

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة المسيلة



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا
الرقم : / 2013

الكفالة النفسية لاضطراب التوحد لدى الأطفال

دراسة ميدانية بعيادة خاصة بأخصائية ارطوفونية - بمدينة بوسعادة

مذكرة تخرج مقدمة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس - تربية علاجية -

إشراف :
أ . بوجلال سعيد

إعداد الطلبة:
- طاهري الخنساء
- بن عيسى نجاح

السنة الجامعية: 2012-2013



شكر و عرفان

إن الشكر لله وحده ثم بعدها لكل من حفنا بالرعاية والتوجيه قبل

وأثناء هذا العمل يبقى صداه إلى ما بعد .

شكر خاص للاخصائية الارطوفونية .

إلى الأستاذ بوجلال السعيد الذي كان لنا عوناً في انجاز هذا العمل .

إلى كل الأساتذة الكرام الذين كانوا النبراس المضيء لنا في هذا

الدرب

كما لا تفوتني أن أقدم شكري للأخت المفضالة شيبوب عتيقة وكل

أفراد مكتبة الخليل للأعمال الفنية على مساهمتهم لانجاز هذا العمل

الإهداء

إلى والداي العزيزين أدامهما الله لي وحفظهما
إلى سندي في الوجود إخوتي.

إلى رفيقة دربي نجوحة.

إلى كل من ساهم في غرس بذرة المعرفة فيّ، ثم

بعد ذلك تكفل برعايتها عساني

أكون ثمرة طيبة لجهدهم كي أدخل على

قلوبهم الفرحة وأشعرهم بالامتنان.

الخنساء

الفهرس

قائمة الجداول

أ

مقدمة

الفصل التمهيدي

4	1- الإشكالية
6	2- فرضيات الدراسة.
7	3- أهداف الدراسة
7	4- أهمية الموضوع.
8	5- التعريفات الاجرائية
10	6- الدراسات السابقة
13	7- التعليق على الدراسات السابقة

الجانب النظري

الفصل الأول : الكفالة النفسية

16	تمهيد
17	1- مفهوم الكفالة النفسية
18	2- موضوع الكفالة النفسية
19	3- أنواع الكفالة النفسية
22	4- مبادئ الكفالة النفسية وأهدافها
23	5- الأشخاص المسؤولين عن الكفالة النفسية
29	6- مراحل الكفالة النفسية
33	7- وسائل وتقنيات الكفالة النفسية

38

خلاصة

الفصل الثاني : اضطراب التوحد

40	تمهيد
41	1- خلاصة نبذة تاريخية عن التوحد .
43	2- تعريف التوحد .

44	3- أنواع التوحد .
54	4- أعراض التوحد .
56	5- أسباب التوحد .
60	6- خصائص التوحد .
65	7- تشخيص التوحد .
67	8- علاج التوحد .

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث : منهجية البحث

90	تمهيد
91	1- التذكير لفرضيات الدراسة
91	2- حدود الدراسة
92	3- منهج الدراسة
92	4- أدوات الدراسة
93	5- عينة الدراسة
94	6- معايير اختيار عينة الدراسة
94	7- الأساليب الإحصائية

الفصل الرابع : عرض وتحليل والنتائج

96	1- عرض النتائج
99	2- نتائج الفرضية الأولى وتفسيراتها
112	3- نتائج الفرضية الثانية وتفسيراتها
121	4- الخلاصة العامة
122	اقتراحات الدراسة
123	صعوبات الدراسة
	قائمة المراجع

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الرقم
110	الخصائص النفسية للطفل المصاب بالتوحد	01
111	الخصائص الاجتماعية للطفل المصاب بالتوحد	02
111	الخصائص العقلية للطفل المصاب بالتوحد	03
112	تأثير التفاعل الوالدي لإضطراب التوحد في الكفالة النفسية (بعد التشخيص)	04

ملخص البحث باللغة العربية

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن مدى تأثير الكفالة النفسية للأطفال المصابين

باضطراب التوحد، حيث انطلق على ضوء الأسئلة التالية والتي تمثل مشكلة البحث:

ما مدى تأثير الكفالة النفسية في التخفيف من درجة اضطراب التوحد لدى الأطفال ؟

وتحت هذا السؤال اندرجت الأسئلة الجزئية التالية :

1 - ما مدى تأثير الكفالة النفسية للأخصائي في التخفيف من حدة اضطراب التوحد لدى

الأطفال ؟

2- ما مدى تأثير المستوى الثقافي للوالدين في الكفالة النفسية للأطفال المصابين باضطراب

التوحد ؟

فكان الهدف الرئيسي في البحث هو الإجابة على هذه الأسئلة ومحاولة الكشف عن

دور الأخصائي في التخفيف من حدة اضطراب التوحد لدى الأطفال حيث نستمد أهمية هذا

البحث كونه يتناول موضوعا هاما يمر مرحلة من أهم مراحل نمو الإنسان، وهي الطفولة .

والملاحظ أن تقاليد المجتمع غالبا لا تتقبل هذا المرض عند الأطفال فينتهي ذلك بإهمالهم

وعدم اللجوء إلى الأخصائي، واغتنام الفرصة لتخفيف من حدة اضطراب التوحد .

وبالتالي فقد تم تسليط الضوء على أهمية تدخل الأخصائي من خلال الكفالة النفسية للتخفيف من اضطراب التوحد وكذا دور الوالدين ومدى تأثير المستوى الثقافي في هذا الصدد .

ومن خلال هذه الدراسة الميدانية (التطبيقية) التي أجريت على عينة والمقدرة بـ طفلين موزعة على من ينتمي إلى عائلة مثقفة وعائلة لم تتلق القدر الكافي من الثقافة والوعي بهذا المرض .

أما المنهج المستعمل في هذه الدراسة فقد كان منهج دراسة الحالة لكونه يتناسب مع مثل هذه البحوث وبالاعتماد على المقابلة بنوعيتها المقننة والمفتوحة وكذا الملاحظة، فقد تمت الإجابة على أسئلة البحث التي طرحت في البداية وصلت النتائج إلى وجود أثر الكفالة النفسية للأخصائي في التخفيف من درجة اضطراب التوحد عند الأطفال وكذلك وجود أثر للمستوى الثقافي للوالدين في التخفيف من حدة اضطراب التوحد لدى الأطفال .

وهكذا تكون الدراسة الحالية قد توصلت إلى الأهداف التي وضع لأجلها البحث. نأمل أن تكون في مستوى البحوث العلمية التي يرجى منها الفائدة والإفادة في المستقبل، كما نأمل أن تكون قد حققت جانبا من الأهمية بين الدراسات الأخرى .

ملخص البحث باللغة الفرنسية

La présente étude a pour but de découvrir l'effet de parrainage psychologique envers les enfants atteints par le trouble de l'autisme d'où cette recherche a été lancée sous les questions représentant la situation problématique :

- *Quel est l'effet de parrainage psychologique du spécialiste pour la diminution de trouble de l'autisme chez les enfants ?*
- *Quel est l'effet du niveau culturel de parrainage psychologique chez les parents pour diminuer le trouble de l'autisme chez les enfants ?*

Ainsi l'objectif principal de la recherche est de répondre à ces questions et essayer de découvrir le rôle du spécialiste pour la diminution de trouble autistique chez les enfants et aussi le rôle du niveau culturel des parents qui pourra être utile à ce propos, sans oublier que ça conserve une étape sensible au cours de la vie de chaque individu puisque l'enfance c'est le reflet de l'image préalable de l'adulte. Mais malheureusement, dans notre société plusieurs parents ont honte de la maladie de leurs enfants dont cause est généralement le niveau culturel qui est limité et ça finira par négliger l'enfant et le priver d'une prise en charge du spécialiste. Et dans notre étude pratique on a visé cette catégorie celle dont ses parents sont intellectuels, et celui dont ses parents ont un niveau intellectuel limité, et par conséquent l'échantillon concernant la méthodologie de cette recherche on a exploité l'approche d'étude de cas puisque c'est celle qui convient dans ce genre de recherche des études, en appuyant sur l'entretien standardisé et l'entretien ouvert et aussi l'observation.

Et enfin, on a pu répondre aux questions posées au début de notre recherche pour dire que les résultats ont confirmé qu'il y a un effet du parrainage psychologique du spécialiste pour réduire le degré du trouble autistique chez

l'enfant et aussi l'effet du niveau culturel chez les parents à propos de la diminution et de la réduction, du trouble psychologique chez l'enfant autiste.

Nous espérons que cette étude a pu atteindre les objectifs de notre recherche, nous espérons aussi que ça soit à la hauteur des recherches scientifiques destinées à l'intérêt et au profit à l'avenir, et enfin nous espérons que notre recherche aura une place parmi plusieurs d'autres.

A decorative rectangular border with intricate, symmetrical floral and scrollwork patterns in black ink, framing the central text.

مقدمة

مقدمة :

بين فترة وأخرى يطل علينا اسم مرض أو اضطراب معين، لم نسمع أو نعرف عنه شيء فيولد موجة في المجتمعات مما يدفع العلماء والباحثين إلى البحث والجهد والسهر من أجل الوصول إلى الأسباب والحلول، فمن الأمراض والاضطرابات التي ظهرت ومازالت مبهمة وغامضة إلى يومنا الحاضر هو " اضطراب التوحد "، ذلك الاضطراب الذي أشغل بال كثير من العلماء وبذلت كثير من الدول، الأموال لكي تضع يدها على السبب الحقيقي لهذا الاضطراب، لكن مصطلح التوحد " Autism " هو مصطلح حديث ولقد تردد ذكره في بداية الأمر بين علماء النفس والأطباء النفسيين وأول من اكتشفه هو الدكتور " ليو كانر " عام (1943) حيث استطاع أن يميزه من بين مجموعة من الاضطرابات الأخرى وانتهى الأمر إلى تحديده كاضطراب محدد في العصر الحديث.

وقد انتشر في السنوات الأخيرة حيث بدأت بعض الدول تعلن عن ازدياد نسبة الإصابة باضطراب التوحد في بلدانها ومن تلك الدول الولايات المتحدة الأمريكية، وهذا التزايد يرجع إلى الثقافة في المرض وتقدم أساليب التشخيص وفيما يلي ملخص لهذه الإحصائيات في تقرير المعهد الدولي للصحة عام (1990) يقدم أن التوحد يصيب 1 من كل 500 طفل في تقرير صدر عن الإدارة الكاليفورنية للاضطرابات النمائية عام (1999)، وجاء فيه أن عدد الأطفال التوحديين قد ارتفع بنسبة 72 % معتبرة في 11 سنة الأخيرة.

وتقدر الإحصائيات أن 1 من بين كل 166 طفل يولد مصاب بالتوحد أو ما يعادل 60 في كل 10000 شخص، وترتفع نسبة الإصابة بالتوحد بين الذكور بمقدار أربعة أضعاف عن الإناث.

وأما آخر الدراسات التي خلص إليها الباحثون الأمريكيون منهم الدكتور " كيفاني كاف " و " بيرنارد ريمانند " . أشارت إلى زيادات في عدد حالات التوحد حيث بلغت نسبتها 72 % مقارنة بالدراسات الأخيرة التي أجريت في 2007، وهذه الزيادة تعني أن 1 من بين 50 طفل مصاب بمرض التوحد .

فالتوحد يصيب الأطفال دون الثلاث سنوات وهو عمر الأزهار، عمر اللعب الجماعي والتفاعلي والبدء بتكوين بيئة ثانية وهي بيئة الأصدقاء، ولكن بدون سابق إنذار يلاحظ على الطفل التوحدي البدء بالانعزال وعدم التواصل واللعب مع الأقران وعدم القدرة على التخاطب اللفظي إلى غير ذلك من الأعراض التي تجعل الاهتمام بهذه الفئة ضروري خاصة من طرف الوالدين، كما جاء على لسان أحد الفلاسفة : (إن الطفل يحتاج إلى أبويه وأسرته أكثر مما يحتاج إلى فاحص) .

فالتوحد 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 يشتبه بإصابته من جميع النواحي النفسية والاجتماعية والعقلية وضرورة الكفالة النفسية من قبل المختص من أجل مساعدته .

لذلك تحدد موضوع البحث حول " الكفالة النفسية المصابين باضطراب التوحد " والذي ستم معالجته من خلال تتبع نظري جاء في حدود فصلين، حيث تناول الفصل الأول موضوع الكفالة النفسية، أما الفصل الثاني فقد تناول المتغير التابع المتمثل في اضطراب التوحد، وقبل هذا جاء مسبقا بفصل تمهيدي يهدف إلى التعريف بالبحث وتدعيما للجانب النظري جاء الجانب التطبيقي الذي تطرقنا فيه إلى منهجية البحث والإجراءات الميدانية، وأيضا على عرض النتائج وتحليلها في فصل رابع .

الفصل

التمهيد

1- الإشكالية :

تعد التربية الخاصة الجانب التطبيقي لعلم النفس الأطفال غير العاديين وتعرف على أنها مجموع البرامج التربوية المتخصصة، والتي تقدم لفئات من الافراد غير العاديين وذلك من أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى اقصى حد ممكن وتحقيق ذواتهم ومساعدتهم على التكيف.¹

ويندرج ضمن فئات ذوي الاحتياجات الخاصة كلا من المتفوقين والموهوبين والاعاقات والاضطرابات بأنواعها المتعددة، حيث يعتبر اضطراب الذاتوية من أشد واصعب اعاقات النمو لما له من تاثير ليس فقط على الفرد المصاب به وإنما أيضا على الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه .

هذا الاضطراب الذي أشغل 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 بلولر " Eugen Bleuler " سنة 1911 حيث استخدمه ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي و المنسحبين عن الحياة الاجتماعية .

¹ الروسان فاروق،دراسات و أبحاث في التربية الخاصة،ط1،دار اسامة للطبع و النشر، 2001، ص 25.

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 تتكاثف من أجله جهود الأفراد والمؤسسات والمجتمعات وتقديم الكفالة النفسية لإعادة تأهيلهم ورعايتهم ومساعدتهم للاندماج في الحياة العادية وفي المجتمع من خلال البرامج المبنية على عدة تقنيات ذات أهداف مباشرة لمجالات التنمية الشاملة، فبقدر ما يحتاجه الطفل التوحيدي إلى عناية طبية بقدر ما يحتاجه إلى مساندة نفسية وما لها من آثار ايجابية في التخفيف من حدة الاضطراب في ميدان الكفالة النفسية .

وعليه ركزنا في بحثنا هذا على الكشف عن مدى تأثير الكفالة النفسية في التخفيف من درجة اضطراب التوحد لدى الأطفال.¹

التساؤل العام:

ما مدى تأثير الكفالة النفسية في التخفيف من درجة اضطراب التوحد لدى الاطفال ؟

¹ خولة احمد يحي،البرامج التربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة،ط1،دار المسيرة، عمان، 2006، ص 28.

التساؤلات الجزئية:

■ ما مدى تأثير الكفالة النفسية للأخصائي في التخفيف من درجة اضطراب التوحد

لدى الأطفال ؟

■ ما مدى تأثير المستوى الثقافي للوالدين في الكفالة النفسية للأطفال المصابين

باضطراب التوحد ؟

2- فرضيات الدراسة :

انطلاقاً من تساؤلات البحث يمكن صياغة الفرضية العامة والفرضيات الجزئية

الفرضية العامة:

الكفالة النفسية تلعب دوراً فعالاً في التخفيف من درجة اضطراب التوحد لدى الأطفال.

