعلومات باستخدام نظام مقابلات الهاتف والحاسوب المتفاعل.

استخدم الباحث تحليل Manova والنكوص المتعدد لاكتشاف ارتباطات الاتجاهات .

- نتائج الدراسة: كشفت النتائج أن السكان عامة يحملون مستويات عالية ونسبية من الإحساس والتسامح على التأهيل في المجتمع وعدم وجود قيود لا اجتماعية، مع ذلك هم يحملون اتجاهات أقل ايجابية نسبيا نحو عدم التسلط والجهود الطبيعية، علاوة على ذلك الاتصال المباشر والسن كانت أكثر الارتباطات أهمية تجاه اتجاهات المجتمع، التعليم والوظيفة كانت أيضا مميزة.

إن الأفكار والمعتقدات الخيرية لا تكفل بالضرورة تقبل التأهيل في المجتمع أو التعامل مع المرضى عقليا كشخص كأى شخص آخر، مع ذلك الأفكار المتعاطفة يمكن تحويلها إلى تعاطف وتقبل للكائن الإنساني شريطة إعطاء الناس الفرصة للتعامل المباشر مع الأشخاص المرضى عقليا، كما أشارت النتائج إلى أن تعليم المجتمع يجب أن يستهدف العاملين من كل المجموعات العمرية.

• دراسة لاسيبكان وآخرون (Lasebikan.et.al:2005)

بعنوان: "دراسة مجتمعية للمعرفة والاتجاه نحو المرض النفسي في نيجيريا"

هدفت الدراسة إلى تحديد مدى معرف واتجاه عينة مجتمعية ممثلة في نيجيريا من أجل تحسين تحمل الناس للمرض النفسي والذي له أهمية في دمجهم بالمجتمع.

- العينة: تم أخذ عينة عنقودية على مراحل متعددة من المشاركين القاطنين في البيت في ثلاثة ولايات في نيجيريا تمثل 22% من الناس المحليين وقد شارك 2040 فردا بمعدل استجابة 74,2%.

- أداة القياس: تم استخدام نسخة من استبيان تم تطويره بواسطة برنامج الجمعية النفسية العالمية لتقليل الوصمة والتمييز بسبب مرض الفصام العقلي.

ركز الاستبيان بصورة رئيسية على المعرفة والاتجاه نحو الفصام العقلي، وقد تم تعديله ليتناسب مع لب هذا المسح الذي يركز على المرض النفسي بدلا من الفصام العقلي، لذلك فقد تم حذف بعض البنود الخاصة بأعراض الفصام العقلي، وقد تم ترجمة الاستبيان بلغة اليوريا بواسطة لجنة من العاملين في الصحة النفسية.

تمهيد:

يعد التوحد احد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الاطفال وهو أكثر الاضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته، ويظهر خلال السنوات الثلاث الاولى من عمر الطفل، ويعوق عمليات الاتصال والتعلم والتفاعل الاجتماعي، ويتميز التوحد بالغموض وغرابة السلوك المصاحبة له، بالإضافة إلى تأخر في النمو الاجتماعي والادراكي والكلامي.

كما يعرف بأنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي وللعب التخيلي والابداعي وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الافراد وعدم القدرة على التطور البناء والملائمة التخيلية.

1- المسار التاريخي:

المسار التاريخي لتطور اضطراب التوحد: يتضمن اهم المحطات في هذا العنصر أهم المحطات التاريخية لتطور مفهوم اضطراب التوحد، هذا المسار التاريخي الذي قادنا الى اقتراح فرضيتنا القائلة بخصوصية التوظيف النفسي للشخص المتوحد.

مصطلح التوحد المترجم عن اللغة الفرنسية (autisme) ينحدر من أصل يوناني يعنى الذات استعمل لأول مرة عام 1911 من قبل الطبيب العقلي بلولر (bleuler) ليشير به الى الهروب خارج الواقع والانسحاب الى العالم الداخلي لدى المرضى الفصامين الراشدين، واعتبر بعد ذلك اضطرابا عقليا ناتجا عن خلل في النمو المعرفي عام 1930 ومن منظور نفسي تحليلي أشارت ميلاني كلاين في مقالها: أهمية تكوين الرمز في منو الأنا

الى l'importance de la formation –du symbole dans le developpement du moi حالة الطفل (dick) البالغ من العمر أربع سنوات و الذي قدم جدولا عياديا لاضطراب التوحد، يظهر من خلال اللاتمايز أمام حضور أو غياب الأم والبلادة العاطفة وعدم الاهتمام لأي شيء ما عدا غلق وفتح الأبواب والقطارات المتحركة، غياب كل أنواع التواصل مع المحيط والآخرين، وأشارت ميلاني كلاين الى صعوبة المتواجدة لدى هذا الطفل في تكوين الرموز ليصنف هذا الاضطراب عام 1943 من قبل الطبيب الأمريكي (leo kanner) في مقاله الأصلي – autistic disturbances of affective contact

الذي تناول فيه دراسة أحدا عشر طفلا كاضطراب خاص بالأطفال وسماه بتوحد الطفولة المبكرة (autisme infantile precoce) والذي يتميز باضطراب جوهري يخص عدم القدرة الطفل على اقامة علاقات عادية مع الأشخاص والاستجابة الطبيعية للوضعيات في بداية الحياة.

2- تعريف التوحد:

1.2 لغة:

التوحد "Autism" مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية "Autos" والتي تعني نفسه (soi même) (Bloch et al. 1999 . p109).

2.2 اصطلاحا:

لقد تعددت تعريفات التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن أهمها ما يلي:

عرف اضطراب التوحد من طرف العديد من الباحثين ومن بينهم نجد لبوكاير (Kanner Leo، 1943) الذي عرف اضطراب التوحد على أنه: "حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم" (Norbert Sillamy. 1999.p31) ويصف الأطفال التوحديين بأنهم لديهم اضطرابات لغوية حادة، كما أنهم يقاومون التغيير كليا، ويظهر ذلك من خلال تكرار استعمال الأنشطة مثل وضع الطفل لملابسه في نفس الترتيب.

كما يطلق كمال الدسوقي (1988) على التوحد مصطلح (الاجترارية) والتي هي: "الاهتمام المرضي بالنفس مع عدم المبالاة بالآخرين ومع الميل للتراجع إلى الخيالات الباتولوجية التي تنظم تفكير المرء أو إدراكه لحاجاته أو رغباته الشخصية والذي يكون قائما على حساب الحقيقة الموضوعية، وفهم العالم الخارجي على أنه أقرب لرغبات المرء على ما هو في الحقيقة في إطار تحقق الغربة عند الرفض تصديقها" (ماجدة علي عمارة ، 2005، ص15).

ويرى إسماعيل بدر (1997) أن التوحد هو: "اضطراب انفعالي واجتماعي ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية، وخاصة التعبير عنها بالوجه أو اللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية" (محمد أحمد خطاب، 2009، ص17).

والتوحد عند جمال مثقال القاسم هو: "هو اضطراب يظهر منذ الولادة، ويعاني المصابون به بعدم القدرة على الاتصال بأي شكل من الأشكال مع الآخرين إضافة إلى ضعف أو انعدام اللغة لديهم، خاصة في مراحل العمر الأولى" (جمال مثقال القاسم ، 2000 ، ص128).

أما الدليل على الإحصائي الرابع المراجع لتشخيص الاضطرابات العقلية النفسية (2000 DSM-IV-RT) فعرفه على أنه الاضطرابات الارتقائية المتشددة، الذي يشير إلى أن الطفل التوحدي يكون منطوي ومنعزل على نفسه، حيث يكاد التواصل الاجتماعي ينعدم سواء باللغة أو باللعب، فهم لا يستطيعون رعاية أنفسهم كما يتميزون أيضا بالنمطية والتكرار حيث يكررون دائما سلوك واحد أو أكثر (Association Psychiatrie American، 2003، p85).

أما كولمان (Coleman، 2003)، فيصف الذاتية بأنها إحدى الاضطرابات الارتقائية العامة التي تتسم قصور واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي والقدرة على التواصل كما أنها تتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات والأنماط السلوكية المحدودة مع وجود اضطرابات في اللغة والكلام، وتبدأ قبل سن الثالثة من العمر (إيهاب محمد خليل، 2002 ، ص40).

إضافة إلى التعاريف السابقة تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي التوحد على أنه: "إعاقة في النمو التي تكون مزمنة وشديدة حيث تظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل، وهي نتاج اضطراب عصبي يؤثر سلبا على وظائف الدماغ، وينتشر بين الذكور أكثر من الإناث، كما أنه قليل الانتشار بين الأطفال ويحدث بين كافة الشرائح الاجتماعية والعرقية" (سعيد حسن، 2002، ص 34).

ولابد من الإشارة إلى أن التباين في تعاريف ومصطلحات التوحد مثل الاجترارية، الذاتية، عصاب الطفل، توجد الطفولة المبكر، الفصام الطفولي، دهان الطفولة، التفكير الاجتراري قد أحدث الكثير من الإرباك حول هذا المفهوم.

إلا أن صفات ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية (العدوانية والاندفاعية) تختلف منها عن الأطفال التوحديين، حيث ساعد البحث الحديث وعلم الجينات والكيمياء العصبية وعلم الأعصاب في إبراز التوحد كخلل صحي أو إعاقة تطويرية شاملة (أسامة محمد البطانية، 2007).

ومن خلال التعاريف السابقة نجد أن التوحد اضطراب متعدد الأسباب والأعراض، وبسبب قصورا في النمو وقد تظهر أعراضه متعددة أو منفردة أو متداخلة مع اضطرابات أخرى.

ومن كل ما سبق نقول أن اضطراب التوحد في النمو، يصيب الطفل في سنواته الأولى، ويظهر في شكل أعراض متنوعة ومختلفة في درجتها وشدتها، من طفل لآخر، والمؤثرة على كل جوانب النمو المختلفة من حيث اللغة، التواصل، النمو الحسي والحركي، النمو الانفعالي، النمو الاجتماعي ومن حيث الجانب السلوكي إلى آخره ما يجعله منظويا ومنسحبا عن العالم الخارجي مكونا لذاته عالما خاصا به.

واضطراب التوحد يعود لعدة أسباب نفسية، بيولوجية، كيميائية تؤدي بالطفل للإصابة به.

3- أسباب التوحد:

إلى حد الآن لم تتوصل البحوث العلمية إلى معرفة السبب الرئيسي الذي يعود إليه اضطراب التوحد، حيث توجد عدة أسباب يرجع 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 الاضطراب، وتتمثل الأسباب التي توصل العلماء إلى كشفها لحد الآن فيما يلي:

1.3 النفسية: (Psychological Factor):

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

لقد أشار بيتلهين (Bettelheim) إلى أن سبب التوحد قد يعود إلى نقص في تعزيز الوالدين للتطور الطبيعي لنخيرة استجابات الطفل (سعيد حسني العزة، 2002، ص61) والذي قد ينسلخ من الواقع ويعاني من التوحد، حيث أن هذا الأخير يأخذ اهتمام الوالدين وخاصة الأم، فيتصرف عن الطفل الأول لمقابلة احتياجات الطفل الجديد، فيشعر الطفل الأول بالغيرة والحرمان لعدم اهتمام الأم به مثلما اهتمت به قبل ميلاد الطفل الجديد (ماجدة علي العمارة، 2005، ص26).

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

وقد يعود الاضطراب إلى إصابة الأم بالانفصام، أو بسبب معاناتها من مرض عاطفي واضح، أو تكون متعلقة طفوليا بوالديها لدرجة أنها لا تستطيع القيام بدورها، وقد يكون التعارض بين دوري الأب والأم سببا في اضطراب الطفل، فعندما تظهر الأم أقل إحساسا بالأثوثة عن الوضع الطبيعي، أو يبدو الأب أقل إحساسا بالأبوّة 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 غير الأب من هذه العلاقة التي تشعره بأن الطفل قد أخذ كل اهتماماتها ووقتها، وهذا يؤدي للجمود العاطفي بين الأم والأب، ما يجعل هذا الأخير منعزلا، 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 وراثية.

2.3 الوراثة الجينية: (Factor Genetie):

هناك فريق من الباحثين ممن يؤكدون دور وتأثير الجانب الوراثي الجيني على إصابة الطفل باضطراب التوحد بحيث تقوم المورثات (الجينات) بنقل الكثير من الخصائص البشرية من الوالدين إلى طفلهم كاللون، الطول، الشكل... الخ، إضافة للكثير من الاضطرابات 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 الاضطراب.

وان نتائج الفحوص التي أجريت على الأطفال التوحديين تشير إلى وجود كروموزوم اكس (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، ص27).

وعليه فإن العديد من الدراسات أشارت إلى الأسباب الجنية والتي ركزت على دراسة الكروموزومات خصوصا في حالات ولادة التوائم المتطابقة والتوائم المتشابهة، حيث أجريت ثلاث (03) دراسات في مجال التوائم، اثنتان 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%) إضافة إلى الدراسة التي قام بها كل من جود و ماندال (Judd et Mandell) حيث أشارت هذه الدراسة إلى أن نسبة حدوث هذا الاضطراب في التوائم المتطابقة تكاد تكون (100%) في حالة إصابة أحدهما باضطراب التوحد والسبب في ذلك يعود إلى التطابق الوراثي الكبير للجينات والكروموزومات في حالة التوائم المتطابقة وبالتالي فإن احتمالية تعرضهم لهذا الاضطراب هي أكثر من التوائم المتشابهة (جمال مقال قاسم، 2000).

كما أثبتت بعض الدراسات الحديثة ليذا (Lida، 1993) أن هناك ارتباطا بين التوحيدين خلل الكروموزومات، وأوضحت هذه الدراسة أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية وهذا مع تواجد هذا الكروموزوم الذي يسمى (Fregil 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 احتمالية إصابة الآخر بالتوحد و نسبة لا تقل عن (90%) كما تشير الى 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 ، ص 172).

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 كينونيوريا" (PK4) وحالات التوحد (جمال مقال قاسم، 2000، ص135).

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، ص157).

حيث حدد الباحثون جينا واحد يدعى (Gabra 4) أنه مرتبط بمخاطر التوحد إضافة لتفاعل الجين الآخر الذي يعرف بـ (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 توحد دراسات تؤكد أن التوحد قد يعود لأسباب بيولوجية.

3.3 البيولوجية: (Somatic Factor):

ان 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 المنحى 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 علل أو أمراض معينة في الدم أثناء فترة الحمل أو تعرضها أثناء الولادة إلى نقص الأكسجين، أو تعرضها لحادث يؤدي إلى إصابتها بنزيف 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 و الخلل في التآزر الحركي والحسي إلى وجود خلل في الدماغ حيث أن معظم هؤلاء الأطفال لديهم نشاط غير طبيعي في موجات الدماغ (R. jordon et Al 1997.p3).

كما أكد ووترهوس (Woterhose) في دراسته على وجود شذوذ لدى الطفل التوحدي على جهاز رسم المخ الكهربائي والتي توصلت إلى حوالي 10% - 80%.

وهذا ما يشير إلى فشل التجنب المخي والاستجابة السمعية المستشارة من جذع المخ لدى الطفل التوحدي (سهى أحمد أمين نصر، 2002، ص22).

ولتقدم توضيح أكثر عن الأسباب البيولوجية نجد الباحث كوندون (Condon) جمع أدلة كثيرة عن وجود أسباب بيولوجية لاضطراب التوحد في السنوات الماضية من أبحاثه، واستخدم تحليل الاضطراب اللغوي في السلوك الإنساني بما في ذلك أطفال التوحد وصعوبات التعلم وقد وجد أن كل هؤلاء الأطفال يبدون استجاباتهم 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 للاستجابة.

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 واحتمالية 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 الاجتماعية (خولة أحمد يحي، 2003).

وفي دراسة تقدمت بها سميرة عبد اللطيف في المؤتمر القومي السابع لاتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، بجمهورية مصر العربية الذي أقيم بالقاهرة في الفترة من (8-10 ديسمبر 1998)، ذكرت أن أسباب إعاقة التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية وليست نفسية قد تكون الحصبة الألمانية أو ارتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل أو وجود غير طبيعي الكروموزومات تحمل عينات معينة أو تلفا بالدماغ إما أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأي سبب مثل نقص O2 مما يؤثر على الجسم والدماغ فتظهر أعراض التوحد.

كما أشارت الدراسات لارتفاع غير عادي في الإصابة بهذا الاضطراب 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 الاتجاه يؤكدون بدراساتهم أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب بيولوجية تعود لخلل في النظام البيولوجي للطفل، لكن توجد أيضا دراسات تؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب كيميائية وحيوية.

4.3 الكيمائية الحيوية:

تلعب الاضطرابات الكيميائية الحيوية دورا كبيرا في حدوث اضطراب 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 (Transmetteur Neuro) وهي مواد كيميائية بتركيز مختلفة من وقت لآخر حسب عملها في الحالة الطبيعية، ولتوضيح الصورة نذكر البعض منها:

إن العلماء وجدوا نسبة من بعض المواد في المناطق التي تتحكم في العواطف والانفعالات 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 ارتفاع في بلازما السيروتونين (plasma serotonin) وهذا الاكتشاف ليس خاصا باضطراب التوحد فقط فالأطفال المتخلفين عقليا بدون اضطراب التوحد يظهرون أيضا تلك الصفة (محمد أحمد خطاب ، 2009 ، ص46).

كما يتزايد وجود الدوبامين (Dopamine) في المناطق التي تتحكم في الحركة الجسمية، وقد وجد أن استخدام العلاج لتخفيض نسبتها يؤدي إلى تحسن الحركة لدى الأطفال الذين لديهم حركات متكررة (أسامة محمد البطانية، 2007، 599).

ويشير سيمون وجيليس (Simond And Gillies، 1964) إلى احتمال نقص الجلوكوز والأنسولين عند بعض الأطفال التوحديين، كما أن نسبة من هؤلاء الأطفال يعانون من زيادة تركيز عنصر الرصاص في بلازما الدم، وهذه النتيجة تتفق مع كل من دراسة مانكريف (Mancrief، 1966) و دراسة أوليفر وأوجرمان (Oliverman and o Croman، 1966) (السيد علي عمارة ، 2005 ، ص29).

وان كانت هذه العوامل المبنية على دراسات علمية تؤكد التوحد يعود إلى اضطرابات كيميائية حيوية، فانه توجد دراسات أخرى تؤكد بدورها أن اضطراب التوحد يمكن أن يعود لخلل في الجهاز العصبي المركزي، وهذا ما ستعرض إليه فيما يلي:

3.5 خلل في الجهاز العصبي المركزي:

لقد وجه نحو هذا المجال اهتمام كبير، وهذا يعود لظهور التوحد خلال الأشهر الأولى من حياة الطفل، ولتأثيره المنتشر في كل مظاهر التطور واستمراره طول الحياة بوجود قصور وظيفي في الجهاز العصبي المركزي.

كما حاول بعض الباحثين تفسير التوحد على أنه قصور في المجال الدهليزي من الدماغ للاعتقاد 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- البصر)، والبعض قد تظهر عليهم أعراض التوحد، و لكن 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 اذ قد يكون هناك قصورا جينيا في وظائف المخ الفيزيولوجية الكهربائية، وقد أثبتت دراسة إيمان أبو العلا (1995) على أن تصوير بالأشعة المقطعية وتصوير المخ بالرنين المغناطيسي تشير إلى احتمال وجود دور للمخيخ وجذع الدماغ في حالات التوحد كما أنه توجد اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث.

بينما ذكر باجافالير وميرجيريان (Merjarian and valier Bacha، 1994) أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم خلل في الجهاز العصبي الطرفي الذي يؤثر في سلوكياتهم الاجتماعية والعاطفية والتعلم والذاكرة (قحطان أحمد الظاهرة، 2009، ص87).

ويؤكد بعض الباحثين على دور العوامل العصبية في حدوث الذاتية حيث ظهرت العديد من الدراسات التي حاولت الربط بين الخلل العصبي وحدث الذاتية وأوضحت النتائج وجود اختلاف وفروق في البناء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي بين الأطفال الذاتويين وغير الذاتويين (إيهاب محمد، 2003، ص75).