الفرضيات الجزئية:

1- تأثر الكفالة النفسية للأخصائي في التخفيف من درجة اضطراب التوحد لدى

الأطفال.

2- يؤثر المستوى الثقافي للوالدين في الكفالة النفسية لدى الأطفال المصابين باضطراب

التوحد .

3- أهداف الدراسة :

تلخص أهداف الدراسة في تناول موضوع الكفالة النفسية للأطفال المصابين

باضطراب التوحد كما يلي:

▪ معرفة مدى فعالية الكفالة النفسية في التخفيف من درجة اضطراب التوحد

لدى الأطفال.

▪ معرفة تأثير الأخصائي للكفالة النفسية في التخفيف من درجة اضطراب

التوحد لدى الأطفال .

4- أهمية الدراسة :

تنقسم أهمية دراستنا إلى:

أهمية نظرية: تتمثل في:

▪ تسليط الضوء على فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، ألا وهي فئة الأطفال

المتوحدين.

▪ اكتساب معرفة بالموضوع للاستزادة والاثراء المعرفي .

▪ حاجة الأطفال المتوحدين إلى الكفالة النفسية من أجل التخفيف من شدة آثار اعاقتهم

وادماجهم في المجتمع .

■ إضافة دراسة علمية في ميدان البحوث العلمية عامة والتربية العلاجية خاصة.

أهمية تطبيقية: تتمثل في:

- الكشف عن واقع برامج الكفالة النفسية للأطفال المصابين باضطراب التوحد .
- الكشف عن خصوصية الطفل التوحدي وضرورة تقديم الكفالة النفسية الخاصة به .
- توضيح أهمية المختص في مجال التربية الخاصة في التخفيف من درجة اضطراب التوحد لدى الأطفال المصابين به .

5- التعريفات الإجرائية :

1- الكفالة النفسية :

أ- لغة¹: الكفالة من كفل أي ضمن، تكفل بالشيء، أي أوجبه على نفسه التزم به.

ب- اصطلاحاً² : الكفالة النفسية هي كل تدخل أو خدمة سواء كانت تعليمية أو ملاحظة أو

برنامج مبني على عدة تقنيات بهدف كشف حالة او مجموعة أفراد في شكل معين وهي تبدأ

من اللقاء الاول الذي يجمع الفاحص مع المفحوص (الطفل)، الوالدين وتتركز على تكوين

¹ المنجد في اللغة و الإعلام، ط42، دار المشرق، بيروت، 2008

² مدحت أبو نصر، الاعاقة الجسمية (المفهوم، الأنواع، وبرامج الرعاية)، ط1، مجموعة النيل العربية، عمان، 2005.

علاقة علاجية مبنية على الثقة والأمان والعمل على التخفيف من شدة الاضطراب والتحفيز على العلاج .

ج- **إجرائيا** : الكفالة النفسية هي ما يقوم به المختص في مجال التربية الخاصة من رعاية وتكفل وإعداد برامج وتقنيات مع الطفل التوحدي .

2- التوحد :

أ- **لغة**¹ : وحد، يوحد، توحيدا، أي جعل الشيء واحدا

التوحد كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال .

ب- **اصطلاحا** : التوحد هو اعاقه متعلقة بالنمو وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وهي ناتجا عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ.²

ج- **إجرائيا** : هو أحد اضطرابات النمو الارتقائي التي تصيب الطفل بضعف في النمو اللغوي والانفعالي والحسي والإدراكي، التوحد اعاقه نمائية متداخلة تظهر في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل .

¹ ابن منظور، لسان العرب، دار المعارف، القاهرة، 1993، ص 520.

² محمد علي كامل، التوحد الاعاقه الغامضة بين الفهم والعلاج، مركز الاسكندرية للكتاب، ب ط، 2002، ص 59.

هو الفرد الذي يفقد القدرة على التحسن في النمو مؤثرا بذلك على تواصله اللفظي وتفاعله الاجتماعي وعادة ما يظهر في عمر الثلاث سنوات، والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعلم، وفي بعض حالات التوحد تكون مرتبطة بالتكرار الآلي لمقاطع معين، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير في الروتين وردود أفعال غير طبيعية لكل جديد.

6- الدراسات السابقة:

1-الدراسات العربية:

أ- دراسة غزال (1987) أجرى غزال دراسة هدفت لتقنين تقدير السلوك التوحدي على البيئة المصرية من اجل التعرف على السلوكيات الغير ملائمة عند الطفل التوحدي، اشتمل المقياس على أربعة مجالات التي تتدرج تحتها أنماط السلوك المختلفة والتي تساعد في الكشف عن الطفل التوحدي والتعرف عليه وهي : مشكلات الاتصال الاجتماعي، والانفعالية والسمعية والبصرية، والنشاط الحركي، طبق هذا المقياس على 20 طفل توحدي ثم حدد الباحث درجات تبدأ من الصفر إلى أربعة لكل سؤال من اسئلة المقياس وتم التوصل إلى دلالة الصدق باستخدام طريقتي صدق المحكمين، كما توفرت دلالات عن تيار الاختبار تمتلك في حساب الثبات بطريقة الاعداء وتم حساب ثبات الاختبار بطريقة أخرى وهي طريقة

ثبات المحكمين حيث قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة الأطفال ثم أعيد التطبيق من قبل باحث آخر وتوفرت دلالات ثبات بهذه الطريقة (0.89)¹.

ب- دراسة الصمادي (1985) : هدفت إلى اعداد صورة أردنية من قائمة تقدير السلوك التوحيدي توفرت فيها دلالات صدق وثبات في البيئة الأردنية، كما هدفت على مقارنة أداء الأطفال الاردنيين والأطفال الامريكيين على تلك القائمة. كما تم التوصل إلى دلالات صدق لهذا المقياس المتمثلة في الصدق التمييزي لهذا المقياس بقدرته على التحفيز بين مجموعات الدارسة والمتمثلة لفئات فصام الطفولة وذوي الاعاقة العقلية الشديدة والعاديين على مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) على كل بعد من الأبعاد القائمة الخمسة وهي:

البعد الحسي، الاجتماعي، الجسمي، اللغوي، والمساعدة الذاتية وذلك باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي، كما توفرت دلالات عن ثبات المقياس باستخدام معادلة ألفا كرومبارخ ($\alpha = 80$)، كما توفرت دلالات عن ثبات الصورة الأردنية من القائمة استخدام أسلوب اتفاق المقيمين، وقد تراوحت معاملات الاتفاق ما بين (0.95) و (0.96)².

2- الدراسات الأجنبية :

¹ نايف بن عبد ابراهيم الزراع، قائمة تقدير السلوك التوحيدي، ب ط، دار البازوري للنشر و التوزيع، 2007، ص 60.

² نايف بن عابد ابراهيم الزراع، 2007، ص 62.

أ- دراسة روتنيرغ ووبرنرولف **Rotnirg and webernrolef 1986** حيث قام بتطوير أداة تقدير السلوك للأطفال التوحديين وتتكون هذه القائمة من ثمانية أبعاد فرعية منها: العلاقات مع الآخرين، ومهارات التواصل، ومهارات الحركة، والاستجابات الاجتماعية، والنطق واللغة التعبيرية ويقوم الملاحظ بمراقبة سلوك الطفل داخل الأسرة وفي الوضع الاسري في المنزل ولهذه القائمة سلم متدرج لكل بعد مكون من (10) درجات تسجيل درجة قيام الطفل بالسلوك الوارد في القائمة .

ب- دراسة ماري واوندريان وسوفاج **Mary and Endriyan and 1997 Sofage** قام بإعداد مقياس تقدير السلوك التوحدي للطفل حيث قام الباحثون بملاحظة سلوك أطفال توحديين عن طريق (24) فيلما التقطت لهؤلاء الأطفال بين اسرهم في مناسبات أعياد الميلاد وغيرها، وتم عرض الافلام على مجموعة من المعلمين عدة مرات فطلب منهم تحديد سلوك الطفل التوحدي على بطاقات أعدت لذلك وقد صنف الباحثون مشكلات السلوك التوحدي في أربع مجموعات هي : مشكلات الاتصال الاجتماعي، المشكلات الانفعالية، المشكلات السمعية والبصرية، مشكلات النشاط الحركي، واصبح بعد ذلك هذا المقياس معد للتطبيق على الاطفال التوحديين .¹

7- التعليق على الدراسات السابقة :

¹ نايف بن عابد ابراهيم الزارع، مرجع سابق، 2007، ص 64-65.

يمكن القول أن الدراسات السابقة التي تم تناولها في هذه الدراسة قد تطرقت إلى احد المتغيرين ألا وهو الطفل المصاب باضطراب التوحد وقد اعتمدت معظمها على تطبيق قائمة تقدير السلوك التوحدي كل على بيئته الخاصة .

وقد خلصت النتائج لهذه الدراسات إلى الأثر الايجابي لمقياس تقدير السلوك التوحدي للتعرف على حالات التوحد وتشخيصها وأهميته في تقييم قضايا تتعلق بالحياة المنزلية وطبيعته واستجاباته وعلاقاته مع الافراد المحيطين به .

A decorative rectangular border with intricate, symmetrical floral and scrollwork patterns in black ink, framing the central text.

الجانب

النظري

الفصل الأول

الكفالة النفسية

تمهيد

- 1 مفهوم الكفالة النفسية
- 2 موضوع الكفالة النفسية
- 3 أنواع الكفالة النفسية
- 4 مبادئ الكفالة النفسية وأهدافها
- 5 الأشخاص المسؤولين عن الكفالة النفسية
- 6 مراحل الكفالة النفسية
- 7 وسائل وتقنيات الكفالة النفسية

خلاصة الفصل

تمهيد :

المجتمع لا يخلو من المشكلات الاجتماعية المختلفة والتي تواجه أفرادها، وهذا ما يتطلب اتخاذ مجموعة من الإجراءات وبعض التقنيات لمواجهتها والتكفل بهاته الفئة .

وفي إطار علاجها يمكن للخدمة النفسية أن تقوم بدور هام وفعال والتخفيف من هذا الاضطراب، وفي هذا الفصل سنتحدث عن دور الكفالة النفسية وأهميتها في التخفيف من حدة اضطراب التوحد لدى الأطفال وتأهيلهم .

1- مفهوم الكفالة النفسية:

كانت هناك عدة مفاهيم للكفالة النفسية لكنها لا تحمل مضمونا واحدا تقريبا، الكفالة النفسية يقوم بها المختص النفسي سواء كان العيادي أو البيداغوجي ولكنها عند العيادي أكثر، تخص هذه الكفالة الأشخاص الذين لهم اضطرابات نفسية ونفسجسمية وسلوكية، فهي عبارة عن كيفية تدخل المختص ومساعدته للمفحوص.

كما أنها " مجموعة التقنيات العلاجية ومجموعة الحيل الذهنية والمواقف العلاجية التي يستعملها الفاحص من أجل أي اضطراب نفسي أو علاج الاضطرابات السلوكية أو بالأحرى التخفيف منها، وتكون العلاجات عن طريق حيل عقلية او بوضع برنامج خاص ينتمي إلى أحد النظريات العلاجية وذلك حسب النمط العلاجي الذي اختاره الفاحص ونوعية الحيلة المطروحة امامه .

كما أعطي لها مفهوم الحصص التي برمجها المختص النفسي على أساس قواعد علمية ونظرية تأخذ بعين الاعتبار نمو الطفل، إدراكه، حاجياته، إمكانياته الذاتية والمحيط الذي يعيش فيه وكذلك الجانب النفسي¹ .

¹ محمد أحمد خطاب: فعالية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال المتوحدين، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص 77.

وهي كل تدخل سواء كانت تعليمي أو ملاحظة أو برنامج مبني على عدة تقنيات بهدف تحسين حالات أو مجموعة أفراد في مشكل معين، وهذه الكفالة النفسية تبدأ من اللقاء الأول الذي يجمع الفاحص مع المفحوص، الطفل، الأولياء، وتتركز على تكوين علاقة علاجية مبنية على الثقة والامان على التقليل من قلق الطفل أو المريض وتحفيزه على العلاج .

وهناك ما يسمى بالكفالة المبكرة وهي تخص عادة الطفل المضطرب تبدأ هذه الكفالة مباشرة عند التأكد من التشخيص، وهي تتمثل في مجموع النشاطات التربوية المقدمة للطفل المصاب عبر مراحل متدرجة¹.

2- موضوع الكفالة النفسية:

تتناول الكفالة النفسية الاضطرابات النفسية وكذا الاضطرابات السلوك معتمدة على أساليب تقنية في العلاج كما يبتعد الممارس للكفالة النفسية " الفاحص " بقدر الامكان عن استعمال الادوية ويهتم بشمل كل جوانب الحالة، وبالتالي تقديم له العلاج المناسب مستندا في ذلك على الاختبارات النفسية ودراسة الحالة المرضية والعلاجات المتعددة لان التعددية في العلاج النفسي والانفتاح نحو أساليب جديدة للمعالجة، فرضت نفسها في إطار المسيرة التطورية للعلاج النفسي لكن الإشكالية المطروحة في تعدد التقنيات العلاجية هي استحالة احصاء التقنيات المستعملة .

¹ محمد أحمد خطاب: مرجع سابق، عمان، 2004، ص 77.

فموضوع الكفالة النفسية او محتواها تقريبا كله وصف لما يتم في عملية العلاج النفسي كما تظم تقنيات وطرق عديدة تختلف حسب المدارس المتنافسة والمتناقضة لمفهوم الكفالة النفسية.¹

أشارت مونيك جيلارت Monique Guilert إلى موضوع الكفالة أو محتوى الكفالة غذ تؤكد على ضرورة وجود الكفالة إجمالية متعلقة بجميع الجوانب التي تخص الطفل غذ تقول أنه لا يمكن الحديث عن الكفالة خاصة الجانب اللغوي أو كفالة أخرى خاصة بالجانب الحسي الحركي إنما كفالة إجمالية تمس كل الجوانب المتعلقة بالطفل .

3- أنواع الكفالة : هناك عدة انواع منها

3-1- التكفل التربوي:

تكون في المدرسة والمناشئ التربوية الخاصة بها حيث يكون هناك ورشات بطريقة بيداغوجية حيث تستعمل اللعب، الأشغال اليدوية، كوسيلة لاجراج الطفل من قوقته وتساعده على اكتشاف ذاته وتكون هذه الكفالة مكملة للوسائل النفسية .

3-2- التكفل الاجتماعي:

وتتضمن مساعدة العميل اجتماعيا، فالمحيط الاجتماعي لا يخلو من المشاكل كفقدان شخص لمسكنه او منصب عمله او اهله ويكون هذا التكفل من خلال انشاء مؤسسات

¹ سعد رياض: الاضطرابات النفسية للأطفال والمراهقين التشخيص والوقاية والعلاج، ط1، دار الكلمة، مصر، 2002، ص

اجتماعيا خاصة لهذه الفئات ككل الحالات الخاصة كضحايا ظاهرة الطلاق، باعتباره ظاهرة اجتماعية وحتمية النتائج.¹

3-3- 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 البطاقة الطبية، كتاريخ الدخول والخروج ورقم الملف وتكون معلقة على سرير المريض، كما يتضمن ذلك علاجاً كالحقن والاقراص أي الكفالة التي تتاسب المريض.

دور الممرض يبقى ثانويا مقارنة بالطبيب فهو يساعده في فترة العلاج كما أنه يساعد المريض على قضاء حاجاته من أكل واعطاء كل ما يلزمه في حالة ما إذا كان المريض طفلا، على الممرض القيام بدور الرعاية واللعب.

3-4- التكفل الأطفوني :

يهتم بمساعدة المريض على تصحيح اضطرابات اللغة والكلام، كحالات عسر القراءة والكتابة وكذا التكفل الأطفوني لأصحاب التشوهات الخلقية التي أدت إلى حصول اضطراب لغوي لديهم، أولئك الذين فقدوا الكلام من جراء صدمة نفسية تعرضوا لها نتيجة للضغوط التي فرضها عليهم المحيط أو نتيجة صراعات داخلية لم يتمكنوا من حلها .

¹ مسيس فوزية وآخرون: أثر الكفالة النفسية في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية لدى الطفل جراء العنف الإرهابي، مذكرة ليسانس، إشراف عزيز غنية، جامعة الجزائر، 2006، ص 50.

3-5- التكفل الوقائي الاندماجي:

هو ذلك التأهيل النفسي الذي يعمل على تبصير المجرم بطبيعة الجرم الذي ارتكبه وبعواقبه واضراره فضلا عن التدخل لاعداده وتهيئته من خلال خدمات تعليمية وترفيهية والجلسات لمواجهة المرحلة الانتقالية ما بين حياة السجن والعودة للحياة العادية بالتقليل من ظاهرة العود.¹

3-6- التكفل النفسي:

نعني بالتكفل النفسي مجموعة الطرق والمنهجية النفسية الذهنية الاجرائية، وحتى البدنية المبذولة المستخدمة للعناية بالاشخاص الذين يعانون من مختلف الاضطرابات سواء نفسية او عضوية او عقلية وتتمثل في تدخل الأخصائي النفسي .

والتكفل النفسي يكون فردي او جماعي وتختلف أهدافه حسب طريقة الإرشاد والمساعدة الفردية والعائلية بالإضافة إلى مناهج اكلينيكية مستعملة كالاختبارات والمقابلات .

4- أهداف الكفالة النفسية ومبادئها :

¹ سيف الدين فوزي: التكفل النفسي بالمجرمين، 1998، ص 02.

4-1- أهداف الكفالة النفسية:

- مساعدة الشخص على حل المشكل الراهن والتخلص من الصراعات .
- ترميم الشخصية وإعادة بنائها فقد يكون أيضا إعادة الاتزان النفسي والتكيف مع المحيط.

- مساعدة المريض على قبول مرضه والتكيف معه.¹
- زيادة شعور الفرد بالأمن النفسي.
- الرفع من فعالية وإعادة البنية المعرفية السلوكية.²
- اكتساب الفرد أساليب أكثر فعالية لمواجهة البيئة ومشاكلها.

4-2- مبادئ الكفالة النفسية :

تتم الكفالة عن طريق تسطير خاص يكون هذا الأخير مبني على مبدئين يتمثلان في:

- أ- قبل بناء برنامج للكفالة يجب القيام بعملية تقييم لمعارف الطفل أي ما اكتسب الطفل وما لم يكتسبه، هذا التقييم يسمح لنا بوضع برنامج كامل وجدول يشمل تطور الطفل المصاب في كل الميادين السلوكية.

¹ عبد الرحمان العيسوي: الإجرام، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، 1984، ص 21.

² Albz.vetuil dovher psychanalyse.Fre dienne et pcoessusde changment, 1987, P 85.

ب- أن يكون البرنامج المبني للطفل سواء كان عاديا او مصاب مرن وسهل ويتأقلم مع الوسط الاجتماعي الاقتصادي والثقافي للعائلة وعلى الأخصائي إتباع هذه المبادئ من أجل بناء برنامج خاص للتكفل بالطفل والمصاب بعاهة جسمية خاصة، وهذا بمساعدة الأسر التي تساهم مساهمة فعالة في هذه الكفالة حيث أعطي العلماء للبيئة الأسرية قسطا وافرا من الاهتمام.

هذا لان الطفل يقضي معظم وقته في البيت وكون ان الأولياء هم المحرك الأساسي لتطورات الطفل بواسطة الاحتكاك على طفلهم المصاب خاصة وتنشأ بينهم علاقة تمكن الطفل من التطور الجيد في جميع الميادين . عند وضع برنامج الكفالة، المناسب للطفل المصاب بعاهة.

5- الأشخاص المسؤولين عن الكفالة النفسية :

أعيان الكفالة النفسية: ليس المختص النفسي وحده مسؤولا عن الكفالة النفسية رغم تمثيله للدور الرئيسي فكل من الأسرة وخاصة الوالدين، المعلم وكل الأشخاص الذين يعيش ويتعامل معهم الطفل، وكذا دور الدولة المتمثل في توفير الامكانيات اللازمة للتكفل به على جميع الميادين .

5-1- المختص النفسي:

أ- تعريف الأخصائي النفسي:

يعرف حامد عبد السلام زهران: " أن الأخصائي النفسي هو المسؤول المختص في عملية الارشاد والعلاج النفسي يتم إعداده في أقسام علم النفس بالجامعات، ويتم تدريبه العلمي في مراكز الارشادات والعيادات النفسية او في مختلف المؤسسات تحت إشراف الأساتذة والخبراء ويتطلب الاعداد العلمي والعملية اهتماما خاصا فهو يحتاج إلى دراسة خاصة وتدريب خاص في طرق الإرشاد والعلاج النفسي ومجالاته المتعددة .¹

ب- دوره الأخصائي النفسي اتجاه الوالدين والعائلة :

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

هذا كون الأولياء هم المحرك الأساسي لتطورات الطفل فالإرشاد هو التقاء الأولياء بالمختص حول مشكل الطفل بغية تلقي معلومات كافية تضم كيفية التعامل مع المشكل الذي طرأ داخل البنية الأسرية قصد تغيير سلوك الأولياء اتجاه مشكل أو إعاقة طفلهم، لأنه غالبا ما يكون انجاب طفل معاق صدمة نفسية على العائلة وخاصة الأم، لذلك يجب التكفل بالعائلة نفسيا للرفع من معنوياتها وخلق جو عاطفي بين الطفل والأولياء فلا فائدة من الكفالة إذا كان الطفل المصاب مرفوض من طرف عائلته .

¹ حامد عبد السلام زهران: الصحة النفسية، الطبعة الأولى، عالم الكتب والنشر والتوزيع، مصر، 1995، ص 147.

- يعني التكفل النفسي بالعائلة يسبق التكفل بالطفل، فالاعلام وإرشاد الوالدين له اهمية كبيرة، كما يجب ان يكون تدريجيا تعتمد هذه العملية على جلب اهتمام الاولياء حول الطفل خاصة الجانب اللغوي ومحاولة إقناعهم ان الوسيلة الوحيدة لنمو الطفل وتطوره هي الكفالة المبكرة .

من أجل بلوغ هذه الغاية على الأخصائي التقيد ببعض الشروط :

- إعلام الأولياء نتيجة التشخيص بطريقة لبقة ومبسطة.
- يحرص على أن يكون إعلام الأولياء تدريجيا وبحذر شديد ان نمو طفلهم سوف يخطوا ببعض التأخر .
- القضاء على الأحكام المسبقة المحاطة بالطفل المصاب باضطراب التوحد .

2-5- مهام الاخصائي النفسي :

- توفير جو من الاطمئنان للطفل ليساعده على التركيز أكثر والاستجابة للاخصائي.
- استخدام خبراته المهنية لحل مشاكل سلوكية التي قد يعاني منها الطفل وتحريرها من العادات السيئة والسلبية.
- يقوم الأخصائي النفسي بعملية التشخيص ورسم الخطط المساعدة .

▪ يتولى الأخصائي فحص الطفل وتقرير مدى صلاحيته للعلاج والارشاد بالتحليل النفسي

1.

3-5- دور المختص اتجاه المفحوص " الطفل المصاب باضطراب التوحد " :

يظهر دور المختص من خلال كل ما نذكره في إطار الكفالة النفسية من خلال هذا البحث سواء في الجانب النظري او التطبيقي من مفهوم الكفالة النفسية ومبادئها إلى مراحلها فتقنياتها، فدور المختص النفسي ودور الوالدين الذي هو المحور الجوهرى والأساسى لهذا البحث، فبعد جمع المعلومات الضرورية من الوالدين والأسرة يقوم المختص بتطبيق أو تقييم الحصيلة المعرفية نعني بهذا كل مجالات اكتساب المعرفة بما فيها من الأشكال، الألوان، النشاطات الذهنية ... الخ .

4-5- دور المعالج النفسي:

▪ علاج وتشخيص الاضطرابات السلوكية .

▪ علاج المشكلات النفسية.²

5-5- دور الأولياء " الكفالة الوالدية " :

تعتبر الكفالة الوالدية مهمة جدا بالنسبة للطفل فالأم خاصة هي الموضوع الاول للطفل حيث يقيم معها علاقاته الأولى فالأم تساهم كثيرا في تحسين الظروف العلائقية مع طفلها سواء

¹ حامد عبد السلام زهرا: مرجع سابق، ص 148.

² عبد الكريم قاسم أبو الخير: التمريض النفسي " مفهوم الرعاية التمريضية "، دار وائل للنشر، عمان، 2002، ص 51.

كان عاديا او مصابا وفي هذا الصدد يقول polerom : " إن معظم النشاطات التي يقوم بها الأخصائي النفسي أثناء الفحص يجب على الوالدين تكرارها وإدماجها في الحياة اليومية للطفل " ¹.

ومن أهم الميادين التي يستطيع فيها الوالدين القيام بتلك التدريبات التربوية والنمائية والخاصة بالكفالة هي أوقات الاستجمام، أوقات الأكل الخروج إلى نزهات، تعد كل هذه الميادين مناسبة لإثارة الطفل بواسطة الصوت، اللمس ... الخ.

فالأسرة مسؤولة خاصة في سنوات العمر المبكرة عن كثير مما يرد الطفل من مؤثرات وكلما كان العمر مبكرا كلما ازدادت أهميتها وفي هذا الصدد يقول محمد لنجمي: " يتمكن الطفل من تكوين ذاته والتعرف على نفسه عن طريق الاخذ والعطاء والتعامل بينه وبين أعضائها ففي هذه البيئة الاجتماعية يتلقى اول إحساس بما يحب وما لا يحب القيام به ².

5-6- دور الطبيب في التكفل العلاجي :

يقوم بإشراف طبي مركزا إعطاء الفيتامينات والأدوية اللازمة قصد التخفيف من حدة المشاكل الجسمية ومختلف الأمراض.

¹ محمد احمد خطاب: سيكولوجية الطفل التوحدي، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص 89.

² نفس المرجع، ص 92.

5-7- دور المختص الارطفوني :

يقوم بمساعدة الطفل المصاب باضطراب التوحد من الناحية اللغوية كتصحيح الاضطرابات النطقية ومحاولة إعطاء لغة سليمة مكيمة مع المحيط .

5-8- دور المختص في علم النفس الحركي:

يقوم بتتمية القدرات الحركية للطفل والتخفيف من الصعوبات الحركية عن طريق تمارين مكثفة قصد تمكينه من التنسيق بين حركات الجسد وربطها بمحيطه وتوظيفها حتى يستطيع التحكم في حركاته.

5-9- المربي:

يحتل او يمثل المربي دورا هاما وعنصرا اساسيا في عملية التكفل النفسي الشامل للطفل خاصة المعاق إذ انه أقرب من المختص النفساني إلى الطفل باعتبار احتكاكه الدائم، فالمربي يمثل مع المختص النفساني علاقة تكافؤ فهو الملاحظ الأساسي لسلوك الطفل وتقييم مكتسباته الاولية والمعرفية وهو الوساطة بين الطفل والمختص¹.

¹ محمد أحمد خطاب: مرجع سابق، 2004، ص 100.

5-10- دور الدولة :

يبدو دور الدولة واضحا وذلك من الناحية المادية بتوفير كل الامكانيات اللازمة والتي من شأنها ممارسة الكفالة النفسية لهؤلاء الفئات على أكمل وجه من توفير مراكز خاصة لكل فئة حسب اعاقتها ومزودة بكل التجهيزات، مساعدة المختصين في القيام بدورات تكوينية عالية المستوى في كل مرة لأن المجال العلمي النفسي في تطور واكتشاف مستمر، كذلك توعية الاسر عن طريق الحصص الاعلامية والافلام التربوية بحقيقة وجود العاهة وكيفية التعامل معها .

ومن هنا يتضح أهمية الكفالة التي يكون لها دور أساسي ومهم في تطوير مختلف القدرات الخفية عند الطفل المصاب خاصة، وتنمية شخصيته نمو سليما ومعالجة اضطراباته النفسية والسلوكية قدر الامكان.

6- مراحل الكفالة النفسية :

تمر عملية التكفل النفسي بثلاثة مراحل هامة وأساسية تتمثل في:

6-1- إستراتيجية التقدير :

تستعمل في هذه المرحلة عدة تقنيات من الفحص كالملاحظة، المقابلة، الاختبارات النفسية، التشخيص.

6-2- استراتيجية التقويم والتدخل :

إن التقويم هو مساعدة المريض على التكيف لما حوله او الوصول به إلى شخصية ناضجة فإن علاجه يتطلب إزالة العوائق التي تعيق نموه وتكيفه ونموه الانفعالي والنفسي السليم ويقوم بهذه العملية المختص بعد ان يقيم علاقة وطيدة بينه وبين المريض حيث يعمل على إزالة او تحقيق أغراض سلوكية واتجاهات في التفكير إيجابية وسليمة اجتماعيا .¹

6-2-1- العلاج النفسي:

هو نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات نفسية ناجمة عن امراض او اضطرابات ذات طبيعة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه .²

6-2-2- سير العلاج النفسي :

يكون العلاج جلسة أسبوعية او كل أسبوعين ولمدة تتراوح حسب الحالة بين ثلاثة إلى ستة أشهر.³

¹ ألفت حقي: الاضطراب النفسي التشخيص والعلاج والوقاية، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر، 2001، ص 466.

² محمد محروس الشناوي: نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار قباء، 1990، ص 65.

³ حامد عبد السلام زهران: مرجع سابق، ص 56.