وتشير دراسات تريبارثن و آخرون (Treavarter etAl، 1996) إلى وجود أدلة حديثة على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية بنشر في مركز المخ وبصفة خاصة في مراكز الانتباه والتعلم.

وتجدر الإشارة إلى أن تلك الأسباب لم يتم تأكيد منها بشكل علمي قاطع حتى هذا اليوم ليعتبرها مسببا أساسيا في حدوث اضطراب التوحد.

وعليه فالخلل الذي يكون في الجهاز المركزي قد يكون سببا في حالة التوحد ولكن هناك اتجاه آخر يؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب ما قبل الولادة أو اثنائها.

6.3 أسباب ما قبل الولادة واثنائها:

أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب أن الاضطرابات 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:

1.6.3 الالتهابات الفيروسية: (Viral infection):

- الحصبة الألمانية: وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.
- تضخم الخلايا الفيروسية: وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.
- الالتهاب الدماغي الفيروسي: وهو التهاب دماغي فيروسي يتلف مناطق المسؤولة عن الذاكرة.

2.6.3 اضطرابات عملية الأيض (netaboli): تتمثل في:

- حالات شذوذ أيض البيورين: وهو خلل في الأنزيمات 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 المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى أن تكون العمليات داخلية مضطربة لكن في هذه النظرية نقاط ضعف، فهذه المواد لا تتخلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصب بالتوحد لذلك تأتي نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز

العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ، والمؤثرة على الدماغ ما يؤدي لحدوث أعراض التوحد (خولة أحمد يحي، 2001، ص595).

3.6.3 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.

- تأخر النمو وصغر حجم الرأس وغزارة شعر الجسم وليونة المفاصل.

- السمنة واصطباغ شبكة 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 للأمراض وبائية قبل أو بعد الولادة مثل السفلس والحصبة الألمانية.

- التعرض للكحول والمخدرات والتعرض للكيمويات 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 البطانية، 2007، ص596).

فالأم قبل الولادة أو اثنائها تتعرض لمجموعة من الأمراض التي تؤثر على جنينها

وبالتالي وجود إمكانية إصابته باضطراب التوحد (R. jardon.et al;1997, p03).

كما قد وجد العالمان دايكن وماكلان (Maclaman and Dyken) أن أمهات الأطفال المصابون بالتوحد قد تعرضن لتعقيدات الحمل أكثر من أمهات الأطفال الطبيعيين مثل حالات النزيف التي كانت تصيبهم خصوصا بعد الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل وكذلك الحصبة الألمانية والتوكسوبلازما أثناء الحمل.

وقد أشار كالفن Calvin إلى أن نسبة حدوث التوحد تزيد في حالات الولادة المبكرة (أطفال الخدج) والعملية القيصرية كطريقة للولادة.

كما أشار (Geno) إلى وجود بعض حالات الإدمان على الكحول والأمراض النفسية والعقلية لدى أسر 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 منقال 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 اثنائها قد تؤدي لحدوث اضطراب التوحد لدى الطفل، سواء كانت مختلف الأمراض أو الإصابات التي تتعرض لها الأم أو الالتهابات 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 و لكنه غير معروف لحد اليوم.

4- أعراض التوحد:

إن أعراض اضطراب التوحد مختلفة في شدتها وعددها من طفل لآخر حيث تمس الجانب اللغوي، العلاقات الاجتماعية، الاتصال والسلوك.

وإذا ما تحدثنا عامة فإنها تكون واضحة في الجوانب التالية: التواصل، التفاعل الاجتماعي، المشكلات الحسية، اللعب والسلوك.

وإن مجموعة الأعراض السلوكية للتوحد هي على النحو التالي:

- يتصرف الطفل وكأنه لا يسمع ولا يهتم بمن حوله.
- لا يجب أن يحضنه أحد.
- يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.
- لا يخاف من الخطر.
- يكرر كلام الآخرين.
- نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه.
- لا يلعب مع الأطفال الآخرين.
- ضحك واستثارة في أوقات غير مناسبة.
- بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة.
- يقاوم تغيير الروتين.
- لا ينظر في عين من يكلمه.
- يستمتع بلف الأشياء.
- تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة.
- فقدان الخيال والإبداع في طريقة لعبه.
- وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل: هز الرأس أو الجسم أو اليدين.
- قصور أو غياب القدرة على التواصل والاتصال (محمد علي كامل، 2003، ص10).

فأعراض سلوك الطفل التوحدي تكون عادية نسبيا حتى يبلغ من العمر عامين إلى عامين ونصف يلاحظ الوالدين بعد ذلك تأخر في النمو اللغوي ومهارات اللعب بالإضافة إلى التفاعل الاجتماعي.

والأطفال التوحديون ليس لديهم نفس الدرجة والشدة من الاضطرابات، فالتوحد قد يكون بعلامات بسيطة، وقد يكون شديدا باضطراب في كل مجالات التطور عامة. (خالدة نيسان، 2009، ص122).

حيث ترى خالدة نيسان (2009) أن الأطفال التوحديون تظهر لديهم أعراض كصعوبة الاتصال وبطء نمو اللغة أو توقفه تماما، أو يستخدم لغة الإشارة.

فالرضع لا يستطيعون الوغوة وعندما تظهر لغة الطفل فهي تظهر بشكل غير طبيعي مثلا فيها تزيد الكلمات والجمل غير ذات معنى، وبعض الأطفال يكون لديهم عكس الضمائر (أنت بدلا أنا) وعادة ما يقوله الآخرون.

مشاكل اللغة و الكلام كثيرة في الأطفال التوحد ويعتقد الكثير من المختصين أن 50% من المتوحدين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم.

كما أن الأطفال التوحديون لا يستطيعون فهم المزاج والسخرية.

يتشابه الأطفال التوحديون مع الأطفال العاديين في خصائص المظهر العام بل إنهم كثيرا ما يكونون أكثر جاذبية، كما يذكر لويس مليكة (1998) أن الأطفال التوحديون في مراحل حياتهم المبكرة يعانون من صعوبات في الجهاز التنفسي ونوبات الحس وإمساك وحركات غير منضبطة (إيهاب محمد خليل، 2003).

ولقد وصف أحد آباء الأطفال الذين راقبهم كانر (Kanner) لابنه قائلا: "يبدو مقتنع بذاته لا يظهر انفعالات عندما يؤنب، لا يلاحظ حقيقة أن أي شخص يأتي أو يذهب لا يبدو سعيدا برؤية والده أو أمه أو زميله باللعب، يبدو أنه منسحب ومتفوق على نفسه" (إبراهيم عبد الله فرج الزريقان، 2004، ص36).

كما يشير كوجال و كوفرت (Koegal and Lovert، 1972) أن الأوتيزم يشير إلى ظهور مؤشرات الانسحاب الاجتماعي وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية متكافئة بالإضافة إلى الاضطرابات في اللغة والقدرات الإدراكية والمعرفية وانخفاض القدرة على فهم التعليمات اللفظية (طارق عامر، 2008، ص17).

إما سميث (Smith، 2001) فإنه يلخص أعراض التوحد على النحو التالي:

- إعاقة في التفاعلات الاجتماعية التبادلية:
- لا يطور مودة وصدقة للآباء وأعضاء الأسرة.
- نادرا ما يلاحظ الانفعالات مثل العطف والغضب.
- الميل إلى استعمال الإشارات غير لفظية مثل: (الابتسام، الإيماءات، التواصل الجسمي).
- لا يوجد تواصل بالعين.
- اللعب التخيلي نشاط نادرا ما يلاحظ.
- يظهر نقص الإيماءات التواصلية الاجتماعية والنطق خلال الأشهر القليلة الأولى.
- قدرات تواصل ضعيفة:
- اللغة الوظيفية غير مكتسبة بشكل كامل أو غير متقنة.
- محتوى اللغة غالبا غير مرتبط بالأحداث الفورية.
- سلوك نطقي نمطي وتكراري.
- لا يحافظ على المحادثة.
- المحادثات التلقائية نادرا ما يبديها.
- يمتاز الكلام بأنه لا معنى له وتكراري.

- عكس الضمائر.
- الإصرار على التماثل:
- التضايق الواضح عند تغيير البيئة مظاهر الروتين اليومي يصبح طقوسيا.
- ظهور سلوك تكراري.
- سلوكيات نمطية مثل (التأرجح والتلويح باليد) صعب إيقافها.
- أنماط سلوك غير اعتيادية:
- اعتداء على الآخرين خصوصا في حالة الشكوى.
- سلوك إيذاء الذات مثل الضرب و الغضب.
- ظهور مخاوف اجتماعية تجاه الغرباء والمواقف غير اعتيادية والبيئات الجديدة.
- تؤدي الإزعاجات العالية إلى ردود فعل الخوف (إبراهيم فرج عبد الله الزريقان، 2004، ص44).
- فان أعراض التوحد قد تتباين من البسيط إلى الشديد لأن هذا الاضطراب يمس كل جوانب نمو الشخصية للطفل ومنها الجانب الجسمي والحركي والعقلي وكذا الاجتماعي من حيث الاتصال والسلوك عامة ما يعيقه عن الحياة الطبيعية والتكيف مع مختلف ظروف الحياة.

5- تشخيص اضطراب التوحد:

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

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

وتشخيص اضطراب التوحد مر بعدة محاولات، وأولها كانت لـ كانر (Kanner، 1943) الذي وضع معايير لتشخيصه، كما جاء أيضا كل من العالمان بولان وسبنسر اللذان وضعوا مقياس أعراض التوحد في المراحل العمرية الأولى.

كما تجد المعايير التي وضعتها الجمعية الوطنية لرعاية أطفال التوحد، وكذا الدليل الدولي العاشر لتصنيف الأمراض (ICD10) وكذا الدليل الإحصائي الرابع المراجع للجمعية الأمريكية للطب العقلي (DSM IV TR).

1.5 معايير تشخيص التوحد كما نص عليها DSM IV TR:

أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع TR.IV.DSM إلى أن أعراض التوحد تشمل على ظهور (1) أعراض أو أكثر المجموعات (1،2،3) التالية واثنين من أعراض المجموعة (1) وعرض واحد لكل من المجموعتين (2،3).

• وتضم المجموعة (1): إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي: ويعبر عن ذاته بواسطة اثنين على الأقل من الأعراض التالية:

1- قصور واستعمال قليل للسلوكيات غير اللفظية مثل تلاقي العين بالعين وتعبيرات الوجه مثل (الابتسامة، العبوس) أو حركات في المواقف الاجتماعية والاتصال مع الآخرين.

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

3- غياب المشاركة الوجدانية و الانفعالية أو التعبير عن المشاعر.

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

• وتضم المجموعة (2): قصور كفي في القدرات على التواصل: ويكشفها واحد على الأقل من الأعراض التالية:

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

2- لغة غير مألوفة تشتمل على التكرار والنمطية.

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

4- غياب وضعف القدرة على المشاركة في اللعب أو تقليد الآخرين الذين يتناسب مع العمر ومرحلة النمو.

- تضم المجموعة (3): قصور نشاط الطفل على سلوكيات نمطية وتكرارية: كما هي ظاهرة على الأقل في واحدة من التالية:

1- استغراق وانشغال بأنشطة واهتمامات نمطية شاذة من حيث شدتها وطبيعتها.

2- حركات نمطية تكرارية غير هادفة مثل (فرقة الأصابع، وضرب الرأس، وتحريك الجذع للأمام والخلف).

3- انشغال طويل المدى بأجراء من الأدوات والأشياء مثل يد لعبة، سلسلة مفاتيح.

4- جهود وعدم مرونة في الالتزام بسلوكيات وأنشطة روتينية لا جدوى منها (يحي القبائلي، 2001، ص257).

ونفس الشيء تجده في تشخيص اضطراب التوحد وفقا للدليل الإحصائي الرابع المراجع للجمعية الأمريكية للطب العقلي (TR.IV.DSM) فحسبه وحسب الدليل العاشر (ICD 10) فان اضطراب التوحد يبدأ قبل سن الثالثة (American Psychiatric Association, 2003, p 87).

2.5 التصنيف الدولي العاشر نظام (ICD 10):

الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) والشكل النهائي لـ (ICD 10) ظهر في عام (1993)، حيث يقسم هذا النظام إلى خمس فقرات أساسية حيث سيتم ذكر الجوانب الأساسية وهي:

أ- ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة.

ب- قصور نوعي و واضح في القدرة على التواصل.

ت- قصور نوعي في التبادل الاجتماعي.

ث- سلوكيات واهتمامات تتصف بالنمطية والرتابة.

ج- أن يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية إعاقات نمائية أخرى أو أثرت في القدرة على التواصل اللفظي مصحوب بمشاكل اجتماعية عاطفية أو تخلف عقلي مصاحب له اضطرابات انفعالية وسلوكية أو متلازمة، ريت (RETT) أو انفصام الشخصية المبكر (يحي القبائلي، 2001، ص258).

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

3.5 العلامات المبكرة للتوحد:

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

- من صفر إلى ستة أشهر: يمكن أن تجد اضطرابات متكررة في التفاعل.
- طفل هادئ لا يبكي أبدا ولا يشتكي.
- اضطراب في النشاط في شكل ضعف النشاط.
- انعدام الحوار ابتداء من 2-3 أشهر.
- انقطاع واضح في النظر الذي يمكن أن يحمل بصفة متكررة هيئة تجنب متكررة للنظر.
- اضطراب في النوم والأرق.
- وعامة طفل هادئ (جامد).
- اضطرابات في الأكل (انعدام المص، فقدان الشهية).
- انعدام الابتسامة التلقائية ابتداء من الشهر الثالث (daniel marcell , 2006 , p 297).

• من 06 أشهر إلى 12:

- غير حنون وغير مبال بالألعاب الاجتماعية.
- متصلب، وغير مبالي بما يؤخذ بين الأيدي (rigide).
- انعدام التواصل الشفوي أو غير الشفوي.
- نفور و اشمئزاز من المأكولات الصلبة.
- عدم انتظام مرحلة التطور الحركي.

• السنة الثانية والثالثة:

- غير مبال بالاتصال الخارجي أو الاجتماعي.
- يتصل بتحريك يد البالغ.
- اهتمامه الوحيد بالألعاب يكمن في تصنيفها.
- متعصب.
- يقوم بصرف الإنسان بالإضافة إلى الحك والمسح.

• السنة الرابعة والخامسة:

- غياب التواصل البصري.
- اللعب، غياب الابتكار التخيل ولعب الأدوار.
- يقاوم التغيير الذي يحدث في البيئة المحيطة به (Marion Leboyer , 1985 ,p21).

وعليه فحسب هذا الباحث فان أعراض اضطراب التوحد تشمل مراحل العمر بدءا من الميلاد إلى غاية سن الخامسة.

حيث تستمر الأعراض في مراحل حياته كما تنقص أو تزيد في الشدة.

ويمكن أن تساعد القائمة التالية في الكشف عن وجود التوحد، في حالة أن طفلا ما أظهر 07 أو أكثر من هذه السمات فان تشخيص للتوحد يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار وهذه السمات هي:

- 1- صعوبة الاختلاف والتفاعل مع الآخرين.
- 2- يتصرف الطفل وكأنه أصم.
- 3- يقاوم التعلم.
- 4- يقاوم تغيير الروتين.
- 5- الضحك والقهقهة في أوقات غير مناسبة.
- 6- لا يبدي خوفا من المخاطر.
- 7- يشير بالإيماءات.
- 8- لا يحب العناق.
- 9- فرط الحركة.
- 10- انعدام التواصل البشري.
- 11- تدوير الأجسام واللعب معها.
- 12- ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء.
- 13- يطيل البقاء في اللعب الانفرادي.
- 14- أسلوب متحفظ وفاتر المشاعر. (خالدة نيسان، 2009 ن ص128).

رغم كل هذه المعايير التشخيصية إلا أن يصعب تشخيص اضطراب التوحد لذلك الاختلاف أعراضه اختلاف شدتها كما قد يحدث بين اضطراب التوحد واضطرابات أخرى.

6- التشخيصات الفارقة للتوحد:

ليس التوحد يبعد عن الحالات الاكلينيكية الأخرى، فهو يتداخل ويتشابه الى حد كبير مع حالات الاضطرابات الأخرى، الأمر الذي يؤدي الى الارباك في التحديد الدقيق للحالة التي يعاني منها الطفل، وينشأ أحياناً عن هذا الوضع التصنيف والتشخيص الخاطئ لحالة الطفل وبناءاً على ذلك أشار العديد من العاملين في هذا المجال الى اعتماد الفروق بين أعراض الاعاقات والاضطرابات المختلفة للوقوف على التشخيص دقيق وسليم، وهو ما يسمى بالتشخيص الفارقي والذي من خلاله يمكن الحكم بالتالي على وجود حالة التوحد من عدمه (فضيلة الراوي، آمال حماد، 1999، ص48).

1.6 التوحد والاعاقة العقلية:

ان مظاهر التوحد تشبه في بعض سلوكياتها الى حد كبير سلوكيات الاعاقة العقلية وهنا لابد أن نشير الى عدد من النقاط التي ينفرد بها التوحد ويتميز بها عن الاعاقة العقلية وجدول يوضح تلك الفروق:

جدول رقم (01) يوضح الفروق بين التوحد والاعاقة العقلية.

الأطفال المعاقين عقليا	الأطفال التوحديين
- متعلقين بالآخرين ولديهم الى حد ما بعض الوعي الاجتماعي.	- يختفي لديهم التعلق بالآخرين بالرغم من تمتعهم بمستوى ذكاء متوسط.
- لا يتمتعون بمثل هذه القدرات أو المهارات.	- لديهم القدرة على أداء المهام الغير لفظية وخاصة الادراك الحركي والبصري ومهارات التعامل مع الآخرين.
- القدرة اللغوية واستخداماتهم للغة تتناسب مع مستوى ذكائهم.	- كمية اللغة واستخدامها للتواصل غير موجودة وان وجدت فان استخدامها يكون شاذاً.
- نسبة وجود العيوب الجسمية لديهم أكثر بكثير من التوحديين.	- قلة العيون الجسمية.
- لا يتمتعون بأي مهارة من التي ذكرت.	- تبدو عليهم بعض المهارات الخاصة مثل التذكر وعزف الموسيقى وممارسة بعض ألوان الفنون.
- يظهرونه الأطفال المعاقين عقليا من نظائهم لدى أطفال التوحد.	- لديهم سلوكيات نمطية شائعة كحركات الذراع واليد أمام العينين والحركات الكبيرة مثل التآرجح.

2.6 التوحد والاضطرابات السمعية والبصرية:

من بين الأعراض والسلوكيات التي قد يشتركون فيها مع بعض سلوكيات الأطفال التوحديين السلوك الانسحابي والانزعاج من تغير الروتين أو بعض السلوكيات المتشابهة وسبب هذا التشابه يتم الخلط بينهما أحياناً، وسنوضح الفروقات بين التوحد والاضطرابات السمعية والبصرية (سوسن شاكر الجلي، 2004، ص11).

جدول رقم (02) يوضح الفروق بين التوحد والاضطرابات السمعية والبصرية (فهد بن محمد المخلوت، 2006)

الأطفال الاضطرابات السمعية والبصرية	الأطفال التوحديين
<p>- تعد ثانوية مع امكانية ظهور تلك السلوكيات للأطفال الصم.</p> <p>- يمكن أن يظهر الأطفال المكفوفين أو ضعاف النظر مثل ذلك.</p>	<p>- السلوك الانسحابي من المجتمع والانزعاج من تغيير الروتين، و تظهر عن التوحديين بصفة أولية وأساسية.</p> <p>- معظم الأطفال التوحديين ليسوا صما ويظهرون استشارة ذاتية وحركات نمطية اضطراب التوحد في الاستجابة للمثيرات البصرية، يمكن أن تستثمر في أول انطباع.</p>

3.6 التوحد و اضطراب أو متلازمة اسبرجر:

يعتبر اضطراب أسبرجر من الاضطرابات التي تتشابه أعراضها مع أعراض التوحد، وسمي هذا الاضطراب على اسم الطبيب المنساوي الذي اكتشفه أسبرجر Asperge's عام 1944 وكلا الاضطرابين (التوحد والأسبرجر) يشتركان في وجود عجز شديد في التواصل الاجتماعي والقيام بأعمال نمطية متكررة وروتينية الى جانب فقدان القدرة على التخيل.