6-2-3- خطوات العلاج النفسي:

تسير عملية العلاج في خمس خطوات يحددها " روجر Rojer " على النحو الآتي :

- **رغبة المريض في الشفاء:** وسعيه في الحصول على المساعدة ولذلك فهو يأتي طواعية أو اختياريًا مستهدفًا الحصول على حل لمشكلاته .
- **التعبير عن المشاعر:** عن طريق توفير جو التسامح والقبول، يشجع المعالج العميل لكي يعبر تعبيرًا حراً عن مشاعره وهنا تخرج المشاعر السلبية والعدوانية التي كانت حبيسة في داخل المريض تخرج إلى العلن.
- **نمو الاستبصار :** يؤدي التعرف المتزايد والقبول للذات إلى نمو الاستبصار أو الفهم كما لو كان المريض قد خلع عن عينه ذلك المنظار الملون الذي كان ينظر به إلى الأشياء وهنا يستطيع العميل ان يرى نفسه ويرى البيئة بمنظار أكثر واقعية .
- **الخطوات الايجابية :** بعد نمو الاستبصار يأتي توضيح القرارات والافعال المحتمل القيام بها وغن كان هذا الشعور مازال مختلطًا بالشعور بعدم القدرة، وهنا على المعالج أن يتعرف على هذه القرارات ويوضحها، ولكنه لا يحاول قيادة العميل نحوها .
- **انهاء الاتصالات :** عندما يدخل المريض إلى الشعور بالثقة في قدراته ويتخذ قرارات إيجابية ومتكاملة ويصبح قادرًا على توجيه ذاته بذاته وهنا تقل الرغبة في الحاجة إلى المساعدة ويأتي انتهاء العلاقة العلاجية ويجب ان يأتي قرار انهاء العلاقة مع العميل

بإتخاذ هذا القرار يميل إلى آخر خطوات الاستقلال وبذلك يكون قد تحمل كامل

المسؤولية عن مواقف حياته.¹

6-2-4- أهمية العلاج النفسي:

تعد المعالجة النفسية فعالة إذ تثبت ان الشخص العادي الذي تلقى العلاج الذي يعتمد على المنهج العلاجي الذي يهتم بالمرض النفسي.² أصبح أقل اضطرابا من شخص عادي لم يتلقى أي معالجة ويتفق المؤيدون على ان الدلائل التجريبية تدعم فعالية العلاج النفسي وهذا لا يعني ان الناس يستفيدون من العلاج النفسي بل ان الافراد يسعون دائما إلى العلاج النفسي يحصلون على درجة من الارتياح، ففي احدى دراسات التحليل البعدي والتي استعرضت أكثر من 475 من دراسة حول النتائج العلاج النفسي، تبين أن الشخص العادي الذي يتلقى المعالجة النفسية يقوم بوظائفه بشكل أفضل من 80 بالمائة من اولئك الذين لم يتلقوا العلاج.³

6-3- استراتيجيات التقييم :

تتمثل في إصدار الحكم على مدى تحقيق الأهداف او صحة وفعالية البرامج المخططة للعلاج وتعتمد هذه الاستراتيجيات على التقييم والتدخل او على التقرير، هذه الاستراتيجيات هي

¹ عبد الرحمان العيسوي: الصحة النفسية من المنظور القانوني، ط1، منشورات الحلبي، بيروت، 2004، ص 302-303.

² عباس محمد عوض: الموجز في الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، 1996، ص 10.

³ نموشي جتروول: علم الاكلينيكي، ترجمة فوزي داود، حنان لطفي زين الدين، دار الشروق، الأردن، 2007، ص 488.

التحقق من مدى فعالية العلاج في تغيير سلوك المريض او في حل صراعاته ومشكلاته، ومنه مراحل الكفالة التي هي متسلسلة ومتكاملة وتخدم بعضها البعض .

7- التقنيات العلاجية التحليلية:

وهي تضم:

- التحليل النفسي.
- العلاجات التحليلية القصيرة.
- العلاجات المستوحات من التحليل النفسي .

تهتم تقنية التحليل بدراسة الحياة اللاشعورية بعمل متدرج معمق عن السبب الداخلي العميق، يدرس الهو العلاقات الشخصية الداخلية ويستعمل الميكانيزمات للكشف عن الصراع .

7-1- تقنية العلاج الاسنادي :

تعد من العلاجات المنتشرة بكثرة وهو علاج موجه إلى أقصى حد كما انه شفوي تشجيعي إيحائي يطبق على الفرد ويستعمل داخل المكتب العلاجي او داخل مؤسسة كما انه علاج مستعمل بكثرة، وذلك لغياب المختصين في التقنيات المعقدة، وهو أبسط تشكيلا من الناحية النظرية .

وهذا ما يجعله سهلا للتطبيق حيث تتمثل الخلفية في محاولة الربط بين النفس والباثولوجيا النفسية، كما انها تهدف إلى الكشف عن الميكانزمات العامة التي تربط بين النفس والصراعات، وبين أسباب الصراعات وكيفية تطور الاضطرابات، فالمختص يكون بمقدرته التنبؤ والتشخيص فالعلاج الاسنادي يستعمل لحل مشكل راهن عندما يكون الشخص في وضعية تتطلب المساعدة ونوع من التشجيع والتوجيه ويتم اختيار العلاج الاسنادي كذلك عندا تنعدم الرغبة في العلاج لدى المفحوص والذي يعود لهشاشة الشخصية فههدف العلاج الاسنادي هو جعل الشخص أكثر قابلية على تقبل علاج أعمق.¹

7-2- دراسة الحالة :

تستخدم هذه الطريقة لفهم الأسباب المؤدية إلى اضطراب التوحد أو الاضطراب النفسي أو السلوكي، وتعتبر دراسة الحالة هي التي ينظم ويقيم فيها المختص كل المعلومات والنتائج التي يتحصل عليها من الفرد، وذلك عن طريق المقابلة والتاريخ الاجتماعي والفحوص الطبية والاختبارات .

7-3- المقابلة العلاجية:

¹ GILLIERON, psychothérapie, Bernes, Emc, paris, 1987, p52.

هي عبارة عن ذلك الاتصال الذي يحدث بين الفاحص والمفحوص او هي نوع من المحادثة تتم بين المريض والاختصاصي النفسي حسب خطة معينة غايتها الحصول على معلومات كافية عن سلوك المريض، فتعد المقابلة محور الخدمات العلاجية والارشادات النفسية ويعد جمع أكبر ما يمكن من المعلومات الخاصة بالمفحوص يتم تحليلها لتقديم التشخيص ثم المساعدة للوصول إلى الراحة النفسية، والمبدأ الأساسي الذي تقوم عليه المقابلة هو الامانة حيث يكون موقف الفاحص خاضعا لقواعد معينة تتمثل في :

- أن يكون الفاحص له اهتمام كبير أي تهيؤ كامل للمساعدة النفسية بدون أي حكم مسبق.
- ان يكون الفاحص موضوعيا الشيء الذي يسمح للمفحوص التقبل الكلي دون انتقاد ولا اتهام ولا نصائح.
- وضوح الهدف من المقابلة في ذهن الاختصاصي والموضوعات التي تستهدف إلقاء الضوء عليها ووضع خطة لتحديد طريقة السير في المقابلة .
- نجاح الاختصاصي في خلق العلاقة والثقة لتحقيق هدفه¹ .

¹ طلعت حمزة الوزنة: التوحد بين التشخيص والعلاج، ط1، الرياض، 2004، ص 91.

- فهم المريض في لغته الخاصة والسماح بكشف عالمه الذاتي وأفكاره وبالتالي يمكن القول بأن المقابلة تعتبر أحسن طريقة لتقويم الشخصية والتعرف على معاناة المريض.

4-7- المقابلة الممهدة للعلاج :

نحتاج قبل بدء العلاج إلى تمهيد وإعداد، وهدف هذه المقابلة هو تعريف المريض بطريقة العلاج وضرورة تعاونه مع الطبيب النفسي، ويتركز هدف هذه المقابلة في محاولة الاخصائي تعديل الاتجاهات الخاطئة عند المريض وتقديم مميزات للمريض ومنها :

- شرح هدف وأغراض المقابلة للعميل أو المريض بوضوح.
- وصف الطريقة التي وصل بها العميل إلى المقابلة سواء كانت تحويلًا من مؤسسات أخرى أو شخصية.
- تعريف الشخص أو الأشخاص من المشتركين في المقابلة ببعض الارشادات المرتبطة واللازمة لنجاح المقابلة .
- تأكيد السرية للبيانات التي تجمع عن طريق المقابلة وتضمن العميل لضمان أعلى قدر من استجابته وخفض توتره والحصول على تعاونه وتجاوبه، ومن بين التقنيات في المقابلة العلاجية نجد الاسترخاء.

5-7- تقنية الاسترخاء:

بدأت عملية الاسترخاء بتجربة وهي تجربة فيزيولوجية نفسية، وحسب الاعتقاد السائد أنه هناك فروق بين النفس والجسد فنحن بالاسترخاء بصدد البحث عن الراحة النفسية عبر التدريبات الجسدية، إذ نجد ان اصل الاسترخاء قديم جدا فأول تطبيق لتقنية عملية استرخائية من طرف ألماني عقلاني ثم ظهرت تقنيات أخرى للاسترخاء مثل تقنية جاكوبسون Jakopsone، فيجب على المختص النفسي ان يمر بتجربة استرخائية فنتقنية عبارة عن تجربة جسمانية مع التمرينات الاسترخائية قصد الوصول إلى حالة حلاوية أما في الفترة الثانية فهي تتناول التفسيرات والتحليل السطحي للمادة اللاشعورية .

7-7- الاختبارات السيكلوجية:

تمثل أداة لفحص عينة من سلوك الفرد في موقف ما، والاختبارات السيكلوجية، حيث طريقة إجرائها تنقسم إلى اختبارات فردية وجماعية وتكون إما لفظية أو عملية فنجد مثلا:

اختبارات الوظائف الذهنية:

- اختبارات الذكاء.
- اختبارات التحصيل.
- اختبارات الاستعداد واختبارات الشخصية بانواعها بما فيها السلوك .¹

¹ مسيس فوزية وآخرون: المرجع السابق، ص 93.

خلاصة:

بعد تعرفنا على الكفالة النفسية ومبادئها والقائمين عليها خاصين بالذكر الاخصائي النفسي الذي يعتبر قائدا للكفالة النفسية وموجها لها، فيما يخص هاته الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة نستخلص أهمية هاته الأخيرة أي الكفالة النفسية وحاجة الطفل المتوحد لهذا النوع من الرعاية .

الفصل الثاني

اضطراب التوحد

تمهيد

1- نبذة تاريخية عن التوحد .

2- تعريف التوحد .

3- أنواع التوحد .

4- أعراض التوحد .

5- أسباب التوحد .

6- خصائص التوحد .

7- تشخيص التوحد .

8- علاج التوحد .

تمهيد :

يلاحظ على الإنسان الطبيعي والمعافى من كل عاهة أو مرض استخدامه للنعمة التي انعمها الله عليه بكل يسر وحرية وفائدة، فيلاحظ يتكلم ويؤشر برأسه ويلعب ويأكل بيده ويشعر بالبرد والحر ويفرح للمفرح ويحزن للمحزن ويدرس ويعمل ويشترى ويبيع وغيرها من النعم . ولكن عندما يصاب بخلل أو اضطراب في عضو من أعضاء الانسان والمسيطرة على واجب معين سرعان ما يبدأ الاختلال والوضوح على ذلك الجسم، فيلاحظ من البشر منهم من فقد بصره أو عقله أو يديه أو رجليه أو حواسه وغيرها فأصبح ذو إعاقة واضحة للجميع .

أما اضطراب التوحد فيجمع كثير من الحرمان من استخدام الأعضاء المتوفرة لديه من بصره وسمع ويدين ورجلين وعقل ونفس وغيرها من نعم الله تعالى على البشر .

ولقد أدت الاصابة بالتوحد من جعل الطفل التوحدي في أغلب الأحيان انعزالي ومنطوي على نفسه ولا يشعر بالآخرين وكأنه أصم، ولا يميل إلى اللعب الابتكاري والجماعي ولا يشعر بالأخطار الطبيعية والتي من المفترض أن يخاف منها، واضطرابه هذا جعله أحيانا يضحك ويبكي بدون سبب وغيرها من الأعراض والاضطرابات والتي أصبحت تنطوي تحت اسم التوحد .

1- نبذة تاريخية عن التوحد¹:

يعتقد أن أول من قدمه هو الطبيب النفسي السويسري إيجن بلولر EUGEN BLEULER عام (1911) حيث استخدم التوحد ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية .

في عام (1943م) نشر الدكتور ليو كانر Leo Kanner ورقته المشهورة عن التوحد ليكون بذلك أول من ذكره كاضطراب محدد في العصر الحديث .

في عام (1944م) نشر الدكتور " هانز اسبر جر " من فيينا ورقة شهيرة أيضا تصف حالة مشابهة للتوحد أطلق عليها فيما بعد متلازمة اسبيرجر Asperger Syndrome وتعتبر هاتان الورقتان هما أول المحاولات العلمية لشرح هذا الاضطراب المعقد .

في عام (1964م) اكتشف " د. برنارد ريملاندر Bernard Rimland " أدلة تؤكد أن التوحد هو حالة بيولوجية Biological Condition .

في عام (1966م) اكتشف " د. أندرياس رت Andreas Rett " (صاحب متلازمة رت Rette Syndrome) دليلا آخر يؤكد أن التوحد حالة بيولوجية .

في عام (1977م) عشر كل من الدكتورة " سوزان فلوستين والدكتور ميكيل روتر Dr. Susan Folstein and Dr. Michael " على توأمين مصابين بالتوحد مما أوحى لهما بأن هذا دليل على احتمالية وجود عامل جيني يقف وراء الاصابة بالتوحد .

¹ فهد بن حمد المغلوث، التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه، ط1، رياض، 2006، ص 74.

الفصل الثاني إضطراب التوحد

في عام (1991م) نشر كل من " الدكتور ميكل روتر والدكتورة كاترين لورد والدكتورة

أن لي كوتشر Drs.catherine Lord, Michael Rutter and Ann Lecouteur

" published

ول استبيان لتشخيص التوحد the Autism Diagnostic Interview

في عام 1992 نشرت جمعية الطب النفسي الأمريكية الدليل التشخيصي الإحصائي

الرابع, the Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV), مقننة لتشخيص

اضطراب التوحد.

في عام 1993 أصدرت منظمة الصحة العالمية World Health

Organization دليلًا مشابهًا لدليل جمعية الطب النفسي الأمريكية عرف بالتصنيف الدولي

للأمراض ICD- 10 International Classification of Diseases

وذكرت فيه تعريفًا للتوحد ضمن فئة الاضطرابات النمائية Developmental

Disorders

في عام 1994 أسس الإتحاد الدولي لأبحاث التوحد the National Alliance for

Autism Research (NAAR)

ليصبح أول منظمة في الولايات المتحدة تختص بتمويل البحوث الطبية الخاصة

باضطراب الطيف التوحدي (ASD) Autism Spectrum Disorder

2- تعريف التوحد Autism :

هناك تعريفات كثيرة للتوحد ، وتهدف هذه التعريفات إلى وصف فئة معينة تحمل نفس الصفات ، وهي فئة التوحد.

ويعتبر العالم كانر (kannar 1943) أول من عرف التوحد الطفولي ، حيث قام من خلال ملاحظته لإحدى عشر حالة بوصف السلوكيات والخصائص المميزة للتوحد والتي تشمل على عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين ، والتأخر في اكتساب الكلام ، واستعمال غير تواصلية للكلام ، ونشاطات لعب نمطية وتكرارية ، والمحافظة على التماثل وضعف التخيل والتحليل . وما زالت الكثير من التعريفات تستند على وصف ليو كانر للتوحد حتى وقتنا الراهن .

وقدم روتر (Rutter 1978) أربع خصائص رئيسية عند تعريفه للتوحد وهي :

- إعاقة في العلاقات الاجتماعية.
- نمو لغوي متأخر أو منحرف.
- سلوك طقوسي واستحواذي أو الإصرار على التماثل.
- بداية الحالة قبل بلوغ ثلاثين شهراً من العمر¹.