جدول (03) يوضح الفروق بين التوحد و اضطراب أسبرجر (-2008/2009 m ouldtalel p14/15).

أسبرجر	التوحد
- لا يكتشف الا بعد السنة السادسة وما فوق من عمر الطفل.	- يظهر في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل.
- يتميز بحصيلة لغوية لابس بها مع أنه يعاني من صعوبات في التخاطب والتعبير.	- يتميز بقصور واضح في اللغة وفي تكوين حصيلة لغوية.
- يحس بمن حوله ويتعرف عليهم ولكنه يعجز عن تكوين علاقات.	- منغلق على نفسه تماما.
- لا يعانون من أي اعاقة ذهنية بل قد يتمتعون بقدرات ذكاء طبيعية أو أعلى من الطبيعية.	- يعاني من 75-77% من المصابين بالتوحد تأخر ذهنيا.

4.6 التوحد واضطراب ريت:

وصف هذا الاضطراب لأول مرة من قبل الدكتور "اندياس ريت" **Andreas Rett** عام 1966 لكنه لم بخط بالاهتمام الا بعد 17 عاما عندما نشر تقريرا حوله بعد دراسته (35) فتاة من فرنسا والبرتغال و السويد.

وهو اضطراب عصبي تصاعدي يصيب الإناث بشكل أساسي، ويتميز بلوى اليدين المتشابكين بشكل متواصل و التخلف العقلي واعاقة في المهارات الحركية، وتظهر هذه الصعوبات بعد أن يكون الشخص قد تجاوز فترة نموه طبيعته (رفاه بنت جمال يحي، 2010، ص24).

جدول رقم (04) يوضح الفروق بين التوحد واضطراب ريت (auld taleb m / opp 15,19)

ريت	التوحد
- تصاب به الإناث فقط.	- يصيب الذكور والإناث لكن يصاب به الذكور أكثر.
- التدهور يحدث بعد فترة نمو طبيعية.	- قصور النمو موجود منذ الميلاد.
- ضمور في العضلات الفقرية مع عجز شديد وتشنج في الأطراف السفلية أكثر من الأطراف العلوية مما يؤدي الى فقدان القدرة على الحركة والمشي وغياب التوازن والتناسق الحركي.	- الوظائف العضلية الكبيرة سليمة.
- فقدان تام للوظائف اللغوية.	- قد يوجد استخدام اللغة.
- اضطرابات التنفس أحد الأعراض الرئيسية.	- اضطرابات التنفس نادرا جدا.
- التدهور في محاور النمو عرض أساسي.	- ثبات في محاور النمو المختلفة دون تدهور.
- نوبات الصرع تظهر مبكرا في 75 % من الحالات عنيفة و متكررة تصاحبها افرازات قيمة.	- نوبات الصرع قليلة أو نادرة، اذا ظهرت ففي مرحلة المراهقة.

5.6 التوحد و فصام الطفولة:

استخدام "بلوبر" (Bleuler) مسمى توحد طفولي لوصف اضطرابات محددة يعاني منها المصابون بالشيوروفرينيا "الفصام" تتعلق بانفصالهم عن المحيطين بهم ونظرتهم غير الواقعية الى الحياة بهذا المعنى تعرف الأطباء النفسانيون تعبير التوحد الطفولي ولعل ذلك هو السبب الذي يعود اليه الخلط الشائع بين الفصام الشخص وبين التوحد بالرغم من الاختلافات الشديدة بين الاضطرابين (وفاء علي الشامي، 2004 ، ص25).

جدول رقم (05) يوضح الفروق بين التوحد و فصام الطفولة (رفاه بنت جمال يحي لمفون 2010، ص22).

الأطفال الفصامين	الأطفال التوحديين
- قادرون على استخدام الرموز.	- ليس بإمكانهم استخدام الرموز.
- ضعف النمو اللغوي.	- ضعف النمو اللغوي أكثر من الفصامي.
- ضعف النمو الاجتماعي.	- ضعف النمو الاجتماعي أكثر من الفصامي.
- ضعف النمو الانفعالي.	- ضعف النمو الانفعالي أكثر من الفصامي.
- توجد هلاس وهذيانات كثيرة.	- لا توجد هلاس و هذيانات.
- تظهر الاعاقة في عمر متأخر في الطفولة أو في بداية المراهقة.	- تظهر الاعاقة قبل سن العامين ونصف.

6.6 لتوحد و اضطراب التواصل:

يرى العديد من الباحثين الى أننا نتوقع وجود تشابه بين اعاقة التوحد والاضطرابات اللغوية، ذلك أن اضطراب اللغة والكلام والجوانب المعرفية هي مظاهر أساسية في تشخيص اعاقة التوحد، بسبب هذا التشابه فإنه يتم الخلط أحيانا بين التوحد وهذه الاضطرابات (سوسن شاكر الجليبي المرجع نفس ص 53،51).

جدول رقم (06) يوضح الفروق بين التوحد اضطراب التواصل (فهد بن حمد المعلوث، 2006، ص86).

الأطفال ذوي الاضطراب اللغوية	الأطفال التوحديين
- يحاولون التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام.	- لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة او رسائل غير لفظية مصاحبة.
- قد تظهر اعادة الكلام فقط.	- قدر تقدر اعادة الكلام وخاصة اعادة الكلام المتأخر كثيرا.
- يتعلمون فهم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية، ويحاولون التواصل مع الآخرين ولذلك فإن القدرة أو القابلية على التعلم مع الرموز تعد الفارق الرئيسي بين المجموعتين	- يخفقون في استخدام اللغة كوسيلة اتصال.

خلاصة

لاشك في أن البحث في مجال التوحد قد قطع شوطا كبيرا منذ اكتشافه سنة (1943) إلا أن مجهودات العلماء والمختصين لازالت متواصلة حتى الان، وذلك بسبب الغموض الذي يعرفه هذا الاضطراب.

وبالرغم من عدم وجود علاج يشفي التوحد بسرعة إلا أنه توجد سبلا كثيرة من بينها برامج تدريبية للوصول إلى علاجه، وهذه السبل تهدف إلى مساعدة الطفل على التعايش مع التوحد، فكلما بدأ العلاج في وقت أبكر كلما كانت فرصة نجاحه أكبر.

تمهيد:

تعد رعاية المعاقين من ذوي الاحتياجات الخاصة من المشكلات المهمة التي تواجه المجتمعات إذ لا يخلو مجتمع من المجتمعات من وجود نسبة لا يستهان بها من أفرادها من يواجهون الحياة وقد أصيبوا بنوع أو أكثر من أنواع الإعاقة التي تقلل من قدرتهم على القيام بأدوارهم في المجتمع على الوجه المقبول مقارنة بالأشخاص العاديين، ويعد التوحد واحد من هذه الإعاقات، حيث تستمر إعاقة التوحد مدى الحياة وتؤثر على الأسرة، وتصيب الأسر بالإحباطات المتكررة، ومن هذا المنطلق أصبح من الضروري الاهتمام بالتوحد من ما يستدعي التخطيط التربوي والنفسي المناسب والتكفل بهذه الفئة، وكما هو معروف عن هذه الإعاقة أو هذا الاضطراب أنه من الاضطرابات النهائية غموضا لعدم الوصول الى أسبابه الحقيقية، وهذا ما يتطلب اتخاذ مجموعة من الإجراءات والتقنيات لمواجهة والتكفل بهذه الفئة. وفي هذا الإطار جاءت دراستنا هذه للمعرفة بها أهمية التكفل النفسي والدور الفعال الذي يقوم به الأخصائي النفسي في تخفيف من هذا الاضطراب.

1- التعريف بالتكفل النفسي:

هو مجموعة الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكانيات وقدراته الجسمية، وميوله بأسلوب يشبع حاجاته، ويحقق تصوره لذاته، ويتضمن ميادين متعددة، أسرية شخصية، مهنية وهو عادة بهدف إلى الحاضر والمستقبل مستفيدا من الماضي وخبراته (جودت عزت عبد الهادي، سعيد حسن العزة، 1999).

تعريف آخر:

هي جملة الإجراءات الوقائية أو العلاجية باستعمال الوسائل والإمكانيات العملية التي يتم من خلالها التركيز على الفرد ويهدف علاجه مساعدته في حل مشكلة ما. كما أعطى لها مفهوم الحصص التي برمجها المختص النفسي على أساس قواعد عملية ونظرية تأخذ بهين الاعتبار نمو الطفل، إدراكه حاجياته، إمكانياته الذاتية والمحيط الذي يعيش فيه وكذلك الجانب النفسي (محمد أحمد خطاب، 2004، ص 77).

2.1 التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة ذات العلاقة:

إن مصطلح التكفل النفسي متداخل مع بعض المفاهيم، والمصطلحات المرادفة له لذا أردنا التطرق إليها بغرض التفريق بين المصطلحات.

3.1 مفهوم التكفل:

التكفل هو تعبير يشمل كل المقاربات الفردية والجماعية في مختلف الحقوق العلاجية التربوية والبيداغوجية والاجتماعية، يمكن إذن لهذا المفهوم أن يكون علاج نفسي أو إعادة تأهيل أطفوني أو علاج نفسي حركي أو علاج بالعمل أو حتى تكفل مؤسساتي باعتبار المؤسسة مكان للتكفل بالفرد الذي يواجه صعوبات وهذا لما سيتعرض له الفرد من فعل تربوي أو تعليمي أو تجهيزي أو علاجي الخ

4.1 تعريف التكفل:

هو عملية يقوم بها المجتمع كهيئة تحقيق مجموعة من الأهداف تسمح بالوصول بالفرد إلى ضمان حقوقه والإحساس بالعدالة في وسط المجتمع، وهو أيضا وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته، وبأنه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق استقلاليتهم، من خلال تنمية القدرات والمهارات واستغلالها أحسن استغلال.

5.1 التأهيل: ويعرف في معجم العلوم الاجتماعية (1975) بأنه ن مجموع العمليات والأساليب التي يقصد به محاولة تربية الشبان (محمد حسن غانم، 2009، ص195).

كما يفرق أيضا أنه إعادة شخص غير سوى إلى وضع طبيعي (هيلموت بينشي، 2003، ص15).

وحسب انطوان شور: أنه فن تخفيف العموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية (رابح تركي، 1982، ص102).

الرعاية ك هي الخدمة التي تقدم جهود مشتركة يمتلك القائمين عليها القدرة والمعرفة والمهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد على معاودة نشاطاتهم التي كانوا عليها قبل المرض (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2002، ص21).

2- الأخصائي النفسي العيادي:

2-1 تعريف المختص النفسي:

هو المسؤول المختص في عملية الإرشاد والعلاج النفسي يتم إعداده في أقسام علم النفس بالجامعات، ويتم تدريبه العلمي في مراكز الإرشادات والعيادات النفسية أو في مختلف المؤسسات تحت إشراف الأساتذة والخبراء، ويتطلب الإعداد العلمي والعملية، اهتماما خاصا فهو يحتاج إلى دراسة خاصة وتدريب خاص في طرق الإرشاد والعلاج النفسي ومحاولاته المتعددة (حامد عبد السلام زهران، مصر، 1995، ص174).

2-2 سمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي: من السمات الأساسية التي يجب توفرها لدى الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

- الرغبة في معاونة الآخرين ومساعدتهم.
- التمتع بقدر عال من الاستبصار بالدوافع والمشاعر والرغبات الذاتية حتى لا تؤثر في عمله.
- التمتع بمستوى مرتفع من الضبط الذاتي والانفعالي.
- التمتع بصفة التسامح واحترام وجهات نظر الآخرين.
- أن يكون علي قدر من اللباقة والمرونة، ومستوي لائق من الذكاء.
- القدرة علي الإنصات والتحمل والصبر.
- القدرة على تحمل المسؤولية.
- التحلي بالقيم الأخلاقية والمثل العليا.
- الأساس الثقافي الواسع.

2-3 مهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي: المهام والواجبات الرئيسية للأخصائي النفسي

الإكلينيكي في المستشفى والعيادات النفسية:

- **التقييم النفسي:** يتم من خلال المقابلات الأولى، ويكون الهدف منه إجراء مسحاً نفسياً شاملاً للحالة الراهنة، حيث يتم جمع المعلومات الأساسية، ومعرفة شكوى المريض والأعراض أو المشكلات التي يعاني منها، ووصف الشخصية والحالة العقلية.
- **تطبيق المقاييس والاختبارات النفسية:** كاختبارات الذكاء ومقاييس الشخصية والاختبارات العضوية والاختبارات التشخيصية الأخرى، والقيام بتصحيح وتفسير نتائجها وشرح دلالتها.
- **المساهمة في التشخيص:** حيث يساهم الأخصائي النفسي في عملية التشخيص مع باقي أعضاء الفريق العلاجي من خلال المعلومات المتوفرة لديه عن الحالة، ومن المقابلات والملاحظة والاختبارات النفسية.
- **تقديم خدمات الإرشاد النفسي:** نعني بالإرشاد النفسي العملية التي تهدف إلى مساعدة الفرد على اكتشاف وفهم وتحليل مشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية، التي تؤدي إلى سوء التوافق، والعمل على مساعدته في حلها، بما يحقق مستوى أفضل للتوافق والصحة النفسية. ويهتم الإرشاد النفسي بالأفراد الذين لم يصلوا إلى مرحلة المرض، أو تكون الأعراض لديهم غير واضحة أو شديدة، و تنتج غالباً عن ضغوط بيئية ونفسية اجتماعية، ولكنها قد تؤدي إلى اضطرابات نفسية إذا لم يتم التعامل معها. بمعنى آخر هم الأفراد الذين يكونوا أقرب للسواء من المرض. ومن المشكلات التي تتناولها عملية الإرشاد النفسي المشاكل الشخصية، اضطرابات الشخصية، الخوف، الغضب، الغيرة، ضعف الثقة في النفس، الحساسية الزائدة، الخجل، وسوء التوافق الاجتماعي ... الخ.

- **تقديم العلاج النفسي:** وهي من المهام الأساسية للأخصائي الإكلينيكي، حيث يعتمد على مدراس ونظريات علم النفس المختلفة في فهم أسباب المرض، والتدخلات العلاجية التي تتناسب معه بهدف مساعدة المريض على تعديل سلوكه، والوعي بانفعالاته ومشاعره، والتعامل مع الأعراض المرضية بشكل يساعده على تحقيق التوافق واستعادة التوازن. ويستغرق العلاج النفسي في الغالب مدة أكبر من العملية الإرشادية، ويلعب فيه المعالج فيه الدور الأكبر.
- **المتابعة العلاجية:** ويتم ذلك من خلال متابعة المرضى، ومعرفة مدي تقدم وتحسن الحالة، وتقييم النواحي الإيجابية والسلبية، والقيام بتدخلات لضمان استمرارية التحسن، وتسجيل كل المعلومات والتدخلات والأساليب التي تم استخدامها بصيغه سيكولوجية مختصرة في الملف الطبي بصورة يمكن الاستفادة منها في بعض الأحيان.
- **حضور الاجتماعات العلاجية:** إن الأخصائي النفسي عضواً أساسياً من أعضاء الفريق العلاجي، لذلك لابد من المواظبة على حضور الاجتماعات التي يعقدها الفريق المعالج، ومناقشة تطورات الحالة وتبادل المعلومات التي يمكن أن تساعد في تقديم خدمة علاجية هادفة وفعالة.
- **العلاج الأسري:** يشترك الأخصائي النفسي مع الأخصائي الاجتماعي في مقابلة أسر المرضى، وإعطاء الإرشاد النفسي المناسب لهم، وتبصيرهم بكيفية التعامل مع ذويهم من المرضى، وتبصيرهم بأعراض المرض ومفهومه، بشكل يساعد على استمرار التحسن.
- **المساهمة في برامج التوعية النفسية الوقائية والعلاجية داخل المستشفى وخارجه.**
- **المساهمة في الدراسات والأبحاث النفسية المتعلقة بالظواهر النفسية والسلوكية التي تؤثر علي صحة الفرد والمجتمع.**

- كتابة التقارير النفسية: المتعلقة بالتقييم النفسي ونتائج الاختبارات النفسية، والتدخلات العلاجية المقدمة والمقترحات.

3.2 أدوات الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

1.3.2 المقابلة:

وهي عبارة عن علاقة دينامية، وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر، محورها الأمانة وبناء العلاقة العلاجية التي يسودها روح الصدق والأمانة. وللمقابلة أهداف وفقا لنوعها، فإما أن تكون تشخيصه أو أر شاديه أو استطلاعيه أو علاجية.

2.3.2 الاختبارات والمقاييس:

هي وسائل وأدوات تقييم وتشخيص، تستخدم للحصول علي عينه من سلوك الفرد في موقف مقنن، كاختبارات الذكاء ومقاييس الشخصية والاختبارات العضوية والاختبارات التشخيصية... الخ.

3.3.2 نماذج دراسة الحالة: وتعني حصول الأخصائي النفسي علي معلومات شاملة عن الحالة، في مختلف المجالات المحيطة بالمريض، كتاريخ ألسره وتاريخ النمو والتاريخ التعليمي والمهني والاجتماعي، والتاريخ المرضي. وهذا ما يعرف بتاريخ الحالة، وكذلك جمع كل المعلومات في الحاضر والحالة الراهنة بما في ذلك نتائج المقابلات والاختبارات.

3- الميثاق الأخلاقي للأخصائي النفسي:

صدر الميثاق الأخلاقي لأول مرة عام 1953 عن الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) وقد تمت مراجعته تسع مرات آخرها عام 1992. وقد قامت رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية و الجمعية المصرية لعلم النفس بنشر الميثاق الأول للمشتغلين بعلم النفس في مصر عام 1995، معتمدة في ذلك علي مراجعة ما جاء في مواد الميثاق الأمريكي ووضع العديد من القواعد التي تحكم عمل المشتغلين بعلم النفس. وفيما يلي بعض المواد التي ينبغي علي الأخصائي أن يلتزم بها:

1. يجب أن يحافظ الأخصائي النفسي علي معايير عالية من الكفاءة في أداءه للمهام التي يكلف بها في مجال عمله، وأن يعترف بأن هناك حدود لا يتخطاها.
2. مراعاة الأمانة في تحديد المهام التي يستطيع أن يقوم بها الأخصائي النفسي مع من يتعامل معهم.
3. تحمل مسؤولية تقديم خدمات فعالة لجمهور المتعاملين بغض النظر عن انتماءاتهم وأفكارهم.
4. لا بد وأن يعتمد الأخصائي النفسي في أحكامه علي معايير علمية معترف بها.
5. احترام حقوق الآخرين في التمسك بالقيم والاتجاهات الخاصة بهم.
6. لا بد وأن ينتبه الأخصائي النفسي إلى مشكلاته وصراعاته الشخصية التي قد تؤثر في عمله مع الآخرين، ويعمل علي حلها أو تجنبها قدر الإمكان أثناء عمله.
7. الاحتفاظ بنتائج التقييم والتفسير والتشخيص المحتمل وتقديمها بشكل علمي واضح لمن يتعامل مع الحالة في سياق تقديم خدمة علاجية، وذلك حني يضمن عدم إساءة استخدام هذه المعلومات.

8. يحافظ الأخصائي النفسي بشكل مستمر علي خصوصية أدواته ولا يجعلها شائعة الاستخدام من غير المتخصصين حتى لا يساء استخدامها.
9. في حالة قيام الأخصائي النفسي بالعمل العلاجي لابد من البدء بتحديد كل الجوانب التي سوف تتناولها هذه العملية مع المرضي من حيث الأهداف والواجبات والمسؤوليات وتصحيح بعض المفاهيم الخاطئة لدي المتعاملين معه.
10. لابد من أن يحصل الأخصائي النفسي علي موافقة المريض أو من يتولى أمره قبل البدء بالعلاج.
11. يلتزم الأخصائي النفسي بأن يمهد لقطع الخدمة العلاجية لأي سبب، وتأهيل مرضاه للانتقال لمعالج آخر أو لإنهاء العلاقة العلاجية.
12. يلتزم الأخصائي النفسي بالحفاظ علي سرية معلومات من يتعاملون معه، وعدم البوح بها إلا في حالات معينة تهدف إلي تحقيق مصلحة للعميل
- (<http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=46>).

4- مجالات عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

لا يقتصر العمل الإكلينيكي على مساعدة المرضى داخل العيادات والمستشفيات فقط، وإنما يمتد بالتشخيص والعلاج والتوجيه والإرشاد إلى المؤسسات التربوية والمهنية والإصلاحية وإلى ميادين العمل وميادين الخدمات الاجتماعية وهناك اتجاه جديد في الوقت الحاضر وهو أن تنتقل مجالات الطب النفسي والممارسة الإكلينيكية من المستشفى على المجتمع و يمكن تحديد مجالات العمل الإكلينيكي في الآتي:

- العمل في العيادات أو المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية ومنها العيادات النفسية الخارجية والعيادات المدرسية وتكون مهمة الأخصائي الإكلينيكي هنا هي القيام بتشخيص الاضطراب النفسي العقلي وعلاج هذه الحالات بالتعاون مع المختص في هذا المجال كالطبيب النفسي والمحلل النفسي.

- العمل في مجالات التوجيه النفسي والتربوي والمعني في المدارس والجامعات وذلك بتطبيق الاختبارات النفسية للذكاء والقدرات والتحصيل والميولات... الخ، مما دفع الأخصائي للاهتمام بتسوية الأفراد للاختيار المناسب دراسياً أو مهنياً بما يلاءم إمكانياتهم وقدراتهم على ضوء ما تكشف عنه نتائج الاختبارات والمقاييس، فالأخصائي الإكلينيكي يقوم بعملية التشخيص والتوجيه والإرشاد.

- العمل في مجالات العمل والعمال ودوره هنا القيام بشؤون التوجيه والإرشاد للعمال والموظفين من أجل صحة نفسية أفضل و طاقة أكبر على العمل والإنتاج وقد يقوم بإعداد برامج ترفيهية ومكافآت مادية معنوية للعمل.

- العمل في المؤسسات الإصلاحية كالسجون ومؤسسات الأحداث الجانحين ومؤسسات علاج الإدمان على الكحول والخمور ويقوم الأخصائي الإكلينيكي بكتابة التقارير الخاصة بتلك الحالات (دوافعهم) فهم مشكلاتهم أنواع الصراعات التي يعانون منها مع تقديم

الاقتراحات والتوصيات التي تساعد في توجيه هذه الفئات الجانية والعمل على توافقه الشخصي والاجتماعي.

- العمل في مراكز البحوث فعمله في جميع الحالات تنحصر في تشخيص اضطراب الأفراد النفسية والعقلية وبوضع خطة علاجية فعمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي لم يعد يقتصر على المشكلات العقلية والنفسية ولكن امتد ليشمل أي ميدان يوجد فيه اهتمام بإمكانيات البشرية من اجل دفعها إلى الأمام وإلى مزيد من الصحة والفاعلية والإنتاج (حسين مصطفى عبد المعطي ، 1998 ، 108).

5- العلاج النفسي:

هو معاملة تركز على مساعدة الفرد في فهم وتحليل استعداداته وقدراته وامكانياته وميوله والفرص المتاحة امامه ومشكلاته وحاجاته واستخدام معرفته في اجراء الاختبارات واتخاذ القرارات لتحقيق التوافق بحيث يستطيع ان يعيش ويتكيف مع محيطه.

و يعرفه (Wolberg 1967) على انه نوع من معالجة المشكلات ذات الطبيعة العاطفية يقوم فيها شخصن مدرب على بناء علاقة معنية مدروسة مع مريض ما، وذلك بهدف ازالة او تقليل الاعراض المتواجدة لديه والحد منها او التدخل في الانماط المضطربة عن سلوكه او تعزيز النمو والتطور في شخصيته.

إذن التكفل النفسي هو وسيلة تهدف إلى اقامة اتصال متميز وخاص وهو اتصال بين المعالج والشخص الذي يعاني من اضطرابات في التكيف مع الواقع وهذا على ان تستند هذه العلاقة وهذا الاتصال الى نظريات علم النفس.

يتم التكفل النفسي بتشخيص الاضطراب الذي يعاني منه المريض وتصنيفه لمحاولة معرفة مرجعه اذا كان سببا لأحداث مأساوية او كان يعاني منها لأسباب اخرى وفيه يقوم

المعالج بالعمل علمي ازالة هذه الاعراض او تعطيلها او ازالة اثرها بمساعدة المريض واستعمال امكاناته على احسن وجه لتنمية شخصيته.

وتعدد مدارس العلاج النفسي كلها يهدف الى علاج المريض نفسيا، بطريقة تتفق مع نظرياتها ومن المبادئ الاساسية في العلاج تتناسب مع كل حالة على حدى حتى يضمن النجاح (د. تموتي و اخرون، 2007، 487).

5-1 تعريف العلاج النفسي:

- لغة: إن كلمة العلاج النفسي في اللغة الانجليزية مكونة من مقطعين أغريقيين Psycho- therapy حيث يعني المقطع الأول Psycho نفس إنما الثاني Therapy فيعني خادم وفي فعله يخدم فالعلاج النفسي يشير في اصله اللغوي إلى عملية يقوم فيها شخص بدور المساعد لشخص آخر وبعبارة أخرى يعني علاج العقل (لويس كامل مليكة 2005، ص11).

وفي هذا الصدد يمكن الإشارة إلى أن العلاج Therapy عبارة عن مصطلح طبي بالأساس ويقصد من وراءه مجموعة من الإجراءات ضمن إطار طبي استخدام العقاقير والجراحات أما مبدأ العلاج النفسي Psychotherapy فيقوم على قوانين عامة للنمو الإنساني والدعم الاجتماعي وبناء العلاقات البين إنسانية (Micheal Geyer ترجمة سامر جميل رضوان، 2010، 19).

- اصطلاحا: فالعلاج النفسي كمصطلح سيكولوجي ركز على الطرق التي يتحقق فيها تأثير سيكولوجي على الشخص الذي يخضع للعلاج فهو لا يدرج التأثيرات الفيسيولوجية كما يحدث في استخدام العقاقير المهدئة والمضادة للاكتئاب مثلا، بينما يعتبر القرص Placelo الخداعي طريقة من طرق العلاج النفسي (لويس كامل ملكية، 2009، ص 11).

وكما عرفه فريدمان (1967): "نوع من العلاجات لأمراض العقلية والاضطرابات السلوكية التي ينشئ فيه المعالج عقدا مهنيا مع المريض ومن خلال اتصال علاجي محدد

يحاول المعالج أن يخفف من اضطرابات المريض الانفعالية وتغيير أنماط السلوكية بيئة التوافق وتنمية شخصية وتطويرها" (محمد حسن غانم 2009، 587).

أما روتر Roter 1971 فيعرفه على أنه النشاط المخطط الذي يقوم به السيكولوجي هادفاً منه إلى تحقيق تغييرات في الفرد تجعل حياته أسعد وأكثر أو كليهما.

وقاموس لاروس في علم النفس يعرفه بأنه: "تطبيق منهجي لتقنيات نفسية محددة لإعادة التوازن العاطفي" (زعتن نور الدين، 2009، 54).

وحسب مدحت أبو النصر: "فهو عملية إحداث تغييرات نفسية في المريض بواسطة وسائل تقنية ويكون العنصر المعالج هنا هو علاقة المعالج الطبيب النفسي الأخصائي النفسي بالمريض ويحاول المعالج أن يخفف من الاضطرابات النفسية للمريض، ويغير أو يعكس أنماط سلوكية سيئة التكيف، ويشجع نمو شخصيته وتطوره" (مدحت أبو النصر 2005، 222).

2-5 أهداف العلاج النفسي:

إن معظم إجراءات العلاج النفسي العلمي للمرضى المضطربين جدا تتم في المستشفيات، أما الغالبية الكبرى من المرضى الذين يعانون من العصاب النفسي كالهستيريا والحصر والوسواس والفوبيات وكذلك مدمني الخمر والمجرمين تتم رعايتهم خارج الجدران المستشفيات وبصورة عامة يسعى العلاج النفسي إلى نمو الشخصية وسيرها نحو النضج والكفاءة وتحقيق الذات غالبا عن طريق المرور بالعمليات الآتية:

- زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه.
- حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه.
- تقوية عامة للذات الوسطى وبنائها عن طريق الملائمة والتصوير بالأمان.
- توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشاكل.
- زيادة قبول الفرد لذاته (عبد الرحمان محمد العيسوي، 2005، 21).

- زيادة القدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الإحباط والتوتر وتقليله.
- تعزيز وتدعيم نواحي القوة و التصرف على القدرات وتميبتها.
- زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية (حامد زهران، 1997، 31).
- إزالة أسباب المرض وعلاج أعراضه.
- تعديل السلوك غير السوي واللاتوافقي للمريض وتعلم السلوك السوي والتوافقي وتحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة.
- إعطاء الفرصة للمريض أن يتعلم أساليب متنوعة من السلوك المتوافق.
- تدعيم نواحي القوة وتلاقي نواحي الضعف في الشخصية.
- تهيئة المناخ المشبع بالأمن النفسي وإزالة القلق والتخلص من السلوك المرضي.
- العمل على إتمام الشفاء (إجلال محمد سري، 2000، 85).

3-5 خطوات العلاج النفسي:

- خلق جو وعلاقة علاجين:

ويتضمن هذا إعداد حجرة العلاج أو مكتب الطبيب بحيث يكون هادئاً ومناسباً لإجراء المقابلة أو المناقشة وللمريض وآراءه من شأن هذا أن ينمي الشعور بالثقة في المريض وبذلك يشعر بالأمان أمام الإفصاح عن مشاكله الحقيقية وفي المعالج أن يخطط أو يبنى الموقف العلاجي بمعنى أن يحدد الوقت والتكاليف والمسؤوليات وما إلى ذلك وعلى العموم يجلس الطبيب والمريض وجها لوجه ويدير المعالج المناقشة أو المقالة في بعض الأحيان يجلس المريض إلى جانب الطبيب وليس في مواجهته وقد يجلس المريض بعيداً عن الطبيب.

- الارتياح الانفعالي أو التنفيس الانفعالي:

في الجو التسامحي يستطيع أن يستدعي المريض مشاكله ويعبر عن عداوة ومخاوفه وذنوبه وغير ذلك من الانفعالات.

وعندما يتحدث عن هذه الانفعالات التي لم يمكن يدركها كلياً من قبل فإنما تطفو على السطح (من خلال عملية الإفصاح Talking out) هذا التصريف أو التنفيس أو الفضفضة وكذلك التعبير اللفظي أساسي في فعاليات العلاج النفسي ويمهد الطريق نحو الاستبصار والإجراءات الإيجابية لكل مشاكل المريض وما لم يخرج المريض هذه الانفعالات من فوق صدره فإن التوتر والصراع المرتبط به يسدان الطريق نحو تحقيق التكيف السليم والمساعدة في عملية الكشف عن الصراعات الانفعالية وإطلاق صراع التوترات هناك عدة أساليب تستخدم منها الأسئلة والتفسير والتداعي الحر والتتويم المغناطيسي.

عملية الاستبصار:

ما إن تصبح صراعات المريض الانفعالية مكشوفة في العلن ويستطيع أن يراها كما هي بالفعل فإنه تلقائياً يكشف قدراً كبيراً من الفهم في دوافعه وسلوكه فالأول وهلة يدرك منها أن مستوى طموحه عال علواً غير منطقي وإن هذا يجعله يتسم دائماً بعدم المواءمة وبالنقص هذا الفهم أو الاستبصار ربما يصاحبه تفسيرات من قبل المعالج وتقديم لبعض الأسس الصالحة للعمل الفعلي، انه فقط عن طريق فهم المريض لذاته ولمشاكله يستطيع أن يحسن من أساليبه في التكيف.

- إعادة التعلم الانفعالي:

من العمليات التي تساعد في شفاء المريض إعادة تعليمه انفعاليا وتقتضي هذه العملية إزالة تلك العادات الانفعالية الخاطئة التي تعلمها المريض وتعليمه عادات أخرى ايجابية واعتناق أساليب وتقنيات جديدة للتعامل مع مشاكله ولكن إعادة التعلم عملية طويلة وشاقة وبطيئة وقد تبدأ بتعلم عادات بسيطة كتعلم الفرد التعبير عن عداوته أو عدوانه بأسلوب مقبول اجتماعيا وذلك أفضل من حبس العدوان في الداخل لان الضغط يولد الانفجار ومن شأن هذا التعلم الجديد إلى مزيد من الشعور بالثقة بالنفس.

- توقف العلاج:

عندما يحل المريض صراعاته ويحقق مزيدا من التكيف الشخص الفعال عندئذ يصبح العلاج النفسي أن يتوقف وصبح هذا التوقف سهلا إذا كانت المريض يشعر بالثقة بنفسه وانه يستطيع أن يسير بمفرده ولكن المهم أن يترك الباب مفتوحا للمريض لكي يعود المعالج حين يشاء.

وهكذا نرى أن عملية العلاج مهما اختلفت اتجاهاتها تتضمن خلق موقف علاجي وإتاحة الفرصة لإخراج الطاقات الانفعالية وإطلاقها واستبصار المواد غير المكتشفة في لاشعور الفرد، واتخاذ خطوات ايجابية لإصلاح الانفعالي لكسر العادات القديمة ووضع محلها أنماط ايجابية من الاستجابات.

ويمكن أن يحدث هذا التفرغ أو التصريف الانفعالي وكذلك الخبرات التصحيحية أو التعليمية خلال المقابلات أو على الأريكة بين المحلل والمريض أو مساعدة التثوية المغناطيسي وقد يحضر المريض جلسة واحدة مدتها ساعة في اليوم لمدة خمسة أيام في الأسبوع كما يحدث في التحليل النفسي أو يحضر مرة واحدة كما هو الحال في العلاج الكهربائي وفي بعض الحالات يكون الشفاء صعبا ولذلك يتم ببطء شديد ويحتاج لجهد جهيد و لذلك يمر بخطوات صغيرة و في حالات أخرى يتم التقدم نحو الشفاء بسرعة معقولة (عبد الرحمان محمد العيسوي، 2005، 22-24).

5-4- أشكال العلاج النفسي:

1.4.5 العلاج الفردي: يحتوي العلاج النفسي الفردي على جلسات نفسية بصفة منتظمة بين المريض والمعالج النفسي (الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي أو الأخصائي الاجتماعي) ويرتكز الحديث أثناء الجلسات على المشاكل الحديثة أو الماضية وإظهار الأحاسيس مع المعالجة وبالكلام عن عالمه الخاص مع فرد آخر فمصاب باضطراب التوحد يبدأ بالتدرج في تحسن حيث يقوم الأخصائي النفسي في هذا النوع من العلاج بعض الأساليب العلاجية أكثر استخداما في حالات التوحد وهي عبارة عن برامج تدريجية تعليمية تكسب الطفل الاستقلالية الذاتية وكيفية ممارسة الحياة الاعتيادية.

2.4.5 العلاج بالمساندة: ويكون الهدف الاساسي في العلاج النفسي بالنسبة لحالات التوحد هو بناء علاقة قوية بين المعالج والمريض الغرض منها ازالة القلق والتوتر لدى المريض وكذا عائلته مع اعادت بناء شخصية الطفل التوحدي حيث يستطيع الاندماج في المجتمع.

وهذا ما يتطلب من طرف الاخصائي النفسي (*une formation émotionnelle*) الى تكوين انفعالي تحليلي نفسي بحيث تفيد المريض دون ان تؤدي به الى الحصر او التوتر كما انها تمكنه من التكيف مع المحيط وتمكن المحيط (العائلة خاصة) من تفهم الوضع الصحي للمريض والتعاون معه.

ففي حالات الاستشفاء اين يكون المريض وفي اغلب الاحيان في حالة هياج يعمل المعالج النفسي على التخفيف من حالة الهياج والعنف علما ان المريض في هذه الحالة يخضع للعلاج الدوائي (مضادات الدهان) التي تساعد المريض وتسهل من عمل الاخصائي النفسي فيخفف الهياج وحالة العنف التي تكون سائدة على المريض الى ان تزول وذلك عن طريق العلاج النفسي ومساعدة مضادات الدهان كما تعمل على ازالة ووقف تطور الهومات والتجارب الهديانية التي تكون سائدة لدى المريض ولكن و في بعض الحالات اين يرفض المريض العلاج وواقع الاستشفاء و التواجد في مستشفى الامراض العقلية تكون مدة

العلاج النفسي طويلة الامد اين تدوم احيانا الى عدت اشهر (1955. 96. J . Delay .p.pichot.j).

3.4.5 العلاج السلوكي: العلاج السلوكي قديم قدم محاولات تعديل وتغيير وضبط السلوك عن طريق الثواب والعقاب وبصورة أخرى فالعلاج السلوكي هو تطبيق علمي لقوانين ومبادئ وقواعد التعلم في ميدان العلاج النفسي (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2004).

كما يرى السلوكيين أن السلوك يكن تشكيله واكتسابه لأفراد وكذلك محوره وإطفائه وينظرون إليه مباشرة دون البحث في الأساليب التي أدت إلى حدوثه ويتعاملون معه وفقا لأهم قاعدة تعديل السلوك التي نادى بها العالم سكينز (السلوك المحكوم بنتائجه) (جمال متقال القاسم وآخرون، 2000، 179).

يرى حسين فايد أن احد المجالات الرئيسية لعلاج الأمراض العقلية يعرف بالعلاج السلوكي والأفكار الرئيسية في أن معظم أشكال المرض العقلي تحدث كنتيجة لتعلم سيء التكيف وأن أفضل علاج يتكون من تعلم جديد ملائم أو إعادة التعلم (حسين فايد، 2008، ص69).

أ- حالات استخدام العلاج السلوكي: ثبتت فعالية العلاج السلوكي في علاج بعض الاضطرابات وعلى وجه الخصوص علاج الفوبيا، القلق، اللوازم القهرية والتبول اللاإرادي، الإدمان على المخدرات والخمور، الاضطرابات العقلية والتدخين الشذوذ الجنسي وعليه فنجاح العلاج السلوكي يتحقق مما يلي:

- قدرة المعالج السلوكي على الضبط والتحكم في وضع خطة العلاج.
- اعتماد المعالج على تطبيق بعض المبادئ التجريبية الثابتة.
- بإمكان المعالج التحكم في كثافة وقوة المثيرات المقدمة للمريض (زينب شقير، 2002، 201).

ب- إجراءات العلاج السلوكي: تشير العملية العلاجية من وجهة نظر سلوكية

على النحو التالي:

1. تحديد السلوك المشكل والمطلوب تعديله وتعريفه إجرائياً.
2. تحديد الظروف التي حدث فيها السلوك المضطرب.
3. استمارة التقييم الوظيفي للسلوك للتعرف على ضوابط السلوك المشكل(عطا الله الخالدي 2008، 94).
4. تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب.
5. إعداد جدول لإعادة التدريب.
6. تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب (سامي محمد، 2001، 438).

مبادئ التدخل العلاجي: هناك مجموعة من المبادئ التي يجب مراعاتها في استخدام أي برنامج علاجي وهي:

- التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية.
- تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنتظمة وبعيدة عن العمل العشوائي.
- مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردي وضمن مجموعة صغيرة.
- مراعاة أن يتم العمل على مدار العام.
- مراعاة تنويع أساليب التعليم.
- مراعاة أن يكون الوالدين جزء من القائمين بالتدخل.