وأيضاً لدى منظمة الصحة العالمية تعريفاً للتوحد ففي عام 1982 عرفت بأنه (اضطراب نمائي يظهر قبل سن ثلاث سنوات ويبدو على شكل عجز في استخدام اللغة وفي اللعب وفي التفاعل والتواصل الاجتماعي) .

¹ حسن مصطفى عبد المعطي، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، ط1، القاهرة، 2001، ص 134.

كما يعتبر تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society For Autistics Children) من أكثر التعريفات قبولاً لدى المهنيين . وينص على أن التوحد عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهراً ، ويتضمن الاضطرابات التالية:

- اضطرابات في سرعة أو تتابع النمو.
- اضطرابات في الاستجابات الحسية للمثيرات.
- اضطرابات في التعلق او الانتماء للناس والأحداث.
- اضطراب في الكلام واللغة والمعرفة¹.

3- أنواع التوحد:

يوجد العديد من انواع اضطراب التوحد منها :

3-1- التوحد وطيف التوحد (الاضطرابات النمائية الشاملة): Disorders Pervasive

Developmental

أستخدم مصطلح " اضطرابات التطور العامة " ابتداء من عام 1980م ليكون مظلة لوصف مجموعة من الحالات تجمعها عوامل مشتركة، وليس وصفاً تشخيصياً وإن كان بينها اختلافات وهي اضطرابات عصبية تؤثر على مجموعة من مناطق النمو الفكري والحسي، وعادة ما تظهر حوالي السنة الثالثة من العمر، ويجمع بينها العوامل المشتركة التالية:

- نقص في التفاعل والتواصل الاجتماعي.

¹ فادي رفيق سبقي، إعاقة التوحد المعلوم المجهول، ط1، لبنان، 2001، ص 59.

- نقص المقدرات الإبداعية.
- نقص في التواصل اللفظي والغير لفظي.
- وجود نسبة ضئيلة من النشاطات والاهتمامات التي عادة ما تكون نشاطات نمطية مكررة .

غالباً ما يعرف التوحد بأنه اضطراب متشعب يحدث ضمن نطاق (Spectrum) بمعنى أن أعراضه وصفاته تظهر على شكل أنماط كثيرة متداخلة تتفاوت بين الخفيف والحاد، ومع أنه يتم التعرف على التوحد من خلال مجموعة محددة من السلوكيات فإن المصابين من الأطفال والبالغين يظهرون مزيجاً من السلوكيات وفقاً لأي درجة من الحدة ، فقد يوجد طفلان مصابان بالتوحد إلا أنهما مختلفان تماماً في السلوك . لذلك يجمع غالبية المختصين على عدم وجود نمط واحد للطفل التوحدي وبالتالي فإن الآباء قد يصدمون بسماعهم أكثر من تسمية ووصف لحالة ابنهم، مثل شبه توحدي أو صعوبة تعلم مع قابلية للسلوك التوحدي، ولا تتم هذه المسميات عن الفروق بين الأطفال بقدر ما تشير إلى الفروق بين المختصين، وخلفيات تدريبهم، والمفردات اللغوية التي يستخدمونها لوصف حالات التوحد.

حيث ما تكون الفروق بين سلوكيات الأطفال التوحديين ضئيلة للغاية، إلا أن تشخيص حالات التوحد يعتمد على متابعة الحالة من قبل المختص، أما إطلاق التسمية على الحالة فيعتمد على مدى إلمام المختص بمجال التوحد والمفردات المختلفة المستخدمة فيه ، ويعتقد الكثير من المختصين أن الفروق بين التوحد وغيره من الاضطرابات المتشابهة ليست ذات

الفصل الثاني = اضطراب التوحد

دلالة ، ويعتقد البعض الآخر من المختصين أنهم من باب مساندة الآباء يقومون بتشخيص أبنائهم على أنهم يعانون من اضطرابات أخرى كالإعاقات النمائية بدلا من التوحد.

ويختلف المختصون فيما بينهم حول ما إذا كانت متلازمة أسبيرجر (Asperger's Syndrome) على سبيل المثال اضطرابا توحدياً .

الفرق بين التوحد وطيف التوحد:

طيف التوحد هو ما يسمى أشباه التوحد، وهي حالات الاضطراب العام في التطور Pervasive Developmental Disorders ويقصد به الأطفال الذين تظهر لديهم العديد من المشاكل في أساسيات التطور النفسي في نفس الوقت وبدرجة شديدة ، أما التوحد فهو مرض محدد بذاته ، وفيه نوع شديد من اضطرابات التطور العام .¹

مجموعات طيف التوحد

الاضطراب التوحدي Autistic disorders²:

الأطفال ذوي الاضطراب التوحدي لديهم درجة متوسطة إلى شديدة من اضطراب التواصل والاتصال الاجتماعي بالإضافة إلى المشاكل السلوكية، والكثير منهم لديهم درجة من درجات التخلف الفكري.

مقياس التشخيص:

¹ رائد خليل لعبادي، التوحد، ط1، مكتبة المجتمع العربي، عمان، الاردن، 2006، ص 102.

² محمد السيد عبد الرحمان وآخرون، رعاية الأطفال التوحدين، ط1، درا السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة، 2000، ص 53.

أ- على الأقل ستة بنود من المجموعات 1، 2، 3، ويكون على الأقل بندين من (1)
وبند من كلاً من (2،3).

1- ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي (على الأقل بندين)

- الضعف الشديد في استخدام الكثير من سلوكيات التواصل غير اللفظية كالتفاعل النظري، تعبيرات الوجه، وضع الجسم، الإيماء والإشارة.
- عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه.
- قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب لعبة ما، أو إحضارها أو الإشارة عليها).
- نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والانفعالات مع المجتمع حوله.

2- الضعف الكيفي والنوعي في التواصل (بند واحد على الأقل).

- تأخر أو نقص المقدرات اللغوية (مع عدم تعويضها باستخدام طرق التواصل الأخرى كالإشارة مثلاً).
- في حال المقدره على الكلام ، عدم القدرة على البدء في الحديث مع الآخرين واستمراره.
- الحديث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام ، وقد يكون للطفل لغته الخاصة به.
- نقص القدرة على تنوع اللعب أو التظاهر بالقيام به ، وكذلك نقص القدرة على محاكاة وتقليد

- الآخرين في لعبهم ، أو القيام بألعاب من هم في سنه.

3- اهتمامات ونشاطات نمطية مكررة (بند واحد على الأقل)

- الانهماك الكامل مع لعبة معينة ، واللعب بها بطريقة نمطية مكررة ، وفي نطاق ضيق محدود ، وبدرجة غير طبيعية من حيث التركيز والشدة.

▪ مقاومة تغيير الرتابة.

▪ نمطية وتكرار الحركات الجسمية (ررفة اليدين والأصابع ، حركة الجسم المتكررة).

▪ الإصرار على الانهماك الكامل مع جزء صغير من اللعبة.

ب. تأخر أو نقص التفاعل غير الطبيعي ، (ويبدأ تحت سن الثالثة) على الأقل بند من هذه

المجموعة

▪ التفاعل الاجتماعي.

▪ اللغة كوسيلة للتواصل الاجتماعي.

▪ اللعب المنطقي والتخيلي .

3-2- اضطراب ريتز Rett's disorder : 1

هذه الحالة تحدث للبنات فقط ، وفي هذه الحالة يكون هناك تطور طبيعي حتى عمر 6-18 شهراً، ثم يلاحظ الوالدين تغيراً في سلوكيات طفلهم مع تراجع التطور أو فقد بعض القدرات المكتسبة خصوصاً مهارات الحركة الكبرى مثل الحركة والمشي، ويتبع ذلك نقص ملاحظ في القدرات مثل الكلام، التفكير، استخدام اليدين، كما أن الطفل يقوم بتكرار حركات وإشارات غير ذات معنى ، وهذه تعتبر مفتاح التشخيص، وتتكون من هز اليدين وررفتتها ، أو حركات مميزة لليدين.

¹ أحمد سالم النجار، التوحد واضطراب السلوك، ط1، دار أسامة للطبع والنشر، عمان، الأردن، 2006، ص 90.

مقياس التشخيص:

كل البنود التالية

▪ حمل وولادة طبيعيين.

▪ تطور ونمو حركي نفسي طبيعي خلال الخمسة أشهر الأولى من الحياة.

▪ محيط الرأس طبيعي عند الولادة.

حصول البنود التالية بعد مدة من التطور الطبيعي:

▪ تباطؤ نمو محيط الرأس في العمر بين 5- 24 شهرا .

▪ فقد القدرات المكتسبة لحركة اليدين في العمر بين 5-30 شهراً ، مع حدوث حركات

نمطية متكررة مثل رفرفة اليدين.

▪ فقد الترابط الاجتماعي المكتسب في مدة سابقة) عادة التفاعل الاجتماعي تتكون بعد

هذا العمر.

▪ ظهور مشية غير ممتزجة ، أو ظهور حركات جسمية غير طبيعية.

▪ النقص الشديد في تطور اللغة الاستقلالية والتعبيرية، مع وجود التخلف النفسي

والحركي.

اضطراب أسبيرجر **Asperger`s disorder**:¹

هو أحد اضطرابات التطور، عادة ما يظهر في وقت متأخر عن التوحديين أو على الأقل يتم

اكتشافه متأخراً، ويتميز بالتالي:

¹ كوتر حسن عيسلة، التوحد، ط1، دار الصفاء، عمان، 2006، ص 73.

▪ نقص المهارات الاجتماعية.

▪ صعوبة في التعامل الاجتماعي.

▪ ضعف التركيز والتحكم.

▪ محدودية الاهتمامات.

▪ وجود ذكاء طبيعي:

الكثير من أطفال التوحد لديهم نقص في القدرات الفكرية ، ولكن مستوى الذكاء في هذا النوع من الأطفال يكون عادياً أو فوق العادي ، لذلك فإن البعض يطلقون على هذا النوع مسمى

التوحد عالي القدرات . " High Functioning Autism "

▪ لغة جيدة في التخاطب والقواعد:

في هذا النوع لا يكون هناك تأخر في المهارات اللغوية ولكن قد يكون هناك صعوبة في فهم

الأمر الدقيقة في المحادثة والتي تحتاج إلى تركيز وفهم دقيق ، كالدعابة والسخرية.

مقياس التشخيص:

أ- ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي (بندين على الأقل)

▪ ضعف شديد في استخدام السلوكيات غير اللفظية (التواصل النظري، تعبيرات الوجه،

حركة الجسم ، الإيماء والإشارة).

- عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه في نفس المستوى العمري .
 - قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب لعبة ما أو إحضارها أو الإشارة عليها.
 - نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والانفعالات مع المجتمع حوله.
- ب- سلوكيات نمطية متكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والنشاطات (بند واحد على الأقل)**

- القيام بالانهماك الكامل في واحدة أو أكثر من الاهتمامات النمطية غير الطبيعية في حدتها أو تركيزها.
 - الحرص على الرتابة ورفض تغيير الطقوس
 - تكرار الحركات الجسمية بطريقة مميزة (ررفة الأصابع أو اليدين ، التواء الذراعين أو الجسم ، حركة معقدة للجسم)
 - الانهماك الكامل والمستمر مع جزء من لعبة.
- ج- الاضطرابات تؤدي إلى ضعف محسوس طبياً في مهام وظيفية مهمة كالعلاقات الاجتماعية أو العمل**
- د- عدم وجود نقص عام ملاحظ طبياً في القدرات اللغوية (كلمة واحدة في عمر السنتين، التواصل اللغوي في عمر الثلاث سنوات).**

الفصل الثاني = اضطراب التوحد

هـ- عدم وجود نقص عام ملاحظ طبيياً في القدرات الإدراكية والمعرفية، قدرات مساعدة النفس، السلوك التكيفي (ما عدا التفاعل الاجتماعي)، الفضول حول البيئة المحيطة به مقارنة بمن هم في عمره.

و- مجموعة الاضطرابات غير مشخصة كانفصام الشخصية أو أحد أسباب اضطرابات التطور العامة الأخرى .

3-4- اضطراب التحطم الطفولي Childhood Disintegrative Disorder¹:

- حالة نادرة.
- يمكن تشخيصها إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأوليتين من العمر.
- تبدأ الأعراض قبل سن العاشرة من العمر حيث يلاحظ تراجع الكثير من الوظائف (كالقدرة على الحركة، التحكم في التبول والتبرز، المهارات اللغوية والاجتماعية).

مقياس التشخيص:

أ- تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأوليين من العمر مع وجود نمو طبيعي يتوافق مع عمر الطفل:

¹ عبد الله محمد الصبي، التوحد وطيف التوحد، ط1، الرياض، 2003، ص 79.

▪ للتواصل اللفظي وغير اللفظي.

▪ العلاقات الاجتماعية.

▪ اللعب.

▪ سلوكيات التكيف.

ب - فقد المهارات المكتسبة التالية قبل سن العاشرة من العمر (على الأقل بندين مما يلي)

:

▪ اللغة الاستقبالية والتعبيرية.

▪ المهارات الاجتماعية أو سلوكيات التكيف.

▪ التحكم في البول أو البراز.

▪ اللعب.

▪ المهارات الحركية

ج - عمل غير طبيعي (بندين على الأقل مما يلي):

1- ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي:

▪ ضعف السلوكيات غير اللفظية

▪ عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه

▪ ضعف التواصل الانفعالي والاجتماعي

2- ضعف نوعي وكيفي في التواصل الاجتماعي

▪ تأخر أو نقص اللغة الكلامية

- عدم القدرة على ابتداء الحديث وإستمراريته.
- نمطية وتكرار الحديث.
- نقص القدرة على تنوع اللعب.
- سلوكيات نمطية مكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والنشاطات ، بما فيها نمطية الحركات الجسمية المتكررة.

4- أعراض التوحد¹:

هناك أعراض بسيطة وهناك أعراض شديدة وهناك تفاوت في الشدة والتأثير، ونادرا ما نجد توفر كل أعراض التوحد في طفل واحد ومن الممكن أن نلخص أعراض التوحد على شكل نقاط مهمة ودقيقة وهي:

- يميل إلى العزلة والوحدة ويرفض التعامل مع الآخرين .
- اللعب بمفرده ولا يهتم بالأطفال من عمره .
- اللعب لديه عبارة عن لعب متكرر ونمطي ورتيب ويقاوم ويثور بشدة عند محاولة تغيير اللعب.
- يتجاهل من يحيطون به حتى يتصوروا بأنه اصم (لا يسمع) .
- يستعمل كلمات غير مفهومة أو صمت تام .
- تأخر الحواس (الشم، اللمس، التذوق).
- لا يستعمل النظر بالعين لما حوله ولا يدقق في نظر الأشياء والجدران واللوحات .

¹ محمد علي كامل، التوحد الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج، ب ط، مركز الاسكندرية للكتاب، 2002، ص 55.

▪ التناقض في الخوف (أشياء تسحق الخوف لا يخاف منها، وأشياء لا تسحق الخوف شديد الخوف منها).

▪ الصراخ والبكاء المستمر وبدون سبب .

▪ الضحك والابتسامة وبدون سبب.

▪ لا يستجيب لإسمه عند مناداته .

▪ كثيرا ما يتجول في المنزل بدون هدف او طالبا لحاجة .