أساليب التدخل العلاجي والتأهيلي:

أولاً : أساليب التدخل النفسي.

ثانياً : أساليب التدخل السلوكي.

ثالثاً : أساليب التدخل الطبي.

رابعاً : أساليب العلاج بالفيتامينات.

خامساً : أساليب العلاج بالحمية الغذائية.

- تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب التوحد ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضاً الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيف من آثار التوحد العديدة والمتنوعة.

ومن هذه الأساليب العلاجية ما هو قائم على الأسس النظرية للتحليل النفسي ومنها ما هو قائم على مبادئ النظريات السلوكية وهناك تدخلات علاجية قائمة على استخدام العقاقير والأدوية كما توجد بعض التدخلات القائمة على تناول الفيتامينات أو على الحمية الغذائية.

ولكن بالرغم من ذلك ينبغي التنويه إلى أن التدخلات العلاجية التي سوف يستعرضها الباحث بعضها ذا طابع علمي لم تثبت جدواه بشكل قاطع وبعضها ذا طابع تجاري وما زال يعوزها الدليل على نجاحها.

كما يجب التأكيد على أنه لا يوجد طريقة أو علاج أو أسلوب واحد يمكنه النجاح مع الأشخاص التوحديين كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج طفل واحد.

أولاً : أساليب التدخل النفسي: **1943 Kanner Leo** هو أول من أكتشف التوحد وتفسير التوحد فرأى أن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين وبخاصة الأم والطفل وبذلك نُظر للآباء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم ولذلك ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج التوحد وقد اعتمدت هذه الطرق النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل والانفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم ويركز العلاج النفسي على أهمية أن يجبر الطفل لإقامة علاقات نفسه وانفعاليه جيدة ومشبعة مع الأم، كما أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاكا جسديا مع الطفل وذلك لأنه يصعب عليه تحمله في هذه الفترة كما أنه لا ينبغي دفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى استجابات ذهانية حادة. و برونوبتهيلم **Klien Melany** ومن رواد هذا النوع من العلاج نجد ميلانى كلاين وقد تحمسوا للأسلوب النفسي في علاج التوحد وأشاروا **Merchant** ومرشانت **Betteelheim** إلى وجود تحسن كبير لدى الحالات التي عولجت باستخدام الأساليب النفسية، إلا أن هناك بعض الباحثين الذين رأوا أن العلاج النفسي باستخدام التحليل النفسي في علاج التوحد له قيمة محدودة ويمكن أن يكون مفيدا للأشخاص التوحديين ذوى الأداء الوظيفي المرتفع، كما أنه لم يتم التوصل إلى أدنى إثبات على أن تلك الأساليب النفسية كانت فعالة في علاج أو في تقليل الأعراض.

كما يقدم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لآباء الأطفال التوحديين على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم حتى يتسنى لهم مساعدة أطفالهم بصورة غير مباشرة.

ثانياً : أساليب التدخل السلوكي: تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعاً واستخداماً في العالم حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة التوحد وهي تقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كلياً، وتكمن أهمية أساليب التدخل السلوكي في:

أ- أنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويطبقونها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً.

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

ج- نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث الذاتوية التوحد فإن هذه الأساليب لا تُعير اهتماماً للأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها.

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

ثالثاً : أساليب التدخل الطبي: مع ازدياد القناعة بأن العوامل البيولوجية تلعب دوراً في حدوث الإصابة بالذاتوية فإن المحاولات جادة لاكتشاف الأدوية الملائمة لعلاجها وحتى الآن لا يوجد علاج طبي يؤدي بشكل واضح الي تحسن الأعراض الأساسية المصاحبة للإصابة بالذاتوية، والعلاج الطبي يمكن أن يقدم المساعدة في تقليل المستويات المرتفعة من الإثارة والقلق ويقلل من السلوك التخريبي أو التدميري ولكنه لا يؤثر في جوانب القصور الأساسية ويمكن أن يؤدي إلى مشكلات أسوأ ولذلك يجب تجنبه إن أمكن ذلك أو استخدامه بحذر.

ويركز العلاج الدوائي أو الطبي في الطفولة المبكرة على أعراض مثل العدائية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطى والمتأخرة، أما في المراهقة والرشد وخاصة لدى الذاتويين من ذوى الأداء المرتفع فقد يكون الاكتئاب والوسواس القهري هي الظواهر التي

تتداخل مع أدائه الوظيفي وكل من الخبرة الإكلينيكية والبحث العلمي يظهر أن فاعلية العقار يمكن أن تجعل الشخص الذاتي أكثر قبولاً للتعلم الخاصاً للمداخل النفسية الاجتماعية وقد تُسير عملية التعلم وهناك العديد من العقاقير أو منشطات Stimulant Meauiation التي تُستخدم مع الاطفال الذاتويين مثل العقاقير المنبهة والعقاقير المضادة للقلق Anticpnvulsants أو مضادات الاكتئاب Neuralpties الأعصاب Antidepressant والعقاقير المضادة للتشنجات: **Vitamins Treatment Antianxiety Medication**

رابعاً : أساليب العلاج بالفيتامينات أشارت بعض الدراسات إلى أن استخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسناً في السلوكيات.

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج بفيتامين Lelard et al فقد أجريت في فرنسا دراسة 1982" ب 6 "ينتج عنه تحسنات سلوكية في (15 (طفل ضمن عينه قوامها (44 (طفل ذاتوي وفي قررت أن خلط فيتامين" ب ٦ "مع المغنسيوم Martieau et al دراسات أخرى قام بها 1988 ينتج تحسناً أفضل من استخدام فيتامين "ب" بمفرده.

Magnesium Dietary Treatment (DT) :

خامساً : العلاج بالحمية الغذائية أشار بعض الباحثين إلى أن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية للغذاء في حياة الطفل الذي يعاني من الذاتوية دور بالغ الأهمية.

أول من أشار إلى العلاقة بين الحساسية المخية والذاتوية وقد أشارت Mary Callaha وقد كانت إلى أن طفلها الذي يعاني من الذاتوية قد تحسن بشكل ملحوظ عندما توقفت عن إعطائه الحليب البقري. والمقصود بمصطلح الحساسية المخية هو التأثير السلبي على الدماغ الذي يحدث بفعل الحساسية للغذاء فالحساسية للغذاء تؤدي إلى انتفاخ أنسجة الدماغ والتهابات مما يؤدي إلى اضطرابات في التعلم والسلوك ومن أشهر المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية المصاحبة للذاتوية السكر، الطحين، القمح ، الشوكولاتة، الدجاج، الطماطم، وبعض الفواكه.

ومفتاح المعالجة الناجحة في هذا النوع من العلاج هو معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية وغالباً ما تكون عدة مواد مسئولة عن ذلك إضافة إلى المواد الغذائية هناك مواد أخرى ترتبط بالاضطرابات السلوكية منها المواد الصناعية المضافة للطعام والمواد الكيماوية والطور والرصاص والألومنيوم.

لاحظ فيها أن 40:50 % من الآباء الذين شعروا Rimland وفي إحدى الدراسات قام بها 1994 أن أبنائهم قد استفادوا ويرجع السبب كما توضح الدراسة إلى عدم قدرة الجسد على تكسير والذي يوجد في لبن Casein مثل القمح والشعير والكازين Glutem بروتينات هي الجلوتين الأبقار ولبن الأم.

إلا أن هناك العديد من الآباء الذين لاحظوا العديد من التغيرات الدرامية بعد إزالة أطعمه معينة من غذاء أطفالهم.

العلاج التعليمي: هذا العلاج جاء كنتيجة الاهتمام والتركيز في دوائر البحث العلمي للأطفال التوحد وذلك بغية تحسن إعداده وتدريبه وتنمية قدراته ومهاراته في مجال التواصل اللغوي وغير اللفظي والنمو الاجتماعي والانفعالي ومعالجة السلوكيات النمطية والسائدة والعدوانية والتدريب على رعاية الذات.

6- استراتيجيات التكفل النفسي لطفل التوحد:

1.6 استراتيجية التقدير: وتستعمل في هذه المرحلة عدة تقنيات من الفحص كالملاحظة، المقابلة الاختبارات النفسية، التشخيص.

أن الطفل التوحد كما أكدت عدة دراسات التي حاولت الوصول إلى أسباب إصابة هذا الطفل بهذا الاضطراب إلى أسباب نفسية اجتماعية والبعض أرجعها إلى أسباب عضوية بيولوجية أو عوامل جينية أو عوامل كيميائية ويعتبر هذا الاضطراب من الاضطرابات التي تعزى لأكثر من عامل سببي ومازالت الدراسات غير وافية في هذا الشأن، كما أن تشخيص التوحد يأتي بعد الملاحظة الدقيقة وتدخل عدة أطراف بما يسمى الفريق العمل العيادي.

فريق العمل العيادي:

الطبيب النفسي: أن المهمة الرئيسية للطبيب هي التأكد من سلامة التشخيص فيجب على الطبيب معرفة التاريخ المرضي للطفل وسلوكه منذ البداية ومدى مطابقة نمط سلوكه مع توحد الطفل المبكر ثم يمضي في التحقق مما إذا كان الطفل مصابا بأي نوع من الاضطرابات التي شخّصت خطأ إنما اضطراب التوحد.

أخصائي اللغة و التخاطب: يقوم أخصائي التخاطب بتحديد عمر الطفل اللغوي وبذلك يستطيع أن تضع نقطة البداية في خطة العلاج لتعليم الطفل المهارات اللغوية.

طبيب السمع: يعتبر طبيب السمع من أهم أعضاء الفريق التشخيص وأول من يجب عرض الحالة عليه لكي يحدد إذا كان الطفل يسمع أولا لأن الأطفال التوحديين يظهرون أنهم يسمعون وأحيانا لا يستجيبون لمن يناديهم كأنه طفل أصم لذلك يجب التأكد من حدة السمع لديهم.

طبيب الأعصاب والوراثة: طبيب الأعصاب مسؤولاً عن الدراسات الذهنية مثل اختبار النشاط الكهربائي بالمخ والاختبار الذي يختبر هياكل المخ، أما طبيب الوراثة فيقوم بتفسير وعمل الدراسات الكروموزمية والبحث عن الأخطاء الميلادية والتي قد تكون سبب في وجود أعراض عديدة لدى الطفل التوحدي.

وعادة لا يكون أطباء الأعصاب والوراثة جزءاً مباشراً في فريق التقييم ولكن يتم استخدامهم كمستشارين خاصين يكملون البيانات الهامة عن الطفل التوحدي ويتبادلون الحديث مع باقي أعضاء الفريق بموضع أسس تشخيصه وعلاجه.

2.6 استراتيجية التقييم والتدخل:

التقويم: ويقصد بالتقويم التعديل وفي هذه استراتيجية الخاصة بالتكفل النفسي للطفل التوحدي هي تعديل سلوك الطفل.

التقويم هو مساعدة المريض على التكيف لما حوله أو الوصول به إلى شخصية ناضجة فان علاجه يتطلب إزالة العوائق التي تعيق نموه و تكيفه ونموه الانفعالي والنفسي السليم ويقوم بهذه العملية المختص بعد أن يقيم علاقة وطيدة بينه وبين المريض حيث يعمل على إزالة أو تخفيف أعراض سلوكية واتجاهات في التفكير ايجابية وسليمة اجتماعيا (ألفت حقي، 2001، ص466).

وأهم خطوات رئيسية في تعديل سلوك الطفل التوحدي:

- 1- تحديد السلوك المستهدف، تصحيح أفعاله الخاطئة.
- 2- تعريف السلوك المستهدف ضربه آخرين.
- 3- قياس السلوك المستهدف في الفترة الزمنية التي تمت ملاحظته.
- 4- تحديد المتغيرات ذات العلاقة الوظيفية بالسلوك المستهدف مثلا البيئة.
- 5- تصميم خطة العلاج إي الذي يساعد المدرسة أو الأسرة.

6- تنفيذ خطة العلاج.

7- تقييم فاعلية برنامج العلاج.

8- أهم النتائج المستخلصة لخطوات السابقة.

3.6 استراتيجية التقييم:

التقييم: ويقصد به اعطاء الدرجة يتمثل في إصدار الحكم على مدى تحقيق الأهداف أو صحة وفعالية البرامج المخططة للعلاج وتعتمد هذه الاستراتيجية على التقويم والتدخل أو على التقرير هذه الاستراتيجية هي التحقيق من مدى فعالية العلاج في تغيير سلوك المريض أو في حل صراعاته ومشكلاته.

7- نظام التكفل:

1.7 تعريف نظام التكفل:

هي تلك العملية التي يقوم بها المجتمع والدولة عبر مؤسساتها الحكومية من وزارات ومديريات، ومؤسسات غير حكومية من منظمات وجمعيات، اتجاه فئات المجتمع تتميز بخصائص واحتياجات لا تتوفر عند باقي الفئات الأخرى من المجتمع، وذلك برسم السبل لوضع الخطوط المجرىة، والمبادئ العامة والقواعد الشاملة ولسن التشريعات القائمة على أساس الاعتراف بكرامة الفرد وحرية الشخصية واحترام حقوقه من طرف الدولة والمجتمع بأفراده: وهي الحق في التربية والتعليم، حق في العلاج، حق في العمل، الحق في الحياة الكريمة.... الخ.

وهي أيضا عملية توفير الوسائل والإمكانيات الخاصة بعدد مجالات التكفل مثل: في مجال الصحة. (العلاج والأدوية والمساعدة الطبية)، في مجال التربية والتعليم (الأدوات المدرسية، الوسائل التعليمية الخاصة كالمجسمات والخرائط المجسمة ... الخ)، والإمكانيات العامة مثل وسائل الاتصال بالإدارة والنقل العمومي الخ، حيث تكون تحت تصرف

الفرد بهدف تكيف المحيط والبيئة مع متطلبات الفئة المعينة والوصول الى عملية دمج هذه الفئات مع باقي فئات المجتمع، وليس هذا وحسب بل أيضا دمجهم عبر المسار التربوي التعليمي من خلال توفير برامج التربية الخاصة وتكوين المنفذين لهذه البرامج وتوفير المؤسسات الخاصة بها لتطبيقها.

2.7 مجالات التكفل:

- **التكفل الاجتماعي:** والهدف منه تحقيق التكامل في التكفل بهذه الفئة بين المؤسسة المسؤولة وأسرة الطفل ومحيطه الخارجي ويلعب الأخصائي الاجتماعي دور الوسيط بين الأسرة و المركز فهو يقوم بالعديد من الأعمال أهمها عند تسجيل أي طفل للاستفادة من خدمات المركز يقوم الأخصائي الاجتماعي بإجراء تحقيق مطول عن الطفل وأسرته والبيئة المحيطة به وتحتوي هذا التحقيق على:

معلومات عامة عن الطفل - الحالة المدنية للأولياء - الوضعية الاجتماعية للعائلة
الحالة الصحية للوالدين، الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية للعائلة.

التاريخ التطوري للحالة - النمو الحركي - الحالة الدراسية - نظرة الأسرة اتجاه اعاقه
وأخيرا بعض الاقتراحات من قبل المشرف الاجتماعي وخلاصة ما وصل اليه هذا التقرير
ويرفق هذا التقرير في الملف.

- **التكفل الطبي:** تتكون من فرقة تحتوي على طبيب وعدد من الممرضين المساعدين حيث
يستقبل الطبيب المريض ويتم فحصه جسديا ويسجل البيانات العامة حول المريض في بطاقة
الطبية، كتاريخ الدخول والخروج ورقم الملف وتكون معلقة على سرير المريض، كما
يتضمن علاجاً كاستعمال التخدير للتهديئة والمعالجة بالفيتامينات والأدوية المهدئة.

- التكفل الوقائي الاندماجي:

هو ذلك التأهيل النفسي الذي يعمل على تبصير المجرم بطبيعة الجرم الذي ارتكبه وبعواقبه وأضراره فضلا عن التدخل لإعداده وتهيئته من خلال خدمات تعليمية وترفيهية والجلسات لمواجهة المرحلة الانتقالية ما بين حياة السجن والعودة للحياة العادية بالتقليل من ظاهرة العود (سيف الدين، 1998، ص02)

- التكفل النفسي:

تعني بالتكفل النفسي مجموعة الطرق والمنهجية النفسية والذهنية الإجرائية، وحتى البدنية المبذولة المستخدمة للعناية بالأشخاص الذين يعانون من مختلف الاضطرابات سواء نفسية أو عضوية أو عقلية و تتمثل في تدخل الأخصائي النفسي. والتكفل النفسي يكون فردي أو جماعي وتختلف أهدافه حسب طريقة الإرشاد والمساعدة الفردية والعائلية بالإضافة إلى مناهج اكلينكية مستعملة كالاختبارات والمقابلات.

3.7 أهمية التكفل:

تكمن أهمية التكفل في كونه وسيلة لإدماج الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة، من الناحية النفسية الاجتماعية ومهنية وتوعية أفراد المجتمع بضرورة النظر بموضوعية وبعدل لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة للقضاء على نظرة النقص أو التحقير أو الشفقة لمنح فرصة العيش وتحقيق استقلالي بتنمية قدرته الحركية الاجتماعية والعاطفة
(children sp blog spot.con /2015/08/blog-25-htnl).

4.7 أهمية التكفل النفسي:

1. أن التكفل النفسي له دورا أساسا ومهم في تطوير مختلف القدرات الخفية عند الطفل المصاب خاصة، وتنمية شخصيته نموا سليما ومعالجة اضطراباته النفسية والسلوكية قدر الإمكان.

2. يعد التكفل النفسي بالمضطربين نفسيا هو ضرورة إنسانية وأخلاقية دينية.

3. ترميم الشخصية وإعادة بنائها فقد يكون أيضا إعادة الاتزان النفسي والتكيف مع المحيط.

5.7 دور الآباء و المربين في مساعدة التكفل بالطفل التوحدي:

ولأن عملية التكفل والتأهيل للإعاقة بوجه عام يتطلب الجهد من طرف الأخصائيين النفسانيين الاجتماعيين والأطباء، فإن الطفل التوحدي المصاب باضطراب التوحد يجتاح الى اهتمام الوالدين والمربين في المراكز أو المدارس التربوية لان الوالدين يعتبران العنصر الأساسي والرئيسي لإعطاء العون ومساعدة للأخصائيين النفسانيين العيادين.

وهذا لان الطفل التوحدي له خصائصه الجسمية والنفسية المميزة ويصعب على الأخصائي وحده القيام بتأهيل فهو يحتاج إلى معلومات وحدها عن الوالدين لكثرة الطفل.

6.7 دور الأولياء في التكفل بالطفل التوحدي:

أن دور الأولياء في تقديم المساعدة والتكفل بالطفل التوحدي مهمة جدا بالنسبة للطفل فالأم خاصة هي الموضوع الأول للطفل حيث يقيم معها علاقاته الأولى فالأم تساهم كثيرا في تحسين الظروف العلاقية مع طفلها سواء كان عاديا أو مصابا وفي هذا الصدد يقول PALEROM أن معظم النشاطات التي يقوم بها الأخصائي النفساني أثناء الفحص يجب على الوالدين تكرارها وإدماجها في الحياة اليومية للطفل (محمد أحمد خطاب، عمان، 2005، ص89).

من أهم الميادين التي يستطيع فيها الوالدين القيام بتلك التدريبات التربوية والنمائية وخاصة موضوع التكفل هي أوقات الاستحمام والأكل والخروج الى نزعات، تعد هذه الميادين مناسبة لآثاره الطفل بواسطة الصوت، اللمس... الخ.

فالأسرة مسؤولة خاصة في سنوات العمر المبكر عن كثير مما يرد الطفل من مؤثرات وكلما كان العمر مبكرا كلما زادت أهميتها وفي هذا الصدد يقول محمد النجمي: "يتمكن الطفل من تكوين ذاته والتعرف على نفسه عن طريق الأخذ والعطاء والتعامل بينه وبين اعضائها ففي هذه البيئة الاجتماعية يتلقى أول إحساس لما يجب وما لا يجب القيام به" (نفس المرجع أعلاه ص92).

خلاصة

بعد تعرضنا إلى تعريف التكفل والتكفل النفسي، ونظام التكفل والقائمين عليه خاصة الأخصائي النفسي العيادي الذي يعتبر هو جوهر التكفل النفسي أو أساسه في تقديم يد المساعدة للأفراد عموماً وإلى أطفال التوحيدين خصوصاً لمحاولة فهمه وتأهيله من جهة المجتمع فننا نستخلص أهمية التكفل النفسي والدور الفعال الذي يقوم به الأخصائي النفسي من الرعاية والتكفل الذي يحتاجه الطفل التوحيدي.

تمهيد:

في هذا الفصل تقوم الباحثة بتوضيح منهج الدراسة، عينتها طريقة اختيارها، وكذا حدود الدراسة وأدوات جمع البيانات.

ومنه يمكن أن نطلع في الجانب التطبيقي على أهم النتائج المتحصل عليها من خلال مراحل البحث، والتأكد من صحة التساؤلات أو نفيها ومنه يعد هذا الجانب كتكملة للجانب النظري الذي تعرضنا له في الفصول السابقة.

1- الدراسة الأساسية:

كانت الدراسة الأساسية بملحقة المركز النفسي البيداغوجي لأقسام التحضير لأطفال التوحد بالمسيلة، وهو ملحقة تابعة للمركز النفسي البيداغوجي للمعوقين ذهنياً.

تم تأسيسه من طرف أولياء اطفال معين بحالة التوحد والاختصاصي وبدأ نشاطه فعليا يوم: 2016/01/03.

وتتكون الملحقة من مديرة المركز ومن 03 اختصاصيين، 02 مختصين في النفس الحركي، 01 اختصاصية اجتماعية، كما تحتوي الملحقة على موظفين القائمين على شؤون الادارة.

- أهداف المركز:

- مد يد العون للمتوحد بدرجة الاولى وتخفيف العبء على الوالدين.
- خدمة الاطفال التوحديين.
- تقديم الرعاية النفسية والاجتماعية لطفل التوحدي.
- خلق تواصل بين الأولياء والاختصاصي النفسي العيادي لمقدرة التكفل بالمتوحد.
- إلحاقه بأقسام التحضيري بعد تأهيله وتدريبه.

- النشاطات الرئيسية للمركز:

- التكفل والتدريب.
- العلاج النفسي.
- تطوير المهارات وخفض مظاهر السلوكية الغير تكيفية للمتوحد.
- توجيه وإرشاد الاولياء.

2- المنهج:

إن تحديد طبيعة المشكلة المدروسة وأبعادها وسبر أغوارها لا يتأتى إلا عن طريق منهج علمي سليم، وهذا الأخير الذي يعتبر طريق منظم يتبعه الباحث من أجل الوصول إلى الحقائق العلمية (فريد بوخناش أشرف د/عمر لعويبة- السنة الجامعية 2002 /2003 . ص 146).

وهو السبيل والكيفية المنظمة التي سترسم لها جملة من المبادئ والقواعد المنطلق منها في دراسة مشكلة بحثنا والتي تساعدنا في الوصول إلى نتائج دقيقة وصحيحة (خلاص محمد عبد الحافظ باهي- طرق البحث العلمي والتحليل الإحصائي في المجالات التربوية والنفسية والرياضية- مركز الكتاب للنشر- القاهرة - 2000. ص 83).

فالمنهج المستخدم في حل مشاكل البحث ذات أهمية بالغة، ذلك لأن استخدام المناهج الخاطئة لا توصلنا إلى حل صحيح إلا بالمصادفة.

وفي بحثنا هذا اخترنا المنهج الوصفي.

اعتمدنا في دراستنا هذه على المنهج الوصفي (دراسة الحالة) بهدف التعرف على دور الاخصائي وأثر المستوى الثقافي للوالدين في تخفيف من اضطراب التوحد.

حيث يقوم البحث الوصفي بوصف ما هو كائن وتفسيره، وهو يهتم بتحديد الممارسات الشائعة أو السائدة والتعرف على المعتقدات والاتجاهات. ولا يقتصر البحث الوصفي على جمع البيانات وتبويبها إنما يمضي إلى ما هو أبعد من ذلك لأنه يتضمن قدرا من التفسير لهذه البيانات أن عملية البحث لا تكتمل حتى تنظم هذه البيانات وتحلل وتستخرج منها الاستنتاجات ذات الدلالة والمعزى بالنسبة للمشكلة المطروحة.

وتستند الدراسات الوصفية إلى أسس منهجية أهمها التجريد والتعميم، وتتقسم الدراسات الوصفية إلى ثلاث أنواع هي:

➤ الدراسات المسحية (المسح المدرسي، الدراسات المسحية للرأي العام، المسح الاجتماعي).

➤ دراسات العلاقات المتبادلة (دراسة الحالة ، الدراسات السببية المقارنة).

➤ دراسات النمو والتطور.

استخدمت الباحثة دراسة العلاقات المتبادلة (دراسة الحالة).

واعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على خبرة الباحثة

وملاحظاتها وتفسيراتها للمعلومات التي تحصلت عليها من خلال المقابلة.

ثانيا: عينة الدراسة

ثالثا: أدوات الدراسة

هناك عدة وسائل لجمع المعلومات في دراسة الحالة وهي: (المقابلة، الملاحظة، السجلات) استخدمت الباحثة المقابلة لجمع المعلومات.

3- عينة الدراسة:

1.3 تعريف العينة:

هي ذلك الجزء المستخدم والمختار للدراسة، والذي يستعمل من أجل الحكم على الكل فهي جزء من المجتمع كلي أو مجتمع الدراسة، ويتم اللجوء عندما تصعب الدراسة على كل وحدات المجتمع الأصلي فهي تخضع لطبيعة الدراسة (رشيد زوواتي :مناهج و أدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية ، ط1، دار الهدى ، الجزائر ، 2007، ص340).

2.3 مواصفات العينة:

ثم اختيار أفراد العينة بالمواصفات التالية:

1. أن يكون أفراد العينة أطفالا توحيدين وفقا لمقياس تشخيص التوحد.
2. أفراد العينة أطفالا من أصعب الحالات التوحد.
3. الأطفال التوحيدين هم أطفال ملتحقين بملحقة المركز النفسي لبيداغوجي لأقسام التحضيرية لأطفال التوحد بالمسيلة.
4. اختيار الأطفال الدائمين بالحضور.

4- حدود الدراسة:

- **المكانية:** تمت إجراءات تطبيق الدراسة الحالية بملحقة المركز النفسي البيداغوجي لأقسام التحضيرى لأطفال التوحد بالمسيلة.
- **الزمانية:** تم تطبيق مجريات الدراسة خلال الموسم الجامعي 2016/2015 خلال الفترة الزمنية الممتدة ما بين 2016/02/14 إلى 2016/04/10.
- **البشرية:** اشتملت عينة الدراسة الحالية على 02 حالات وتراوحت أعمارهم ما بين 8-9 سنوات متواجدين بملحقة المركز النفسي البيداغوجي لأقسام التحضيرى لأطفال التوحد بالمسيلة.

5- أدوات الدراسة:

1.5 دراسة الحالة:

تعتبر دراسة الحالة تقنية ومنهج في آن واحد، فهي ملمة في يد المختص الممارس يعتمد عليها في فهم شخصية المفحوص والكشف عن وقائع حياته منذ الميلاد إلى اللحظة الراهنة، من أجل الوصول إلى حكم معين، ومساعدته على تجاوز صعوباته النفسية.

ويمكن اعتبارها منهج في يد الباحث، حيث يسعى من خلالها إلى دراسة ظاهرة نفسية بغية تحليلها وتفسيرها، وتسير دراسة الحالة وفق خطوات تتم في معظمها وجها لوجه بين الفاحص والمفحوص، كما يعتمد على جمع المعلومات من مصادر مختلفة ونحن في دراستنا استخدامها دراسة الحالة كأداة للإشارة على جمع البيانات، واستخدامها في منهجنا الوصفي.

فدراسة الحالة هي الطريقة التي تعطينا رسم للصورة الكلية في وحدة معينة من خلال علاقاتها المتنوعة والمتعددة وأوضاعها الثقافية، ويمكن أن تكون الوحدة موضوع الدراسة شخصيا أو أسرة أو جماعة، وذلك بهدف فهم الحالة وعلاقتها بالعوامل المتأثرة بها وكذا إيجاد وإثارة الرغبة والعزيمة والإرادة والدوافع لتعبير ما بنفسه والوصول الى حلول لحاته وحل مشكلاته (رشيد زوواتي، 2007، ص 152.153).

2.5 المقابلة:

تعرف المقابلة على أنها: "تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف موجه يحاول به الشخص القائم بالمقابلة أن يستشير معلومات وآراء أو معتقدات شخص آخر أو أشخاص آخرين للحصول على بعض البيانات الموضوعية (رشيد زوواتي، 2002، ص148).

وفي هذه الدراسة استخدمنا المقابلة الغير موجهة، والتي يترك الحرية الكاملة للمقابل ليجمع ما يناسبه من البيانات، وفيها يتحدث المفحوص فيما يعني له من الموضوعات.

3.5 الملاحظة :

تعرف (WEICK) الملاحظة العلمية بأنها الاختبار، والاستشارة والتسجيل، وتفسير مجموعة من السلوك و الأوضاع في ظروفها الطبيعية تفسيراً يتسق مع الأهداف العلمية (سعد إسماعيل صيني: قواعد أساسية في البحث العلمي، ط1، مؤسسة الرسالة بيروت، سوريا، 1994، ص303).

فالملاحظة تعتبر إحدى أدوات جمع البيانات، ونستخدم في البحوث الميدانية لجمع البيانات التي يكمن الحصول عليها عن طريق الدراسة النظرية، كما نستخدم في البيانات التي لا يمكن جمعها عن طريق الاستمارة أو المقابلة أو الوثائق والسجلات الإدارية أو الإحصاءات الرسمية والتقارير، وتسجيل ما يلاحظه الباحث من البحوث سواء كان كلاماً أم سلوكاً. (رشيد زوواتي، 202 ص 153).

وفي هذه الدراسة استخدمنا الملاحظة بالمشاركة، أي اشترك الباحث مع المجموعة المطلوب ملاحظتها فيما يقومون به من أعمال و أنشطة.

خلاصة:

في هذا الفصل قد أوضحنا أهم الإجراءات الميدانية التي قمنا بها، بداية من الدراسة الأساسية إلى المنهج والعينة والحدود الدراسة، الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة وهي دراسة الحالة والمقابلة والملاحظة.

- دراسة الحالة:

- تقديم الحالة الاولى:

البطاقة الشخصية:

اسم الحالة: علي.

تاريخ الميلاد: 2008.

الجنس: ذكر.

مكان الإقامة: المسيلة.

المستوى المعيشي: جيد.

عدد إخوة: 05.

الرتبة : الثالثة.

بيانات عن الأسرة:

مهنة الأب: موظف (إطار بالدولة).

مهنة الأم: مائكة بالبيت.

المستوى التعليمي: الثالثة من التعليم المتوسط.

ظروف الحمل:

عدد مرات الحمل: 5 مرات.

عدد مرات الإجهاض: لا توجد.

تغيير السكن بسبب البعد عن المركز.

بيانات عن الطفل ولادته:

الطفل: مرغوب فيه جدا.

الحمل: طبيعي.

الولادة: طبيعية.

الرضاعة: طبيعية دامت عام ونصف.

عوارض أثناء فطامة: كان شديد البكاء.

صعوبات في النمو:

الجلوس - المشي - الحبو - الوقوف - عادية.

العقاب: يعامل معاملة لينة.

العمليات الحسية في ما يخص اللغة: ليست لديه اللغة.

الاضطرابات السلوكية العدوانية : لديه سلوك موجه للذات المتمثل عض نفسه.

اضطراب الإخراج :لديه التبول و التبرز اللاإرادي.

اضطرابات النوم : أرق - قليل النوم - غير منتظم.

- تقديم الحالة الثانية:

البطاقة الشخصية:

اسم الحالة: إبراهيم.

تاريخ الميلاد: 2007.

الجنس: ذكر.

مكان الإقامة: المسيلة.

المستوى المعيشي: متوسط.

عدد الإخوة: 06.

الرتبة: الرابع.

بيانات عن الأسرة:

مهنة الأب: عامل حر.

تاريخ الميلاد: 1970.

المستوى التعليمي للأب: الرابعة ابتدائي.

تاريخ الزواج: 23 سنة.

تاريخ ميلاد الأم: 1972.

المستوى التعليمي للأم السنة الأولى ابتدائي.

مهنة: لا تعمل.

ظروف الحمل:

عدد مرات الحمل: 7 مرات.

عدد مرات الإجهاض: مرة واحدة.

أفراد أخرى في العائلة: السكن مع العم و أولاده.

عدد حجرات السكن: صالون - غرفة واحدة.

الأمراض الوراثية بالأسرة: أب الام و أخت و أخ الأم لديهم السكري.

الطفل: مرغوب فيه.

الحمل: طبيعي.

الولادة: طبيعية.

الرضاعة: دامت عامين ونصف طبيعية.

عوارض أثناء الفطام : بعد فطامه كان شديد الغضب المتمثل في رمي ما حوله.

صعوبات في نمو الطفل:

الجلوس: عادي، الحبو: عادي، الوقوف: عادي.

العقاب: أحيانا الضرب.

العمليات الحسية:

الإبصار: عادي وفي شهر الثامن لم يرى اليوم كامل.

اللغة: يركب الجمل و لست لديه لغة.

الكلمات الأولى: كلمة واحدة (ماما) في الشهر السابع فقط.

الأحداث الطبية:

الأمراض: في العمر عام ونصف بلغت الحمى 40° دخلت به أمه المستشفى (و بعدها في العام 2010) أي 3 سنوات الحمى وصلت إلى أقصاه إلى درجة الموت ادخل إلى المستشفى مرة أخرى.

الاضطرابات السلوكية العدوانية:

- سلوك موجه نحو الآخرين: يستخدم السلوك العدواني اتجاه الآخرين عند مضايقته أو منعه من الصراخ أو العض نفسه وتمزيق الملابس.
- سلوكيات عدوانية اتجاه ذاته: يعض نفسه، ضرب نفسه، ضرب رأسه على الحائط لديه.

الاضطرابات الغذائية: لديه الإفراط في الأكل والشرب.

اضطراب الإخراج: فهو دائم التبرز اللاإرادي، التبول اللاإرادي.

اضطراب الانتباه والتركيز:

- ضعف الإدراك.

- لا يعرف التوجه الزمني والمكاني.

- الذاكرة ضعيفة.

- المزاج متقلب جدا.

مؤشرات عصابية: شديد الصراخ و ضرب نفسه في جدران.

القلق: حسر، لديه الخوف من دورة المياه.

اضطراب النوم: قليل النوم، يكاد ينعلم في الصيف.

أولاً- نتائج الفرض الاول:

من خلال ملاحظتنا وتتبعنا للإجراءات التي تقوم بها الاخصائية من أجل تحقيق التكفل النفسي للأطفال المصابين باضطراب التوحد تم تسجيل ما يلي:

1. تقوم الأخصائية أولاً بجمع البيانات الشخصية للحالة.
2. طرح بعض الأسئلة على الأم كظروف العمل ومرحلة الولادة، ما بعد الولادة والسوابق لدي الطفل.
3. المقابلة الاكلينيكية والتي تتم مع أولياء الطفل تتضمن أسئلة للمظاهر النمائية للطفل، اللغوية والحركية والانفعالية منذ الميلاد.
4. المقابلة الاكلينيكية مع الطفل من خلال ملاحظة تعابير الوجه والإيماءات ومظاهره الخارجية كتجنب النظر في الآخر، حركات الجسم، تكرار الحركة، تأخر واضح في القدرة على التخاطب والكلام، تكرار اللفظي الحركات النمطية، إصدار أصوات غير مفهومة.

تم بعد ذلك يبدأ الأخصائي في قيام بإجراءات التكفل النفسي للطفل التوحدي

إجراءات التشخيص:

- يقوم بتأكد من السمع واضطرابات اللغة وتحقيق من عدم وجود خلل في وظائف الدماغية عن طريق شهادة طبية أو عن الكشف عند طبيب السمع.
- الكشف النفسي العام للطفل ودراسة محيطه والبيئة التي يعيش فيها.
- دراسة حالة الطفل بدقة وتفصيل لمعرفة وتطبيق التكفل النفسي المناسب وبأسلوب مناسب للطفل منذ ولادته إلى الوقت الراهن.
- بعد التأكد من أن الاضطراب الذي يعانيه الطفل هو اضطراب التوحد تبدأ إجراءات المناسبة للتكفل النفسي.

أهم إجراءات التكفل النفسي للأخصائي:

- التعاون مع الوالدين للحصول على نتائج مرضية أكثر في أقرب وقت.
- بعد هذه الإجراءات تخص كيفية التكفل النفسي بالطفل التوحدي أي بين الحالة والأخصائي وأسرة الحالة، يقوم الأخصائي بمقابلة الوالدين يعدها جلسة نفسية أسرية الهدف منها توعية الأسرة واعدادهم نفسيا من أجل مواجهة هذا الاضطراب و التعرف عليه، وتحديد أدوارهم بالضبط وتنظيم عدد الجلسات في الاسبوع حسب شدة الحالة.

سيرورة الجلسات للتكفل النفسي:

الجلسة الاولى:

يحاول الاخصائي اقتحام وحدته وعزلته بلمس جسمه، المسح على شعره، مسك يديه بلطف، جذبها لأشياء المثيرة لحاستي البصر والسمع، والهدف منها جذب انتباهه.

يقابله في الجلوس على الطاولة، ويضع الاخصائي هدفه الاول وهو التعرف على أعضاء الجسم وذلك أن يقدم الاخصائي للطفل التوحدي مجسم مركب مكون من مجموع أطراف الجسم (الرأس، الصدر، البطن، الذراع، اليد، الفخذ، الساق، الرجل،....) ما يسمى بـ (حيث يضع الاخصائي هذا الجسم امام الطفل ثم كأن، يأخذ الرأس مثلا ويريه له، ويقول بصوت مرتفع حتى يجذب انتباهه هذا "رأس" هذا "صدر" هذا "ذراع".... وهكذا وكل ما يأخذ الاخصائي عضو من أعضاء المجسم ليريه إياه يضعه في مكانه المناسب حتى يكمل في الاخير هذا المجسم ويعبر عن جسم الانسان بشكل صحيح، ويعيدها الاخصائي له أكثر من مرتين (عدة مرات) وبصوت مرتفع دائما.

ثم بعد ذلك يفكك الاخصائي هذا المجسم والهدف منه التعرف على أعضاء الجسم وادراك الطفل التوحيدي لذاته ويطلب من الطفل أن يساعده في التفكيك قصدا حتى يثير اهتمامه ولتقليل من فترات غيابه، بعد ذلك يطلب الاخصائي من الطفل مثلا: أن يضع الرأس في مكانه عن طريق سؤاله (أين هو الرأس، أين نضعه) ثم (الصدر ثم البطن، بالخذين ...) بالترتيب حتى يكتمل في الاخير المجسم، وطبعا الطفل المتوحد هنا يجد صعوبة في بداية الامر (صعوبة في التمييز بين الاطراف والاعضاء) يقوم الاخصائي بمساعدته فإذا لم يستطيع أن يتعرف على اليدين مثلا يأخذ الاخصائي يد الطفل اليمنى ويريه بأصبعه اليد ويقول له هذه هي اليد ثم يحملها بيد الطفل ويضعها في مكانها المناسب وهكذا تتم عملية المساعدة بعد انتهاء الحصة، ينادي الاخصائي لأحد الوالدين ويطلب منه إعادة ما قام به (بعد أن يشرح له) لعدة مرات باستمرار في البيت وبدون انقطاع عن طريق تجسيد مجسم أو بأي وسيلة كانت حتى يتمكن الطفل من التعرف على أعضاء الجسم.