▪ البعض يميل إلى ترديد ما يسمع (بصورة بيغائية) .

▪ لا يبدي أي حساسية للألم مهما كانت شدته .

▪ يبدي تعلقا غير مناسب بالأشياء المختلفة بل ويفضل التعلق بمثل هذه الأشياء عن التعليق بالآخرين .

▪ يجد صعوبة في التعبير عن حاجاته ويستخدم الاشارات المختلفة أو يشير بيده بدلا

من التعبير عن ذلك بالكلمات مثلا يشير إلى كوب مملوء بالماء إذا كان لا يريد أن

يشرب أو يأخذ بيد شخص من العائلة نحو ذلك الشيء الذي يريده .

▪ قد يبدي نشاطا جسميا مفرطا .

▪ يصر على أن تبقى الاشياء كما هي دون حدوث أدنى تغيير بها أو بوضعها كما

يقاوم أي تغيير للحق بالروتين المعتاد .

▪ لا يفضل الطفل التوحيدي أن يقوم شخص آخر بعناقه أو ملامسته جسديا .

▪ يقوم الطفل بتدوير أغلب الأشياء التي يمسك بها .

▪ لا يبدي أي استجابة لأساليب التعلم العادية كتلك التي يستخدمها لتعليم الأطفال (القراءة والكتابة مثلا).

5- أسباب التوحد :

نظرا إلى أن اضطراب التوحد من الألغاز المحيرة التي استقطبت اهتمام الكثير من العلماء, بحكم تباين خصائصه وعدم معرفة أسبابه الحقيقية , فقد ظهرت على مدى السنوات الماضية محاولات عديدة لتغيير أسباب هذا الاضطراب وكل من تلك التغييرات تعبر عن وجهات نظر أصحابها, وتخصصاتهم واهتماماتهم.

وكثيرا من البحوث استنتجت عدم امكانية وجود مسبب واحد لأنه يمكن أن يكون هناك عوامل حيوية تسهم في حدوثه، جنبا إلى جنب مع العوامل النفسية، ويمكن القول أن ما تم التطرق إليه بوصفها أسباب - رغم كثرتها هي ليست في طبيعتها سوى افتراضات واحتمالات غير مؤكدة تماما ولم تثبت صحتها حتى الآن. ولعل السبب في وجود صعوبة في معرفة الأسباب يرجع إلى عدم الاتفاق بين المختصين على طبيعة الإصابة ومميزات التوحد واضطرابات التطور العامة¹.

5-1- الفرضية النفسية 2:

خلال فترة الخمسينيات وحتى السبعينيات من القرن العشرين كان أنصار مدرسة التحليل النفسي وأنصار التعلم بوجه عام، يؤمنون بأن التوحد يحدث بسبب عوامل نفسية بالدرجة الأولى " فليو كانر" عام 1990م كان يقول بأن ممارسات الوالدين غير المنسقة أو

¹ ماجد السيد علي عمارة: إعاقة التوحد، ط1، مكتبة زهرة الشرف، القاهرة، 2005، ص 41.

² فهد بن حمد المغلوث، مرجع سابق، ص 43.

الفصل الثاني = اضطراب التوحد
غير المترابطة في رعايتهم لأبنائهم وكذلك البرود العاطفي. وهذا ما يوافق عليه " برونو بيتلهم " Brun Bettelhiem الذي يرى أن آباء الأطفال التوحدين باردون وقاسون ولديهم عدائية لاشعورية تجاه طفلهم التوحدي ولعل فرضية ما يسمى بالام الثلاثية دليل على هذه المزاعم التي تلاشت اليوم ولم يعد لها أي مصداقية .

وهذه المزاعم التي كان يؤمن بها أصحابها نراها أيضا فيما اقترحه العالم السلوكي " فيرستن " Freston الذي يقول : أن السلوك التوحدي في الأطفال يحدث بسبب عجزهم عن الحصول على الاهتمام والتعزيز من قبل والديهم على سلوكهم الاجتماعي الملائم، وفي نظره - أي فيرستن - أن الطريقة الوحيدة التي يختلف بها الطفل التوحدي عن الطفل العادي هي كمية الانتباه والاهتمام التي يتلقاها الطفل من والديه على هذا السلوك " فيرستن " شأنه شأن " كانر " وغيره يقدمون تفسير نفسيا لاضطراب التوحد .

5-2- الفرضية البيولوجية :

وتتحصر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة او اثناءها او بعدها، وتعني بذلك إصابة الام باحد الأمراض المعدية أثناء الحمل، أو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل : نقص الأكسجين أو عوامل سيئة أخرى وهي تعرض الأم للنزف قبل الولادة أو تعرضها لحادثة أو كبر سنها، كل هذه العوامل قد تكون سببا في حالة التوحد .

هناك العديد من المؤشرات الدالة على الإصابة بالتوحد تحدث نتيجة عوامل بيولوجية واهم تلك المؤشرات حسب ما يشير إليه (الحمدان، 1424هـ) هو أن الإصابة بالتوحد غالبا

ما تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية أو مشكلات صحية محددة مثل الصرع

ولكن قد يكون هناك عدم قبول للنظرية البيولوجية عندما لا يجد سبب طبي أو إعاقة

عقلية يمكن أن يعزى لها السبب .¹

3-5-الفرضية الوراثية أو الجينية :

لقد أثبتت بعض الدراسات أن هناك ارتباطا بين التوحد وشذوذ الكروموزومات

وأوضحت هذه الدراسات أن هناك اتصالات ارتباطيه وراثية مع التوحد . وهذا الكروموزم

يسمى Fragile x شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلي. كما أن له أثرا أساسيا

في حدوث مشكلات سلوكية مثل : النشاط الزائد والانفجارات العنيفة والسلوك الاناني ويظهر

عند الفرد الذي لديه x.f تأخر لغوي شديد وتأخر في النمو الحركي ومهارات حسية فقيرة

وهذا الكروموزوم يكون شائعا بين البنين أكثر من البنات .²

4-5- فرضية الفيروسات والتطعيم :³

أوجد العلماء علاقة بين إصابة الأم ببعض الإلتهابات الفيروسية وإصابة طفلها

بالتوحد ومن هذه الإلتهابات هي: الحصبة الألمانية، وتضخم الخلايا الفيروسي، والتهاب

الخلايا الفيروسي.

¹ نايف بن عابد بن ابراهيم، قنمة تقدير السلوك التوحدي، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن، 2007، ص 33.

² فهد بن حمد المغلوث، ص 46.

³ أحمد سالم النجار، مرجع سابق، ص 50.

الفصل الثاني = اضطراب التوحد

ويرى البعض أن التطعيم قد يؤدي إلى الأعراض التوحدية بسبب فشل الجهاز المناعي في إنتاج المضادات الكافية للقضاء على فيروسات اللقاح ما يجعلها قادرة على إحداث تشوهات في الدماغ، ولكن لم تعتمد هذه الفرضية من قبل المراكز العلمية .

5-5- الفرضيات البيوكيميائية:

وتفترض حدوث خلل في بعض النواقل العصبية مثل (السيرونيين والدوبامين، والبيبتيدات العصبية) حيث أن الخلل البيوكيميائي في هذه النواقل من شأنه ان يؤدي إلى آثار سلبية في المزاج والذاكرة وافراز الهرمونات وتنظيم حرارة الجسم وإدراك الألم .¹

5-6- الفرضية الأيضية :

وتشير هذه الفرضيات إلى أن عدم مقدرة الأطفال التوحديين على هضم البروتينات وخصوصا بروتين الجلوتين الموجود في القمح والشعير ومشتقاتها، وكذلك بروتين الكازين الموجود في الحليب، يؤدي إلى ظهور البيبتيد غير المهضوم والذي يصبح له تأثير تخديري يشبه تأثير الافيون والمورفين .²

6- خصائص التوحد :

وصف التوحد بأنه إعاقة نمائية تظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل . حيث يؤثر التوحد سلباً على الطفل في مجال الحياة الاجتماعية والتواصل، إذ يواجه الأطفال المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي

¹ عادل جاسب شبيب، الخصائص النفسية والاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، رسالة ماجستير، 2007، ص 59.

² سهام علي عبد الغفار عليه، فعالية كل من برنامج ارشادي للأسرة وبرنامج التدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من اعراض التوحد، رسالة ماجستير، 1999، ص 63.

الفصل الثاني = اضطراب التوحد
وصعوبات في الأنشطة الترفيهية والتخيل . وكذلك يظهر المصابون بالتوحد سلوكاً متكرراً
بصورة غير طبيعية مثل الرفرفة بالأيدي وهز الجسم والارتباط ببعض الأشياء والتأخر في
اكتساب اللغة.

عادة ما تظهر الأعراض المرضية بعد إكمال الطفل السنة الثانية من العمر وبشكل
تدريجي ومتسارع، ويقل بدء حدوثه بعد الخامسة من العمر، ولكن بعض العائلات لاحظت
وجود تغيرات سلوكية لدى أطفالهم في عمر مبكر بعد الولادة.

وفي أغلب الدراسات تشير إلى أهم الخصائص التي تميز التوحد وهي كما يلي:

6-1- إعاقه في التفاعل الاجتماعي (Impairment of Social Interaction) .

من أهم الأمور المميزة للأطفال والأشخاص المصابين بالتوحد هو أنهم لا يستطيعون
تطوير العلاقات الاجتماعية التي تتناسب وأعمارهم. أن الخاصية الأساسية للتوحد تتمثل في
اختلال الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي، وكذلك يوصف الأطفال التوحديون بأن لديهم
إعاقه في تطوير واستخدام السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري والمتعارف عليه ،
والذي يسهل الحياة اليومية للأفراد التوحديين.

كما أن الأطفال التوحديين يفضلون البقاء لوحدهم ولا يرغبون في الاحتضان أو الضم
ويظهرون اللامبالاة للوالدين.

وكذلك يتميز الطفل التوحدي بعدم فهم مشاعر الآخرين . مثلاً لا يستطيع الطفل أن
يتفاعل مع أمه عندما يراها تبكي أو حزينة مثل الأطفال العاديين . ويعود عدم التفاعل العاطفي

الفصل الثاني إضطراب التوحد
لعدم قدرتهم على تبادل المشاعر أو العجز في فهم الطبيعة التبادلية في عملية التفاعل الاجتماعي.

أما لعب الطفل التوحدي فهو أيضاً يعاني من مشاكل في اللعب التخيلي ، ولا تمتاز لعبهم بالابتكار أو التجديد مثال يلعب الطفل التوحدي بمجموعة سيارات من خلال صفها بخط مستقيم .

وتعتبر عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي من أهم الخصائص السلوكية كمؤشر على الإصابة بالتوحد . وتلك الخصائص يمكن ملاحظتها في جميع المراحل العمرية.
وعادة الاطفال التوحديين لا يرفعون أيديهم لوالديهم من أجل حملهم كما يفعل أقرانهم ويظهرون غير مباليين وبدون عاطفة .. وقليلاً ما يظهرون أي تعبيرات على الوجه ، ونتيجة لذلك يعتقد الوالدان بأن طفلهم أصم ، وعادةً ما تبدأ مراجعة ذوي الطفل بشكوى الصمم.
ومن أبرز مشاكل التفاعل الاجتماعي عدم استطاعتهم إقامة علاقات اجتماعية والمحافظة عليها . حيث يلاحظ أنه ينسحب من الكثير من أشكال التفاعل والتواصل الاجتماعي ، مما يؤدي إلى صعوبة في تكوين وإقامة علاقات اجتماعية ، كما أن الطفل التوحدي لا يتضايق من بقاءه لوحده.

6-2- إعاقه في التواصل (Impairment of Communication) :¹

يوصف الأطفال التوحديون بأن لديهم مشكلات في التواصل سواء أكان لفظياً أم غير لفظي ، كما يوجد لديهم تأخر أو قصور كلي في تطوير اللغة المنطوقة، وتعتبر الخصائص

¹ محمد عدنان عليوات، الأطفال التوحديون، ب ط، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص 62.

الفصل الثاني = اضطراب التوحد

الكلامية لديهم شاذة مثل طبقة الصوت والتنغيم والإيقاع ونبرة الصوت وتوصف اللغة القواعدية لديهم بأنها تكرارية أو نمطية مثل تكرار كلمات أو جمل مرتبطة في المعنى، ولغتهم لها خصوصية غريبة بحيث لا يفهم عليهم إلا الأشخاص الذين يألّفونهم مثل الأم والأب والمعلم . ومن الأمور التي تعتبر مشكلة لديهم أن فهم اللغة عندهم متأخراً جداً وهناك مشاكل شديدة في التواصل حيث أن 50 % من الأطفال التوحديين لا يكتسبون كلاماً مفيداً ويظهرون الصم والبكم لبعض الكلمات . وكذلك فإن 25 % منهم يستطيعون الكلام ويكون تواصلهم غير عاد حيث يكرر بعض الكلام، ويوجد لديهم أيضاً صعوبة في استعمال الضمائر فمثلاً لا يقول إنا أريد أن اشرب، ويقول عامر يريد ان يشرب ، ومثلاً تقول له مرحبا اسمي عامر ، ما هو اسمك ؟ فيقول : عامر ما هو اسمك .

كما أن بعض الأطفال التوحديين الناطقين يكون التواصل اللفظي عندهم غير عاد فقد يكرر الأطفال الكلمات التي يعرفونها بشكل غير وظيفي وهذه الحالة تسمى المصاداه الكلامية (Echolalia) وهذا التردد المرضي للكلام لا يساعد الطفل على استخدام الكلام بسياقات أو مواقف اجتماعية وتفاعلية مختلفة .

6-3- السلوك النمطي والاهتمامات والنشاطات المقيدة) Restricted Behavior

.Interests

(Activities

من الخصائص المهمة التي تظهر بشكل واضح ومتكرر في التوحد والاضطرابات

التوحدية، الانهماك بأشياء ضيقة المدى ومحدودة وفريدة ، نذكر منها:

أ - السلوك النمطي:

من الأشياء الملاحظة والغريبة قيام أطفال التوحد بعمل حركات متكررة وبشكل متواصل بدون غرض أو هدف معين، وقد تستمر هذه الحركات طوال فترة اليقظة، وعادةً ما تختفي مع النوم، مما يؤثر على اكتساب المهارات ، كما يقلل من فرص التواصل مع الآخرين، ومن أمثلتها : اهتزاز الجسم، ورفرفة اليدين، فرك اليدين تموج الأصابع، لف الأشياء الدائرية، طقطقة أمام أعينهم وغيرها من السلوكيات النمطية المختلفة، كما أن أغلب الأشخاص المصابين بالتوحد يقومون بشكل متكرر بسلوكيات مقيدة لا ترتبط بهدف واضح.

ب - السلوك الروتيني:

يقوم معظم الأطفال وبشكل طقوسي لساعات عديدة بلعبة محددة ، يقاومون التغيير بشكل كبير. ويتجسد السلوك الروتيني مثلاً بموعد الطعام والحمام واللباس وكذلك الروتين في ترتيب الغرفة ويوجد لديهم مقاومة شديدة للتغيير الذي يحدث في البيئة ، كما يحافظون بشكل كبير على التماثل .