الجلسة الثانية:

يقوم الاخصائي بمراجعة ما تم تعلمه في الحصة الاولى حتى يتعرف على درجة التمييز التي توصل اليها الطفل بين أطراف الجسم ثم يطلب منه تفكيك المجسم وإعادة تركيبه لوحده عن طريق سؤاله أين الرأس أين نضعه واليد والرجل وعندما يستطيع تركيبه و يساعده الاخصائي يقوم بتعزيزه وشكره والتصفيق عليه (حيث يعود هذا الى درجة تعاون الوالدين مع الاخصائي...) بعد تأكد الاخصائي من أن الطفل متمكن من التمييز بين أطراف الجسم يمر على مستوى آخر وهو إسقاط ما تعلمته الحالة على نفسه، حيث يقوم الاخصائي بمسألة الطفل (أين هو رأسك أنت واين يدك اين هو ذراعك...).

وهكذا يبقى الاخصائي يسأل الطفل ويصحح الاخطاء عند ما يخطئ ويشير إلى أعضاء جسمه حتى يتجاوب معه أكثر ويقوم بالتعزيز المعنوي والمادي كلما تمكن الطفل من التعرف على عضو معين والهدف هنا أن يتعرف الطفل على أعضاء الجسم ويسقط ما تعلمه على جسمه من أجل إدراك ذاته وبناء المنطق لدى الطفل في الاخير نهاية الحصة يطلب الاخصائي من الوالدين تكرار هذه التقنية في البيت بشكل مستمر حتى يدرك أعضاءه ويبني المنطق لديه.

الجلسة الثالثة:

بعد تمكن الطفل من المستوى الاول الذي هو التعرف على أعضاء الجسم وأطرافه ينتقل الاخصائي بالطفل إلى المستوى الثاني ولكن يبقى مراجعة وإعادة وتكرار المستوى الاول مستمرة دائما لأن المستويات تخدم بعضها.

المستوى الثاني الهدف منه هو أن يستطيع الطفل المتوحد تطابق البسيط للأشكال كأن يضع له أشكال مختلفة ويضع أمامه لوحده هذه الاشكال ويطلب من الطفل أن يضع كل شكل في مكانه المطابق لهذا الشكل في اللحة، قد تكون هذه الاشكال مثلا: عبارة عن أشكال حيوانات يقوم الاخصائي أولا بتعرف كل حيوان مثال: هذه زرافة، هذا أرنب ... بعد ذلك يطلب الاخصائي من الطفل أن يضع كل حيوان مكانه المناسب المطابقة لشكل الزرافة والهدف هنا هو أن يميز الطفل المتوحد بين الحيوانات ويدرك أشكالها ويبني لديه المنطق من خلال التطابق وكذلك يستعمل معه مصطلح (أكبر/أصغر) مثال (أين الحمامة الكبيرة، أين نضعها، أين مكانها) حتى يتمكن في الوقت ذاته من إدراك الحجم والتميز بينها، وبعد الانتهاء من التدريب الذي يستغرق حصة كاملة على الاقل يطلب الاخصائي دائما من الوالدين إعادة هذه التقنية في البيت بشكل مستمر دائما ولعدة مرات ويذكرهم الاخصائي بأهمية العمل معه في المنزل حتى يتحقق التكفل النفسي وأن دورهم مهم وضروري ويتسرع في إعادة تأهليه.

الحصة الرابعة:

يقوم الاخصائي بإعادة المستوى السابق بشكل سريع لتذكير فقط (التتابع البسيط للأشكال) وبعد تأكيد الاخصائي من أن الطفل قد تمكن من التتابع البسيط للأشكال، ينتقل به الاخصائي إلى المستوى الذي يليه الا وهو التتابع البسيط للألوان والهدف منه التمييز بين الالوان.

أولاً: يعرف الاخصائي الطفل التوحدي على مجموعة الالوان (هذا أحمر، هذا أصفر،...) بعد ذلك يأخذ الاخصائي مجموعة من الاشكال مثل: الدوائر أو المربعات الملونة بنفس اللون مع بعضها (الاحمر مع الاحمر، الاصفر مع الاصفر....).

ويعيدها لعدة مرات وبوسائل مختلفة ومتعددة ثم يطلب الاخصائي من الطفل فعل ذلك قائلاً: (اين نضع هذا اللون اين نضع اللون الاحمر والاصفر وهكذا..) وعندما يجد صعوبة وخاصة في البداية يقوم الاخصائي بمساعدته وذلك بمسك يده ويحمل الشكل الملون في مكانه المناسب وهكذا يستطيع الطفل التمييز بين الالوان، مع التعزيز دائما عندما يستجيب الطفل بشكل صحيح يقوم الاخصائي بالتعزيز الذي له دور كبير في التكفل النفسي.

الجلسة الخامسة:

يقوم الاخصائي بإعادة المستويات السابقة التي مرت بهم الحالة (التعرف على أطراف الجسم) والتتابع البسيط للأشكال والتتابع البسيط للألوان حتى يحدث ترابط بين المستويات.

الجلسة السادسة:

يقوم الاخصائي بربط المستويين الآخرين (التتابع البسيط للأشكال والتتابع البسيط للألوان) كأن يأخذ الأخصائي مجموعة من الأشكال الملونة بنفس اللون مع بعضها (ربط تطابق الأشكال بالألوان) من أجل بناء التسلسل المنطقي)

الجلسات السابعة والثامنة والتاسعة والعاشر:

بعد تأكد الأخصائي من تمكن الحالة من المستويات السابقة ينتقل الاخصائي بعد ذلك إلى مستوى آخر مستوى اعلى يهدف إلى بناء التركيز البصري وبناء المنطق عن طريق أدوات ووسائل وتقنيات مختلفة وعديدة ومن بين هذه الادوات الذي يساهم في بناء التركيز البصري، وكذلك بين المنطق لدى الطفل المتوحد.

الجلسات 11-12-13-14:

بعد تحسين الحالة في جانب التركيز البصري ينتقل به الاخصائي إلى مستوى آخر أعلى يهدف إلى (بناء الخيال) لأن درجة التخيل لدى الاطفال المتوحدين عموماً ضعيفة جداً حيث يستخدم وسائل وأدوات خاصة ومن بينها للوصول إلى التخيل أو تقريب فكرة الخيال من الحالة.

الحالة هنا تجد صعوبة نوعاً ما في هذا المستوى (بناء الخيال) القدرة على التخيل حيث يطلب هذا المستوى جهد ووقت يستغرق هذا من 4-5 جلسات تقريبا مع المجهودات الكثيفة من طرف الاخصائي والتعاون الوالدي المستمر طبعاً مثل: أن يركب الطفل بواسطة أدوات خاصة يقدمها له الاخصائي شكل معين (منزل ، طاولة ، قطار...).

بعد تمكن الطفل من كل هذه المستويات ينتقل الاخصائي إلى مستوى أعلى وهو التعرف على الأشياء بواسطة الكلمات البسيطة (الكلمات المعبرة) عبارة عن مجموعة من الصور المعبرة تعبر عن شيء معين مثال: كأن يقدم الاخصائي للحالة (صورة كرسي، طاولة، وردة).

اولاً: يعرف الاخصائي الطفل على مجموعة الصور (هذا كرسي، هذه طاولة، هذه وردة) بعد ذلك يضع أمام الطفل صورتين فقط ويطلب منه الاخصائي أن يعطيه شيء معين مثلاً (اعطيني وردة، اعطيني كرسي) وهكذا بعد تمكن الحالة من التمييز بين صورتين يضع الاخصائي أمامه 4 صور ثم 6 صور ثم 8 صور وهكذا، كلما كان الطفل في تحسن كلما يزيده الاخصائي في عدد الصور المعبرة من أجل التعرف على الأشياء و معرفتها والتمييز بينها.

بعد متابعة سيرورة الجلسات نجد أن الطفل المصاب باضطراب التوحد قد تمكن من مستويات كثيرة:

- التطابق البسيط للأشكال
- التطابق البسيط للألوان
- التمييز بين الالوان والأشكال
- بناء الخيال
- بناء المنطق لدى الطفل التوحد
- بناء التركيز البصري
- التمكن من التمييز بين المواقف والكلمات والجمل البسيطة ومن خلال هذه المستويات تقل وتخف أعراض الاضطراب حيث تتغير نظراته الزجاجية تصبح نظرية طبيعية تقل عدد ومدة فترات غيابه يبدأ شيئاً فشيئاً الدخول إلى عالمنا والاندماج والوصول به إلى قابلية التعلم كل هذه المستويات تعد ركيزة هامة من أجل الخروج من اضطراب التوحد.

بعد سيرورة الجلسات التي تعتبر من اجراءات التكفل نجد ان للتكفل النفسي دور في التخفيف من اضطراب التوحد للأطفال المصابين به.

ثانيا: نتائج الفرض الثاني:

أسلوب المقابلة:

لأسئلة المتعلقة بموضوع الدراسة

تحليل المقابلة مع الاخصائية العيادية:

من خلال المقابلة تم معرفة دور الاخصائية النفسانية والمتمثل في استقبال الاطفال التوحديين بالملحقة، وحسب ما تم معرفته أن الاخصائية النفسانية تقوم بتأكد من التشخيص لطفل المتوحد بتطبيق مقياس تقدير التوحد كارز ودراسة ملف الطبي الذي يأتي به لان من شروط الدخول الى الملحقة وجود شهادة طبية من طرف طبيب مختص في الامراض العقلية لطب الأطفال.

كما تقوم الاخصائية النفسانية العيادية بمقابلة الوالدي الطفل التوحي وإبلاغهم بنتيجة التشخيص بشكل مباشر، مع مراعاة التهيئة النفسية لهم عند إبلاغهم وتوضيح لهم شدة الاضطراب (توحد بسيط، توحد متوسط، توحد شديد) عن طريق الشرح الوافي والذي يتضمن التعريف بالاضطراب وإعلامهم بأعراضه وهذا لتبصير الوالدين ببعض الحقائق الاساسية المتعلقة بشدة الاضطراب التي يعاني منها طفلهم.

وبعد ما يتم التشخيص وإبلاغ الوالدين تضبط الاخصائية برنامج خاص بالطفل، كما تقوم الاخصائية بمتابعة مجريات هذه البرامج التعليمية، وذلك بمساعدة الوالدين لقيام بنفس البرامج في المنزل لضمان الاستمرارية التحسن ومن خلال هذه المقابلة اتضح أن الاخصائية لها دور فعال في التكفل النفسي مع مختلف الاتجاهات المتمثلة في :

دور الاخصائية اتجاه الوالدين:

حيث توصل بعض المختصين الى منهجية جديدة للتكفل ببعض الاضطرابات تتمثل هذه المنهجية في إعطاء الشروحات اللازمة للأولياء سميت "بالإرشاد الوالدي".

دور الاخصائية اتجاه المفحوص "الطفل التوحدي":

يظهر دور الاخصائية كونه المحور الاساسي والجوهري في عملية التكفل فبعد جمع المعلومات الضرورية من الوالدين والاسرة تقوم الاخصائية بتقييم الحالة ووضع برنامج مناسب للطفل بالتنسيق مع المربية.

دور الاخصائية اتجاه المربية:

يمثل المربي دورا هاما وعنصرا اساسيا في عملية التكفل النفسي اذا انه هو اقرب من الاخصائية النفسانية الى الطفل المتوحد باعتبار احتكاكه الدائم، والعلاقة بينهما علاقة تكافؤية، فهو الملاحظ الاساسي لسلوك الطفل .

كل هذه التغيرات والمستويات والادوار تتحقق من خلال المجهودات المبذولة من طرف الاخصائية النفسانية العيادية حيث هي المسؤولة الاولى في تحقيقها عن طريق التكفل النفسي للطفل التوحدي .

ثالثا: نتائج الفرض الثالث:

دور المستوى الثقافي للوالدين في التكفل النفسي للأطفال المصابين بالتوحد .

1- الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية لأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء:

أن معرفة الأعراض و الخصائص لدى الطفل مهمة جدا و تساعد في عملية التشخيص و العلاج و التأهيل، فهناك خصائص نفسية واجتماعية وعقلية لأطفال التوحد تتم معرفتها بشكل أدق وأعمق من قبل الآباء نتيجة لتماسهم المباشر مع الطفل التوحدي، فالآباء يعتبرون المصدر الأول والأساسي للكشف عن هذه الخصائص فمعرفتهم لها يؤدي إلى الوصول طرق التأهيل والتدريب وعدم معرفتهم أو عدم تقبل يؤدي إلى تأخير في العلاج والتأهيل و بالتالي تؤثر على التكفل النفسي للطفل المصاب بالتوحد.

فمن خلال المقابلة مع ذوي الطفلين المصابين بالتوحد ثم طرح الأسئلة التي تخص موضوع الدراسة التي قمنا بها، حيث اعتمدنا في وضع تلك الأسئلة على الأعراض العامة لمرض التوحد وقمنا بتجزئتها على ثلاث محاور حسب الخصائص الثلاثية إلى أردنا العمل عليها (النفسية والاجتماعية و العقلية) ومنه وضعنا الأسئلة على شكل ثلاث محاور.

المحور الأول: الخصائص النفسية للطفل المصاب بالتوحد

- 1- هل تشعررون بأن طفلكم لديه نوبات من الصراخ أو الضحك ودون سبب؟
- 2- هل يقوم بالانفعال والثورة والغضب عند المحاولة لتغيير لعبته أو وضعها في مكان آخر؟
- 3- هل تلاحظون على وجهه بعض التعبيرات الانفعالية (الحزن ، الفرح) الطبيعية كردة فعل لبعض المواقف التي تحتاج ذلك؟
- 4- هل لاحظتما اعتناؤه باللعب (لعبة) إظهاره العاطفة والارتباط لها وعدم رميها وأحداث العطل فيها؟
- 5- هل يخاف من بعض الأشياء التي تستحق الخوف والعكس قد يخاف من أشياء لا تستحق الخوف (صوت طائرة ، صوت ماكينة الحلاقة)?
- 6- هل تشعررون بأنه لديه أجواء نفسية خاصة به؟
- 7- هل تلاحظون عليه التجوال داخل غرف المنزل ودون هدف؟
- 8- هل يميل إلى العناد والمشاكسة؟
- 9- هل تلاحظون عليه أحيانا شرود الذهن؟

المحور الثاني: الخصائص الاجتماعية للطفل المصاب بالتوحد

- 1- عدم اللعب الجماعي والميل الى اللعب بمفرده.
- 2- الانطواء والعزلة والابتعاد حتى من أعضاء الأسرة.
- 3- هل يستخدم كلمات واضحة أو إشارات للتواصل.
- 4- هل يستجيب لاسمه عند المناداة له.
- 5- هل يتجنب التلامس النظري لكم أو إلى الأشياء المحيطة به.
- 6- هل يستطيع أن يفرز المزاح أو السخرية من الآخرين.
- 7- هل يتفاعل مع تعابير وجهكم مثل الابتسامة والضحك.

المحور الثالث: الخصائص العقلية للطفل المصاب بالتوحد

الخصائص العقلية (الفكرية)

- 1- هل تأخرت بعض القدرات التعبيرية مثل (الابتسام في الأسبوع السادس)؟
- 2- هل كان الطفل اجتماعي مع من حوله في عمر الشهر الثالث؟
- 3- هل تأخر الكلام؟
- 4- هل تشعر بأن لديه ذاكرة ضعيفة وقلة في التركيز؟
- 5- هل هناك بطء في اكتساب المهارات منذ البداية (مسك الأشياء وأخذها باليد ورفع الطعام وإيصاله إلى الفم)؟
- 6- هل لديه القدرة على القيام ببعض الألعاب البسيطة مثل لعبة كرة القدم وركوب الدراجة؟

2- دور التفاعل الوالدي الاضطراب التوحد على التكفل النفسي بعد التشخيص:

أثناء المقابلة مع والدي الطفلين المصابين بالتوحد قمنا بطرح الأسئلة التي تخص التفاعل الوالدي مع اضطراب التوحد ودوره في التكفل النفسي للطفل التوحد الأسئلة:

- 1- هل قمت بالبحث عن ماهية هذا الاضطراب؟
- 2- هل بحثتم في كيفية التعامل مع الطفل المتوحد؟
- 3- هل كنتم تطبقون ما تطلبه منكم الأخصائية بشكل مستمر؟
- 4- هل تتابعون جديد تقنيات الكفالة النفسية للمتوحدين مثلا؟

بعد مقابلاتنا وشرحنا للوالدين موضوعنا الذي هو التكفل النفسي للأطفال المصابين باضطراب التوحد، كانت أجوبة الوالدين على أسئلة المحاور الثلاث (الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية) خصوصا الأمهات بتعاون وتقبل كبير وكانوا متفاعلين مع الباحثة.

التفسير:

1- الوالدان وبسبب غموض أسباب المرض وعدم اكتشاف علاج له فإنهم يتعاونوا مع أي جهة مؤسساتية أو شخصية لمساعدة ابنهم وإمكانية التوصل إلى أي منفذ يوصلهم إلى العلاج أو التأهيل.

2- بعد طرح للأسئلة التي تشمل الجانب النفسي والاجتماعي والعقلي للطفل المصاب باضطراب التوحد وجدنا بأن هناك معرفة عند الوالدين لتلك الخصائص والجوانب بالنسبة إلى

الطفل (علي . ر) أكثر من تلك المعرفة التي يمتلكها والدي الطفل (إبراهيم . ب) ويفسر هذا التفاوت في المعرفة إلى الأسباب التالية:

-المستوى الدراسي لوالدي الطفل (علي . ر) أعلى من المستوى الدراسي لوالدي الطفل (إبراهيم . ب) أي المستوى الثقافي لوالدي الطفل الأول أعلى من المستوى الثقافي لوالدي الطفل الثاني.

-معرفة الإصابة بالتوحد منذ البداية أي (في الطفولة) بالنسبة إلى والدي الطفل (علي . ر) إما بالنسبة إلى الطفل (إبراهيم . ب) لم يعرفوا و اكتشفوا الإصابة بهذا الاضطراب إلا مؤخرا.

وجدان هناك تفاوت في فهم تلك الخصائص بين الأب والأم وكذلك درجة انتباههم لتلك الخصائص فعلى سبيل المثال عندما طرح السؤال التالي: (هل يقوم بالانفعال والثورة و الغضب عند محاولة لتغيير لعبته أو وضعها في مكان آخر).

كان الجواب من طرف الأم(علي . ر) نعم وهي تفهم بأن ردة الفعل هذه هي من خصائص الطفل التوحدي، لكن الأب فكان الإجابة لا يعلم ولا ينتبه كثيرا وبدقة إلى سلوكيات ابنه.

وكان الجواب من طرف الأم (إبراهيم . ب) نعم تلاحظ انه لا يحب التغيير لكن لا تعرف بأن الطفل التوحدي من صفاته انه لا يحب التغيير و كذلك بالنسبة للأب.

التفسير:

-يرجع هذا التفاوت بالنسبة لوالدة (علي . ر) أكثر وأعلى في مستوى الدراسي والثقافي. وبالنسبة لوالدة (إبراهيم . ب) وهي تحاول دائما البحث عن صفات و مميزات الطفل التوحدي عن طريق الاستماع إلى الندوات أو حصص تلفزيونية.

-يرجع أيضا التفاوت بين الأم والأب إلى أن الامهات اكثر احتكاكا بأولادهم وخصوصا الذين يعانون من الامراض على الاباء.

كانت خصائص اضطراب التوحد لدى الآباء (للحالتين) معروفة ولكن تعاملهم وعلاقاتهم بالطفل تختلف بين الحالتين، رغم أن والدي الطفل (علي . ر) أعلى في المستوى الدراسي والمعيشي والاجتماعي (حرية المسكن ، طريقة التفكير) فأنهم من الناحية النظرية لديهم فهم للخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية لطفل التوحدي، لكن من الناحية

الفعالية والمادية وجدان والدي (إبراهيم . ب) أكثر في التفاعل في إيجاد سبيل للعلاج أو تدريب طفلهم التوحيدي.