ج - الاهتمام بأشياء محددة جداً :

الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد يتضايقون من تغيير البيئة المحيطة بهم حتى أدنى تغيير، ويرفضون تغيير رتبة اللعب . هذا الرفض قد يؤدي إلى الثورة والغضب، كما إنهم يرتبون ألعابهم وأدواتهم في وضع معين ويضطربون عند تغييره ويقاومون تعلم أي نشاط أو مهارة جديدة ويظهر الطفل اهتماماً بشي معين، كعلبة فارغة مثلاً موجودة في مكان معين وبوضوح معين، وقد ينظر إليها أو يلعب بها بطريقة معينة وبشكل متكرر ممل، وعند تغيير

الفصل الثاني إضطراب التوحد
وضعها أو اختفائها فإن الطفل الهادئ قد يتحول إلى شعلة من الغضب والصراخ ، وقد ينتهي
الوضع بإعادة اللعبة إلى وضعها مرة أخرى.

بعض الأهل يلاحظون أن طفلهم التوحدي يتعود على كوب و صحن معين، ويرفض
تغييره، بل انه ينفعل عند عدم وجوده.

ويهتم الطفل التوحدي بأشياء محددة تؤدي إلى إيجاد صعوبة في عملية التعلم والتفاعل
الاجتماعي، فمثلاً قد يهتم الطفل في لعبة ما ويحملها معه أينما ذهب ، أو يهتم الطفل بعد
جميع أعمدة الإنارة الموجودة بالشارع أو الاهتمام بمواضيع معينة مثل المشاهير حيث يقوم
بجمع كل التفاصيل المتعلقة بحياتهم وتحركاتهم¹.

7- تشخيص التوحد :²

من الأمور المهمة والصعبة في التوحد هي عملية التشخيص بسبب ما يحمله هذا
المرض من تعدد الأعراض واختلافها وتداخلها مع اضطرابات أخرى إذ أصبحت عملية
التشخيص مسألة صعبة ومعقدة ويجب أن يكون التشخيص من قبل فريق متخصص متكامل
يتكون من (طبيب أطفال، طبيب اختصاص نفسية، اختصاص في علم النفس، اختصاص
اختبارات، اختصاص سمع وتخاطب)، وقد يحتاج إلى بعض الاختصاصات مثل: طبيب
أعصاب أو محلل نفسي أو طبيب أطفال تطوري .

¹ سهى أحمد أمين: الاتصال اللغوي للطفل التوحدي، ب ط، دار الفكر، الاردن، عمان، 2002، ص 112.

² عبد الرحمان سيد سليمان، محاولة لفهم إعاقة التوحد، ط1، مكتبة الزهراء للنشر، القاهرة، مصر، 2000، ص 83.

ويبقى التشخيص بعيدا عن المختبرات ومواد التحليل والأشعة بل معتمدا على المراقبة والملاحظة لسلوك المصاب في العيادة الخاصة والمنزل وإجراء بعض الاختبارات وتخطيط السمع وغيرها لكي يكون التشخيص شامل ودقيق من أجل معرفة درجة الإصابة ونوع العلاج والتدريب الذي يحتاجه المصاب ونظرا لكثرة الأعراض المرضية في التوحد ولتشابه بعض هذه الأعراض ووجودها في حالات مرضية أخرى .

فقد قامت جمعية طب النفس الأمريكية بوضع قاعدة عامة للتشخيص (سنة 2000) وتعتبر

محكات الجمعية من أفضل محكات التشخيص قبولاً في الأوساط العيادية والتربوية .

وتحتوي هذه القاعدة على 12 عرضاً مرضياً على ثلاث مجموعات ويشترط في

التشخيص وجود ما لا يقل عن ستة أعراض على الأقل من المجاميع الثلاثة وفي دراسات

ومدارس أخرى هناك قواعد مختلفة للتشخيص كما أن بعض الأعراض قد يكون عدم وجودها

طبيعي .

7-1- اضطراب العلاقات الاجتماعية :

- عدم الإحساس أو الإدراك بوجود الآخرين .
- عدم طلب المساعدة من الآخرين في وقت الشدة أو طلبها بطريقة غير طبيعية .
- انعدام أو نقص القدرة على المحاكاة.
- انعدام التواصل واللعب مع الآخرين أو القيام بذلك بطريقة غير طبيعية .
- عدم القدرة على بناء صداقات مع أقرانه .

7-2- اضطراب التواصل والتخيل :

- عدم وجود وسيلة للتواصل مع الآخرين .
- اضطراب في التواصل غير اللغوي .
- عدم وجود القدرات الابداعية .
- اضطرابات شديدة في القدرة الكلامية .
- اضطراب في نوع ومحتوى الكلام مثل ترديد ما سبق قوله .
- عدم القدرة على البدء أو إكمال الحوار مع الآخرين .

7-3- محدودية النشاط والمشاركة مع الآخرين :

- نمطية حركة الجسم .
- الانهماك الكامل مع اللعبة .
- مقاومة تغير البيئة المحيطة به .
- الحرص على الرتبة بدون سبب .
- محدودية النشاط والانهماك الكامل في نشاط ضيق محدود .

8- علاج التوحد :

8-1- 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 تنوع أساليب التعليم .
- مراعاة أن يكون الوالدين جزء من القائمين بالتدخل .¹

8-2- أساليب التدخل العلاجي والتأهيلي : 2

تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب التوحد ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضا 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 الحماية الغذائية .

¹ ابراهيم عبد الله فرج: التوحد (الخصائص والعلاج)، ب ط، دار وائل للنشر والتوزيع، 2004، ص 79.

² محمد السعيد بو حلاوة، العمل مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات الاجتماعية والتواصلية الاخرى، ب ط، كلية التربية، الاسكندرية، ص 62.

ولكن بالرغم من ذلك يجب التأكيد على أنه لا يوجد طريقة أو علاج أو أسلوب واحد يمكن أن ينجح مع الأشخاص التوحدين كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج طفل واحد .

أولاً : أساليب التدخل النفسي:

حاول ليوكانر (Leo Kanner (1943 وهو أول من أكتشف اضطراب 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 الأساليب النفسية في علاج التوحد وقد اعتمدت هذه الاخيرة النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل و الانفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم. ويركز العلاج النفسي على أهمية أن يجبر الطفل لإقامة علاقات نفسيه 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.

ومن رواد هذا النوع من العلاج نجد ميلانى كلاين Melany Klien و برونوبتهيلم Betteelheim ومرشانت Merchant وقد تحمسوا للأسلوب النفسي في علاج التوحد وأشاروا 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

الفصل الثاني إضطراب التوحد
قيمة محدودة ويمكن أن يكون مفيداً للأشخاص التوحديين ذوي 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 السلوكي¹ :

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.

¹ Mary lynch Barbera، les technique d'apprentissage du comportement nerbal، paris، p (23-30)

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

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

أنواع التدخلات العلاجية السلوكية:

تتعدد التدخلات العلاجية السلوكية منها :

- 1- برنامج لوفاس (YAP) Young Autistic Program
 - 2- برنامج معالجة وتعليم الذاتيين وذوى إعاقات التواصل (TEACCH)
 - 3- التدريب على المهارات الاجتماعية (SST) Social Skills Training
 - 4- برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS)
 - 5- العلاج بالحياة اليومي (مدرسة هيجاش) Daily Life Therapy DLT
 - 6- التدريب على التكامل السمعي (ALT) Auditory Integration Training
 - 7- العلاج بالتكامل الحسي (SIT) Sensory Integration Therapy
 - 8- التواصل الميسر : (FC) Facilitated Communication
 - 9- العلاج بالمسك أو الاحتضان : (HT) Holding Therapy
 - 10- العلاج بالتدريبات البدنية : (PE) Physical Exercise
 - 11- التعليم اللطيف : (GT) Gentle teaching
 - 12- العلاج بالموسيقى : (MT) Music Therapy
- 1- برنامج لوفاس (YAP) LOVAAS Young Autistic Program :

الفصل الثاني = اضطراب التوحد

هو برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين للدكتور إيفار لوفاس (Ivar Lovaas) وهو دكتور نفساني وبدأ رحلته في عالم التوحد في أواخر الخمسينات من القرن العشرين، وقد بنى تجاربه على نظرية تعديل السلوك . ويعتبر أول من طبق تقنيات تعديل السلوك في تعليم الأشخاص التوحديين . ويقوم هذا البرنامج على التدريب في التعليم المنظم والتعليم الفردي بناء على نقاط القوة والضعف لطفل وإشراك الأسرة في عملية التعليم. ويقبل الأطفال الذين شخّصت حالاتهم باضطراب التوحد ويعتبر العمر المثالي لابتداء البرنامج من سنتين ونصف إلى 05 سنوات وتكون درجات الذكاء أعلى من 40% ولا يقبل من هم أقل من ذلك، وقد يقبل لهذا البرنامج من هم في عمر 06 سنوات إذا كانت لديه المقدرة على الكلام.

ويتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود 40 ساعة أسبوعياً أي بمعدل 08 ساعات يومياً، حيث يبدأ الطفل في بداية الالتحاق بالتدريب لمدة 20 ساعة وتزداد تدريجياً خلال الشهور القادمة حتى تصل إلى 40 ساعة أسبوعياً.

ومن اساليب التعلم وأكثرها استخداماً لدى " لوفاس " التعزيز والتعليم من خلال المحاولات المنفصلة وبناء على ملاحظات لوفاس حول زيادة السلوك المرغوب بعد الحصول على التعزيز كثف برنامج " لوفاس " من استخدام المعزز ليس فقط للحد من السلوك السلبي بل ليزيد أيضاً من إمكانيات التعلم والتدريب للمهارات المختلفة.

حيث يحصل الطفل على شيء محبب له بعد قيامه بما يطلب منه مباشرة وبالكمية المناسبة للاستجابة وهذا بالطبع يشجع الطفل على الاستمرار بالتدريب والقيام بما يطلب منه.

الفصل الثاني = اضطراب التوحد

ولاستخدام المعزز قوانين وإجراءات دقيقة ومفصلة ينبغي إتباعها كي يكون التعزيز أسلوباً فعالاً. أما التعليم من خلال المحاولات المنفصلة فهو يتكون من ثلاثة عناصر أساسية:

المثير والاستجابة وتوابع السلوك، ومن خلال هذا الأسلوب يقوم المعلم بتعليم الطفل

منهجا يشمل أكثر من 500 هدف يتم ترتيبها من الأسهل للصعب¹.

حيث يعتبر السؤال الموجه للطفل مثير وإجابة الطفل استجابة وإعطاء الطفل شيء

محبب له (قطعة شكولاته) عندما تكون إجابته صحيحة تعتبر توابع السلوك وتكرار هذه

الطريقة لتعليم وتدريب الطفل على الكثير من المهارات.

ومن أهم الركائز لتطبيق برنامج "لوفاس" هي القياس المستمر لمدى تقدم الطفل في كل

مهارة وذلك من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة منها والفاشلة.

وأهم المجالات التي يركز عليها "لوفاس": (الانتباه - التقليد - لغة الاستقبال - لغة التعبير -

ما قبل الأكاديمي - الاعتماد على النفس)

ومع تقدم الطفل وتطور قدراته تزداد صعوبة الأهداف لكل مجال من المجالات السابقة

وتضاف لها أهدافا للمجالات الاجتماعية والأكاديمية والتحضير لدخول المدرسة.

تتراوح مدة الجلسة الواحدة في برنامج "لوفاس" ما بين 20-90 دقيقة للأطفال المبتدئين 15

دقيقة للأطفال المبتدئين تتخلل الجلسة استراحة لمدة دقيقة أو دقيقتين كل 10-15 دقيقة من

التدريب وحين انتهاء الجلسة أي بعد 20-90 دقيقة يتمتع الطفل باستراحة أو لعب لمدة تتراوح

ما بين 10-15 دقيقة ويعود بعدها إلى جلسة أخرى. وهكذا حتى تنتهي عدد الساعات المحددة

¹ عادل عبد الله وشريف علي حمدي: فعالية العلاج بالموسيقى، في تحسين مستوى تفاعلات الاجتماعية لأطفال التوحديين، ب ط، دار الرشاد، القاهرة، 2002، ص 48.

الفصل الثاني إضطراب التوحد
للطفل يومياً ، وقد تطول مدة الجلسات للأطفال غير المستجدين في البرنامج إلى 04 ساعات
تتخللها فترات استراحة مدتها 1-5 دقائق وتنتهي باستراحة مدتها 15 دقيقة.

2- برنامج معالجة وتعليم التوحديين وذوى إعاقات التواصل . تيتش (TEACCH)

Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children

هو برنامج تربوي للأطفال التوحديين ومن يعانون من مشكلات تواصل، وقد طوره
الدكتور (إريك شوبلر) في عام 1982 م في جامعة نورث كارولينا، ويعتبر أول برنامج تربوي
مختص بتعليم التوحديين، وكما يعتبر برنامج معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية.

هذا البرنامج له مميزات عديدة بالإضافة إلى التدخل المبكر فهو يعتمد على نظام
STRUCTURE TEACHING أو التنظيم لبيئة الطفل سواء كان في المنزل أو البيت
حيث أن هذه الطريقة أثبتت أنها تناسب الطفل التوحدي و تناسب عالمه.

من مزايا هذا البرنامج أنه ينظر إلى الطفل التوحدي كل على انفراد ويقوم بعمل برامج
تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية - العقلية - العضلية - واللغوية
وذلك باستعمال اختبارات مدروسة.

برنامج تيتش يدخل عالم الطفل التوحدي و يستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه
بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين . أيضا هذا البرنامج متكامل من عمر 03-18 سنة حيث أن

تهيئة الطفل للمستقبل و تدريبه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له عامل جدا مهم ..
لملئ الفراغ .. وإحساسه بأن يقوم بعمل منتج مفيد .. قبل أن يكون وسيلة لكسب العيش¹.

إذن البيئة التعليمية لبرنامج تيتش بيئة تعليمية منظمة تقوم على المعينات والدلائل
البصرية لكي يتمكن الطالب من التكيف مع البيئة لأنه يعاني من بعضا من هذه السلوكيات:

- التعلق بالروتين.
- القلق والتوتر في البيئات التعليمية العادية.
- صعوبة في فهم بداية ونهاية الأنشطة وتسلسل الأحداث اليومية بشكل عام.
- صعوبة في الانتقال من نشاط لآخر.
- صعوبة في فهم الكلام.
- صعوبة في فهم الأماكن والمساحات في الصف.
- تفضيل التعلم من خلال الإدراك البصري عوضا عن اللغة الملفوظة.

وتقوم البيئة التعليمية المنظمة على:

- تكوين روتين محدد.
- تنظيم المساحات.
- الجداول اليومية.
- تنظيم العمل.

¹ عادل عبد الله وشريف علي حمدي: مرجع سابق، 2002، ص 51.

■ التعليم البصري.

ويرتكز منهج "تيتش" التربوي على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات للتكيف في المجتمع ومهارات حركية والمهارات الأكاديمية.

ويشتمل البرنامج على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية ويتم التعامل مع كل منها بشكل فردي.

كما يقدم أيضاً هذا البرنامج خدمات التشخيص والتقييم لحالات التوحد وكذلك يقدم المركز القائم على هذا البرنامج وهو TEACCH Division في جامعة نورث كارولينا خدمات استشارية فنية للأسر والمدارس والمؤسسات التي تعمل في مجال التوحد والإعاقات المشابهة. ويعطى برنامج TEACCH اهتماماً كبيراً للبناء التنظيمي للعملية التعليمية Structured Learning الذي يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص التوحد.