• كما كانت الأجوبة على الأسئلة التي طرحها في التفاعل الوالدي فعندما طرحنا السؤال التالي:

- هل قمتم بالبحث عن ماهية هذا الاضطراب؟

أجوبة والدي (إبراهيم . ب) نعم رغم أن مستواهما الثقافي ودراسي ضعيف إلا أنهم دائماً يبحثون عن ماهية هذا الاضطراب عن طريق حصص وسماع إلى التلفاز والراديو (المذياع) وحضور إلى المركز والسؤال عن هذا الاضطراب وكيف يتعامل معه من الأخصائية النفسانية وكذا المربية أما والدي (علي . ر) فهي تعرف الكثير عن الاضطراب وتقرأ عنه ولكن لا تحضر ولا تتعاون مع الأخصائية بشكل كافي.

التفسير:

لدى والدي (إبراهيم . ب) ضعف في المستوى الدراسي يجعلهم لا يعرفون كل الخصائص الذي يتميز بها الطفل التوحيدي لذلك نجدهم كثيري السؤال عن ماهية هذا الاضطراب.

بالنسبة الى والدي (علي . ر) الاب غائب تماماً الصورة، واما الام فلا يوجد تجاوب بالقدر الكافي.

- وعند مسائلة الآباء هل بحثتم كيفية التعامل مع المتوحد؟

كان الجواب من طرف والدي (علي . ر) كنا نسعى الى كيفية شفاء ابننا من هذا المرض ومنتظر من المركز أو من المربيات النتيجة

أما والدي (إبراهيم . ب) فكان جوابهم نعم استشرنا الكثير من الأخصائيين النفسانيين والأخصائيين الارطفونيين وكل من له خبرة في هذا المجال وهم دائمي البحث في كيفية التعامل مع طفلهم.

التفسير:

لدى والدي (إبراهيم . ب) حريصون على الامام بكل شيء بخصوص حالة ابنهم لانحساسهم بالمسؤولية تجاهه.

بالنسبة الى والدي (علي . ر) الاب غائب تماما الصورة، واما الام فلا يوجد تجاوب بالقدر الكافي.

- وعند طرحنا السؤال: هل كنتم تطبقون ما تطلبه منكم الأخصائية بشكل مستمر؟ فكان الجواب والدي (إبراهيم . ب) نعم نطبق ما تطلبه الأخصائية منا بشكل منتظم وبالقدر المستطاع وعند الاستفسار عن أي شيء أو تصرف يسلكه الطفل نقوم بطلب المساعدة منها واستشارتها.

التفسير:

لدى والدي (إبراهيم . ب) لمست منهما الحرص البالغ على تتبع حالة طفلهم وهذا راجع الى الحب الكبير لطفلهم والحس العالي بالمسؤولية تجاهه.

بالنسبة الى والدي (علي . ر) الاب غائب تماما الصورة، واما الام فلا يوجد تجاوب بالقدر الكافي.

- وعند سؤالهم هل تتابعون جديد تقنيات التكفل النفسي للمتوحد؟

كان جواب والدي (إبراهيم . ب) نعم نتابع كل جديد على القدر المستطاع و ذلك من خلال حضورنا دورة ثقافية للاضطراب التوحد و كذلك إلى البرنامج المقدم في اليوم العالمي الخاص باضطراب التوحد.

التفسير:

هنا الاختلاف الواضح بين والدي (إبراهيم . ب) و(علي . ر) رغم أن والدي (علي . ر) أعلى في المستوى الثقافي من والدي (إبراهيم . ب) إلا أننا نلاحظ أن التعاون الكبير من طرف والدي (إبراهيم - ب) والحضور اليومي إلى الملحقة لسؤال عن طفلهم ومسائلة الأخصائية في كيفية التعامل معه ومدى تفاعله واندماجه في الفصل.

في حين نجد والدي (علي . ر) لا يعطوا اهتماما كبيرا وهذا ما يعكس أن المستوى الثقافي ليس بالضرورة يكون له دور في تخفيف من اضطراب التوحد.

أن درجة اضطراب الحالتين متقاربة جدا حيث أنهم من الحالات الصعبة جدا بملحقة والمتابعة نمت مع نفس الأخصائية وبنفس الشكل وفي الوقت ذاته إلا أن الاختلاف كان في المتابعة الوالدية ودرجة اهتمامهم وتفهمهم لاضطراب ابنهم ووضعيته حيث انعكس هذا على تعاونهم مع الأخصائية و بالتالي : يؤثر على دور التكفل النفسي وبالضرورة يؤثر في التخفيف من اضطراب التوحد و تحسن الحالة والنتيجة نفي التساؤل الذي مفاده أن المستوى الثقافي للوالدين له دور في تخفيف من اضطراب التوحد.

اقتراحات الدراسة:

- على ضوء ما توصلت إليه من نتائج الدراسة الحالية وعلى غرار الملاحظات المسجلة في المركز، ارتأت الباحثة أن تقدم بعض الاقتراحات والتوصيات التالية:
- 1- ضرورة التكوين في مجال التكفل النفسي بإجراء دورات تكوينية خاصة بالأخصائيين النفسانيين حول أساليب وطرق التكفل النفسي باضطراب التوحد.
 - 2- ضرورة القيام ببحوث علمية مؤطرة حول اضطراب التوحد لمعرفة هذا الاضطراب أكثر وإيجاد حلول وشراك الجامعة في هذا المجال من نتائج والتي وصل إليها.
 - 3- التحسس و نشر الوعي العلمي باضطراب التوحد الأسر والمجتمع .
 - 4-فتح مراكز ومؤسسات متخصصة للأطفال التوحديين مع ضرورة التخطيط لهذه المراكز، وتخفيف العبء على الوالدين.
 - 5-تدريب أطر متخصصة في مجال التوحد من الأخصائيين مربيين، اطفونى، مختص في علم النفس الحركى، الأطباء الأعصاب، أخصائي في التخاطب.
 - 6-إيجاد برامج تأهيلية متخصصة بتأهيل وعلاج أطفال التوحد من برامج اللعب، برامج تدريب المهارات الاجتماعية، التواصل .
 - 7-من الضروري أن تكون هناك لجنة متكاملة الاختصاصات لتشخيص الطفل المصاب بالتوحد وذلك بزرع الثقة.

كل طفل متوحد يستطيع التقدم والتحسن إذا استطعنا نحن الباحثين أصحاب التخصص والمعلمين والأهل الاقتناع بقدراته المخفية والظاهرة والتعامل معه وفق خطط واضحة ومدروسة، مع تقديم الحب والتقدير والقبول لهذا الطفل التوحد، بالإضافة إلى تقديم برامج وخطط علاجية وسلوكية وتربوية، لأن تعرض الطفل التوحد لأي من المشكلات الشخصية أو السلوكية أو النمائية يعوق عملية تربيتهم ونموهم، ويؤرق مختلف المهتمين بشؤونهم سواء في المنزل أو المجتمع ككل.

ومن هنا يتطلب اتخاذ مجموعة من الاجراءات وبعض التقنيات لمواجهة والتكفل بهاته الفئة، من توفير المختصين المؤهلين والاختصاصيين النفسانيين العيادين الذين يمكن أن يساعدوا في علاج مشكلاتهم السلوكية، وتزويدهم بالمهارات الضرورية للحياة.

فمن خلال الدراسات التي تقام في البحث عن قوة الطفل المتوحد، واكتشاف ما يميزه عن غيره، نستطيع التغلب على هذا الاضطرابات، مرتكزين في ذلك على كل الوسائل والتقنيات الجديدة للتكفل وكذا البرامج الفعالة في تدريب هذه الفئة التي تمكنا من الحصول على أفضل النتائج لنفعل بها أطفالها التواحيون ونرقى بهم إلى أقرانه العاديين، لان الاطفال هم نصف الحاضر وكل المستقبل وهم اداة نمو المجتمع وتقدمه.

➤ عنوان الدراسة:

التكفل النفسي للأطفال المصابين باضطراب التوحد

➤ هدف الدراسة:

التحقق من دور التكفل النفسي في التخفيف من اضطراب التوحد

➤ عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (2) حالتين لديهم اضطراب التوحد تتراوح اعمارهم بين (8-9) سنوات

➤ أدوات الدراسة:

استخدمنا في هذه الدراسة: دراسة الحالة: المقابلة، الملاحظة.

➤ نتائج الدراسة:

اظهرت النتائج أن التكفل النفسي يلعب دورا هاما في التخفيف من اضطراب التوحد، وكذلك يؤدي الاخصائي النفسي العيادي دورا في التخفيف من اضطراب التوحد خصوصا مع تعاون الوالدين.

قائمة المراجع:

أولاً: الكتب:

1. ألفت حقي: الاضطراب النفسي التشخيصي والعلاج والوقاية، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر، 2001.
2. أسامة محمد البطانية، عبد الناصر زياد الجراح: علم النفس الطفل غير العادي، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007.
3. إبراهيم عبد الله فرج الزريقان: التوحد الخصائص والعلاج، دار المسيرة، عمان، الأردن، 2004.
4. أروى محمد حسن بحر وآخرون: المنهج العيادي، جامعة طيبة، 2012.
5. جودت عزت عبد الهادي، العزة: مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، ط1، مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 1999.
6. جمال مثقال القاسم، ماجدة السيد عبيد: الاضطرابات السلوكية، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000.
7. جبران مسعود: معجم الرائد، ط ، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، 1992.
8. حامد عبد السلام زهران: الصحة النفسية، ط ، عالم الكتب للنشر والتوزيع، مصر، 1995.
9. خولة أحمد يحي: اضطرابات السلوكية والانفعالية، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2001.
10. خالدة نيسان: سلوكيات الأطفال بين الاعتدال والإفراط، ط ، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
11. خالد عبد الرزاق النجار: حقيقة تدريبية أكاديمية، دراسة الحالة مركز التنمية الأسرية، لسعودية، 2008.

12. خلاص محمد عبد الحافظ ومصطفى حسين باهي: طرق البحث العلمي والتحليل الأخصائي في المجالات التربوية والنفسية والرياضية، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2000.
13. رفعت محمد بهجت: الأطفال التوحديون، دار الباروزي العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2007.
14. رأفت عسكر: علم النفس الاكلينيكي، التشخيص، التنبؤ في الميدان الاضطرابات النفسية والعقلية، مدرسة علم النفس، مصر، 2004.
15. رشيد زرواتي: مناهج وأدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط1، دار الهدى، الجزائر، 2007.
16. رشيد زرواتي: تدريبات على منهجية البحث العلمي والعلوم الاجتماعية، ط1، دار هومة، الجزائر، 2002.
17. سوسن شاكر الجبلي: التوحد الطفولي أسبابه - خصائصه - تشخيصه - علاجه، ط ، مؤسسة علاء الدين، دمشق، سوريا، 2004.
18. سيف الدين فوزي: التكفل النفسي بالمجرمين، 1998.
19. سهى أحمد أمين نصر: الاتصال اللغوي للطفل التوحدي التشخيص والبرامج العلاجية، ط ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2002.
20. سعيد حسين العزة: الإرشاد الأسري، ط ، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2002.
21. سيف الدين فوزي: التكفل النفسي، 1998.
22. سعد إسماعيل صيني: قواعد أساسية فب البحث العلمي، ط ، مؤسسة الرسالة، بيروت، سوريا، 1994.
23. طارق عامر: الطفل التوحدي، ط1، دار الباروزي العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
24. عبد الكريم قاسم أبو الخير: التمريض النفسي مفهوم الرعاية والتمريض، ط1، دار وائل، الأردن، 2002.

25. عبد الرحمان بدوي: مناهج البحث العلمي، ط3، وكالة المطبوعات، الكويت، 1997.
26. فضيلة الراوي، آمال حماد: التوحد والإعاقة الغامضة، ب ط، مؤسسة حسن بن علي، الدوحة، 1999.
27. فهد بن محمد المغلوث: التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه، مؤسسة الملك خالد الخيرية، الرياض، 2006.
28. عبد المقصود خليل وآخرون: أصول البحث في الخدمة الاجتماعية، ط1، مكتبة الصفوة، مصر، 2000.
29. قحطان أحمد الظاهرة، التوحد، ط1، دار وائل للنشر، عمان، 2009.
30. لطفي الشريبي: معجم مصطلحات الطب النفسي، مركز تغريب العلوم الصحية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي دون سنة.
31. محمد أحمد خطاب: فعالية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال المتوحدين، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2004.
32. محمد حسن غانم: مقدمة في علم النفس الاكلينيكي، تقييم، تشخيص، علاج المكتبة المصرية، القاهرة، 2009.
33. محمد أحمد خطاب: سيكولوجية الطفل التوحدي، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
34. محمد أحمد خطاب: سيكولوجية الطفل التوحدي، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، مصر، 2009.
35. ماجدة سيد علي عمارة: إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارقي، مكتبة زهراء، الشروق، مصر، 2005.
36. مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمان المعايلة: الاضطرابات السلوكية و الانفعالية، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2007.

37. محمد عدنان عليوات: الأطفال التوحديون، دار الباروزي العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2007.
38. محمد علي كامل: الاوتيرم الإعاقة الغامضة بين المفهوم والعلاج، مركز الإسكندرية، مصر، 2003.
39. محمد كامل: التوحد الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج، مركز الإسكندرية للكتاب، ب ط، 2002.
40. هيلموت بيشى: علم النفس ترجمة أنطوان، المكتبة الشرقية، لبنان، 2003.
41. وفاء علي الشامي: خفايا التوحد أشكاله وأسبابه وتشخيصه، (أ)، سلسلة التوحد الكتاب الأول، مركز جدة، 2004.
42. وفاء علي الشامي: علاج التوحد الطرق التربوية والنفسية والطبية، ج، سلسلة التوحد، الكتاب الثالث، مركز جدة للتوحد، جدة، 2004.
43. يحي فيالي: الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط1، الطريق للنشر والتوزيع، عمان، 2001.

ثانيا: الرسائل الاكاديمية:

1. رفاه بنت جمال لمفون: رسالة ماجستير حول تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللغة لعينة من المراهقين ذوي اضطراب التوحد، جامعة أم القرى، 2010.
2. فريد حناش: رسالة ماجستير الفكر السياسي عند ابن تيمية ومدى تأثيره على الشباب الجزائري، إشراف د/عمر لعوييرة، السنة الجامعية 2002-2003.
3. يحي 2002 - مذكرة جبر محمد جبر الطالب عبد الله بن صالح القحطاني، السنة هـ 1432-هـ 1433 .

ثالثا: الجرائد والمجلات:

1. عمر فواز: مجلة التوحد Autism لطلاب مسار الاضطرابات السلوكية والتوحد، قسم التربية الخاصة بكلية المعلمين، العدد 01، جدة، 2003.

رابعا: الكتب الاجنبية:

1. Marion leboyer 1985: L autisme infantile , Presse universitaire de France Paris, r er edition
2. Renchilin : les methadeen .psychologie ,roemeedition ,paris,France ,1995 .

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

ولاية المسيلة

مديرية النشاط الاجتماعي

ملحقة المركز النفسي البيداغوجي لأقسام التحضيرية لأطفال التوحد المسيلة

التوقيت الأسبوعي للمستوى الأول

المربية :

12:00 - 11:00	11:00 - 10:00	10:00 - 9:30	9:30 - 8:30	8:30 - 8:00	الأيام
سليم	قاعة النشاطات رقم 1	راحة	ت. اعتيادية	استقبال	الأحد
	ملعب	تقديم لمحاضرة من طرف الأولياء	ت. اعتيادية		الاثنين
	ت. اعتيادية		ت. نفسي حركي		الثلاثاء
	ت. اعتيادية		ملعب		الأربعاء
	قاعة النشاطات رقم 1		ت. اعتيادية		الخميس

إمضاء

إمضاء

المكلفة بتسيير الملحقة

الأخصائية النفسانية

المقابلة مع الاخصائية النفسانية :

س: من يقوم بتشخيص الاطفال التوحديين في المركز؟

ج: الاطفال المتواجدين بالملحقة لديهم ملف طبي يثبت به شهادة طبية تثبت التوحد ومن شروط الدخول الى الملحقة شهادة طبية من طرف طبيب مختص في الامراض العقلية لطب الأطفال، ونقوم بإعادة التشخيص "مقياس كارز" لتأكد ومعرفة شدة التوحد.

س: ماهي أهم الصعوبات التي تواجهكم كأخصائيين نفسانيين عيادين في تشخيص اضطراب التوحد؟

ج: احيانا عند تطبيق مقياس كارز يتطلب الحوبة من طرف الاولياء فلا يتعاونوا معنا بشكل المطلوب والكافي، كما ان بعض الحالات تأتي بشهادة طبية من طبيب غير متخصص.

س: وابراهيم وعلي كيف تم تشخيصهم؟

ج: لديهم ملف طبي يثبت به شهادة طبية تثبت التوحد.

س: ماهي طرق التكفل المتواجدة بالملحقة التي تستخدم في العلاج او التخفيف من اضطراب التوحد؟

ج: الملحقة جديدة والنشاط بها ليس بالحجم المطلوب لكن هناك التكفل النفسي بالطفل من تدريبه على الحياة الاعتيادية، وايضا التكفل الاجتماعي حيث تقوم الاخصائية الاجتماعية بإجراء تحقيق مطول عن الطفل واسرته والبيئة المحيطة به ويحتوي هذا على :معلومات عامة عن الطفل مثل الوضعية الاجتماعية للعائلة ويتعاون معنا نستطيع اكتشاف بعض النقاط التي تهمنا في العلاج.

س: هل تختلف طرق التكفل النفسي باختلاف الاخصائي النفساني العيادي أم باختلاف الحالات؟

ج: نعم كل اخصائية لها طريققتها في ولها وجهة نظر في التعامل والتكفل مع الطفل التوحيدي.

س: ماهي الصعوبات التي تواجهكم كأخصائيين عيادين في التكفل باضطراب التوحد؟

ج: عدم تعاون الوالدي بصفة منتظمة ودائمة وهذا يعرق عملية التكفل لان الوالين يعتبران المنبع في جمع المعلومات عن الطفل.

هناك حالات صعبة جدا تتعلق باضطراب نفسه حيث هناك اطفال يتميزوا بالعناد الشديد.

س: هل لاحظتم حالات تحسن من الاضطراب في الاطفال المتواجدين في الملحقة؟

ج: هنالك بعض الاطفال خرجوا من عزلتهم وبدأوا في اللعب مع اقرانهم، لكن حسب شدة الحالة فهناك من لم يستجيب الى غاية اليوم اي 03 اشهر ولم يحدث اي تعير.

س: هل تقومون باتصال بأهالي الاطفال التوحديين؟

ج: نعم نتصل لكن معظمهم يأتي لوضع طفلهم واستلامه فقط.

س: هل لديكم اطفال توحديين حالتهم صعبة غير علي وابراهيم؟

ج: الى غاية الان لا يوجد سواهما.

دراسة الحالة:

1 البطاقة الشخصية:

اسم الحالة:

تاريخ الميلاد:

الجنس:

مكان الإقامة:

المستوى المعيشي:

عدد الإخوة:

الرتبة:

بيانات عن الأسرة:

مهنة الأب:

تاريخ الميلاد:

المستوى التعليمي للأب:

تاريخ الزواج:

على قيد الحياة

تاريخ ميلاد الأم:

المستوى التعليمي للأم

مهنة:

ظروف الحمل:

عدد مرات الحمل:

عدد مرات الإجهاض:

أفراد أخرى في العائلة:

الأمراض الوراثية بالأسرة:

الحمل:

الولادة:

الرضاعة:

عوارض أثناء الفطام:

صعوبات في نمو الطفل:

الجلوس، الحبو، الوقوف .

العقاب:

العمليات الحسية:

الإبصار:

اللغة:

الأحداث الطبية:

الاضطرابات السلوكية العدوانية:

الاضطرابات الغذائية:

اضطراب الإخراج:

اضطراب الانتباه والتركيز:

مؤشرات عصابية: الصراخ القلق: حسر، الخوف

اضطراب النوم: ، .