ويعتبر أهم الوحدات البنائية القائم عليها البرنامج هي : تنظيم الأنشطة التعليمية - تنظيم العمل - جدول العمل . استغلال وظيفي متكامل للوسائل التعليمية.

وبالرغم من الانتشار الواسع الذي حققه برنامج TEACCH في العالم إلا أنه مازال في حاجة إلى إثبات فاعليته من خلال بحوث ميدانية علمية تطبيقية فلم تجرى المؤسسات والمراكز العلمية مقارنة بين فاعلية هذا البرنامج والبرامج العلاجية الأخرى¹.

¹ عادل عبد الله وشريف علي حمدي: مرجع سابق، 2002، ص 57.

3- التدريب على المهارات الاجتماعية (SST) Social Skills Training :

ويشتمل التدريب على المهارات الاجتماعية على عدد واسع من الإجراءات والأساليب التي تهدف إلى مساعدة الأشخاص الذاتويين على التفاعل الاجتماعي . ويرى أنصار هذا النوع من العلاج أنه بالرغم من أن التدريب على المهارات الاجتماعية يعتبر أمراً شاقاً على المعلمين والمعالجين السلوكيين إلا أن ذلك لا يقلل من أهمية وضرورة التدريب على المهارات الاجتماعية باعتبار أن المشاكل التي يواجهها الذاتويين في هذا الجانب واضحة وتفوق في شدتها الجوانب السلوكية الأخرى وبالتالي فإن محاولة معالجتها لأبد وأن تمثل جزءاً أساسياً من البرامج التربوية والتدريبية.

وهذا النوع من التدخلات العلاجية مبني على عدد من الافتراضات وهي:

أ - إن المهارات الاجتماعية يمكن التدريب عليها في مواقف تدريبية مضبوطة وتُعمم بعد ذلك في الحياة الاجتماعية من خلال انتقال أثر التدريب.

ب - إن المهارات اللازمة لمستويات النمو المختلفة يمكن التعرف عليها ويمكن أن تُعلم مثل تعليم مهارة كاللغة أو المهارات الاجتماعية واللعب الرمزي من خلال التدريب على مسرحية درامية.

الفصل الثاني = اضطراب التوحد

ج-إن القصور الاجتماعي Social Deficit ينتج من نقص المعرفة بالسلوكيات المناسبة ومن الوسائل التي يمكن استخدامها في التدريب على المهارات الاجتماعية القصص، تمثيل الأدوار، كاميرا الفيديو لتصوير المواقف وعرضها بالإضافة إلى التدريب العملي في المواقف الحقيقية.

وبشكل عام يمكن القول بأن التدريب على المهارات الاجتماعية أمراً ممكناً على الرغم مما يلاحظه بعض المعلمين أو المدربين من صعوبة لدى بعض الذاتيين تحول بينهم وبين القدرة على تعميم المهارات الاجتماعية التي تدربوا عليها في مواقف أخرى مماثلة أو نسيانها وفي بعض الأحيان يبدو السلوك الاجتماعي للطفل الذاتوي متكلف وغريب من وجهة نظر المحيطين به لأنه تم تعلمه بطريقة نمطية ولم يكتسب بطريقة تلقائية طبيعية.

4- برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS) Picture Exchange:

Communication 1System

يتم في هذا البرنامج استخدام صور كبديل عن الكلام ولذلك فهو مناسب للشخص الذاتوي الذي يعاني من عجز لغوي حيث يتم بدء التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه مع الشخص الآخر (الأب ، الأم ، المدرس) حيث ينبغي علي هذا الآخر أن يتجاوب مع الطفل و يساعده علي تنفيذ رغباته و يستخدم الطفل في هذا البرنامج رموزاً أو صوراً وظيفية رمزية في التواصل (طفل يأكل ، يشرب ، يقضي حاجته ، يقرأ ، في سوبر ماركت ، يركب سيارة.....الخ).

¹ أورابيه ابراهيم حكيم، دليلك للتعامل مع التوحد، ط1، المدينة للطباعة، جدة، 2003، ص 88.

الفصل الثاني إضطراب التوحد

و هذا الأسلوب يعكس أحد أساليب التواصل للأطفال الذاتويين الذين يعانون من قصور في وسائل في التواصل اللفظي و غير اللفظي، و قد نشأت فكرة هذا البرنامج عن طريق Bondy Frost في عام 1994 حيث أبتكر هذا البرنامج الذي يقوم علي استخدام الشخص التوحدي لصورة شيء يرغب في الحصول عليه و يقدم هذه الصورة للشخص المتواجد أمامه الذي يلبي له ما يرغب.

ويبنى هذا البرنامج على مبادئ المدرسة السلوكية في تطبيقاته مثل التعزيز، التلقين، التسلسل على العكسي وغيرها. ولا تقتصر فائدة برنامج PECS على تسهيل التواصل فقط بل أيضا يستخدم في التدريب والتعليم داخل الفصل.

5- برنامج العلاج بالحياة اليومي (مدرسة هيجاش): Daily Life Therapy DLT

ابتكر هذا الأسلوب من العلاج عن طريق الدكتورة Kiyoo Kitahara من اليابان ولها مدرسة في ولاية بوسطن تحمل هذا الإسم ويطلق على هذا الأسلوب اسم مدرسة هيجاش وهي كلمة باليابانية تعنى الحياة اليومية، وهذا النوع من العلاج ينتشر في اليابان ويتم بشكل جماعي، ويقوم على افتراض مؤداه أن الطفل المصاب بالذاتوية لديه معدل عالي من القلق ، ولذلك يركز هذا البرنامج على التدريبات البدنية (تدريب بدني تطلق فيه الاندروفينات Endorphins التي تحكم القلق والإحباط)، بالإضافة إلى كثير من الموسيقى والدراما مع السيطرة على سلوكيات الطفل غير المناسبة واهتمام أقل قدر بتنمية المهارات التواصلية التلقائية أو تشجيع الفردية، ولكن هذا النوع من العلاج ما زال موضع بحث ولم يتم التأكد بعد من مدى فاعليته.

6- برنامج التدريب على التكامل السمعي Auditory Integration

Training(ALT) :

وقد ابتكر هذه الطريقة (Berard 1994) و قد افترض هذا النوع من التدريب أن الأشخاص الذاتويين مصابين بحساسية في السمع (فهم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية) ولذلك فإن طريقة العلاج هذه تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات إلى آذان الذاتويين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حالة نقصها ، ويشمل الاستماع لهذه الموسيقى مدة (10) ساعات بواقع جلستين يومياً كل جلسة لمدة (30 دقيقة) وهذا النوع من التدخل يأمل أنصاره أن يؤدي إلى زيادة الحساسية الصوتية أو السمعية أو تقليلها ويؤدي ذلك إلى تغير موجباً في السلوك التكيفي وينتج نقصاً في السلوكيات السيئة . وقد أجريت بعض البحوث حول التكامل أو التدريب السمعي وقد أظهرت بعض النتائج الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث أشخاص متحمسون لهذا العلاج وتكون النتائج سلبية حينما يقوم بها أطراف معارضون أو محايدون خاصة مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمي.

يتم ذلك عن طريق الاختيار العشوائي لموسيقى ذات ترددات عالية ومنخفضة واستعمالها للطفل باستخدام سماعات الأذن، ومن ثم دراسة تجاوبه معها، وقد لوحظ من بعض الدراسات أن هذه الطريقة قد أدت إلى انخفاض الحساسية للصوت لدى بعض الأطفال وزيادة قدرتهم على الكلام، زيادة تفاعلهم مع أقرانهم ، وتحسن سلوكهم الاجتماعي.

7- برنامج العلاج بالتكامل الحسي: Sensory Integration Therapy (SIT)¹

الدمج الحسي هو عملية تنظيم الجهاز العصبي للمعلومات الحسية لاستخدامها وظيفياً ، وهو ما يعني العملية الطبيعية التي تجري في الدماغ والتي تسمح للناس باستخدام النظر ، الصوت ، اللمس ، التذوق ، الشم ، والحركة مجتمعة لفهم والتفاعل مع العالم من حولهم. على ضوء تقييم الطفل ، يستطيع المعالج الوظيفي المدرب على استخدام العلاج الحسي بقيادة وتوجيه الطفل من خلال نشاطات معينة لاختبار قدرته على التفاعل مع المؤثرات الحسية ، هذا النوع من العلاج موجه مباشرة لتحسين مقدرة المؤثرات الحسية والعمل سوياً ليكون رد الفعل مناسباً ، وكما في العلاجات الأخرى ، لا توجد نتائج تظهر بوضوح التطور والنجاحات الحاصلة من خلال العلاج بالدمج الحسي ، ومع ذلك فهي تستخدم في مراكز متعددة.

أول من بحث في هذا النوع من العلاج هي الدكتورة Jane Ayres وهذا العلاج مأخوذ من علم العلاج المهني في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل (حواس الشم ، السمع ، البصر ، اللمس ، التوازن ، التذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحديّة وهذا النوع من العلاج قائم على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها.

ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أنه ليس كل الأطفال التوحيديين يظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي كما أنه ليس هناك أبحاث لها نتائج واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحيديين.

8- برنامج التواصل الميسر: Facilitated Communication(FC)

¹ أورابيه ابراهيم حكيم، مرجع سابق، 2003، ص 93.

الفصل الثاني = اضطراب التوحد

هذه النظرية تشجع الأشخاص الذين لديهم اضطراب في التواصل على إظهار أنفسهم، بمساعدتهم جسدياً وتدريبياً ، حيث يقوم المدرب " المسهل " بمساعدة الطفل على نطق الكلمات من خلال استخدام السبورة ، أو الآلة الكاتبة أو الكمبيوتر ، أو أي طريقة أخرى لطرح الكلمات، والتسهيل قد يحتوي على وضع اليد فوق اليد للمساعدة ، اللمس على الكتف للتشجيع فالشخص المصاب باضطرابات معينة قد يبدأ الحركة ، والمساعدين يقدمون السند والمساعدة الجسمية له ، وهذا العلاج ينجح عادة مع الأطفال الذين عندهم مقدرة القراءة ولكن لديهم صعوبة في مهارات التعبير اللغوي.

فعلى سبيل المثال عند الكتابة على الكمبيوتر يقوم الميسر (الشخص المعالج) بدعم يد الشخص التوحدي أو ذراعه بينما الفرد التوحدي يستخدم الكمبيوتر في هجاء الكلمات وهذا النوع من العلاج يبنى على أساس أن الصعوبات التي تواجه الطفل الذاتوى إنما تنتج من اضطراب الحركة علاوة على القصور الاجتماعي والتواصلية وعلى ذلك فإن المساعدة الفيزيائية المبدئية عند تعلم مهارات الكتابة يمكن أن يؤدي في النهاية إلى قدرة على التواصل غير المعتمد على الميسر(الآخر) كما أن هذا الأسلوب يركز أساساً على تنمية مهارات الكتابة . وقد حظيت هذه الطريقة باهتمام إعلامي مباشر في وسائل الإعلام الأمريكية ولكن رغم ذلك لم تُشير إلى وجود فروق بين الأداء باستخدام الميسر أو الأداء المستقل بدون استخدام الميسر .¹

9- برنامج العلاج بالمسك أو الاحتضان: Holding Therapy(HT)

¹ اسامة محمد البطانية وآخرون، البرامج التربوية لتخفيف من اعراض التوحد، ط1، دار الميسر، عمان، 2007، ص94

يقوم العلاج بالاحتضان على فكرة أن هناك قلق مسيطر على الطفل الذاتوي ينتج عنه عدم توازن إنفعالي ما يؤدي إلى انسحاب إجتماعي وفشل في التفاعل الاجتماعي وفي التعلم، وهذا الانعدام في التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الأم والرضيع وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث. وهذا النوع من العلاج يتم عن طريق مسك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء بعد إطلاق حالة من الضيق وبالتالي سوف يحتاج الطفل إلي أن يهدأ وعلى المعالج (الأب، الأم، المدرس..... الخ) أن يقف أمام الطفل ويمسكه في محاولة لأن يؤكد التلاقي بالعين ويمكن أن تتم الجلسة والطفل جالس على ركة الكبير وتستمر الجلسة لمدة (45) دقيقة والعديد من الأطفال ينزعجوا جداً من هذا الوقت الطويل . وفي هذا الأسلوب العلاجي يتم تشجيع أباء وأمهات الذاتويين على احتضان (ضم) أطفالهم لمدة طويلة حتى وإن كان الطفل يمانع ويحاول التخلص والابتعاد عن والديه ويعتقد أن الإصرار على احتضان الطفل باستمرار يؤدي بالطفل في النهاية إلى قبول الاحتضان وعدم الممانعة، وقد أشار بعض الأهالي الذين جربوا هذه الطريقة بأن أطفالهم بدؤا في التدقيق في وجوههم وأن تحسناً ملحوظاً طرأ على قدرتهم على التواصل البصري، كما أفادوا أيضاً بأن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعي.

ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أن جدوى استخدام أسلوب العلاج بالاحتضان في علاج

التوحد لم يتم إثباتها علمياً.

10- برنامج العلاج بالتدريبات البدنية: Physical Exercise(PE)

الفصل الثاني إضطراب التوحد

مؤسس هذه الطريقة هو (Rinland 1988) وقد رأى أن الإثارة العضلية النشطة لعدة ساعات يومية يمكن أن تصلح الشبكة العصبية المعطلة وظيفياً ، ويفترض أنصار هذا الأسلوب أن التدريب الجسماني العنيف له تأثيرات ايجابية على المشكلات السلوكية حيث أن نسبة 48 % من (1286) فرداً من آباء الأطفال الذاتويين قد قرروا أن هناك تحسناً ناتجاً عن التمارين الرياضية حيث أنه يحسن مدى الانتباه والمهارات الاجتماعية كما يقلل من سلوكيات إثارة الذات، كما يرى بعض الباحثين أن التمارين الرياضية في الهواء الطلق تؤدي إلى تناقص هام في إثارة الذات إلى زيادة الأداء الأكاديمي

11- برنامج التعليم اللطيف 1 : Gentle teaching(GT)

أستخدم هذا النوع من العلاج بواسطة McGee في 1985 كنوع من العلاج وقد أشار إلى أنه ناجح مع الأفراد ذوي صعوبات التعلم والسلوكيات التي تتسم بالعناد وتهدف هذه الطريقة إلى تقليل سلوكيات المعاندة باستخدام اللطف والاحترام تقوم على افتراضين أساسيين هما:

- أن يتعلم المعالج الاحترام للحالة الانفعالية للطفل ويتعرف على طبيعة إعاقته بكل أبعادها.
- أن سلوكيات المعاندة أو العناد هي رسائل تواصلية قد تشير الى اضطراب أو عدم راحة أو قلق أو غضب.

12- برنامج العلاج بالموسيقى : Music Therapy (MT)

¹ طارش الشمري ، ندوة التشخيص الطبي والتقسيم النفسي التربوي، الظهران، 2002،

هذا النوع يستخدم في معظم المدارس الخاصة بالأطفال الذاتويين وتكون نتائجه جيدة فقد ثبت على سبيل المثال أن العلاج بالموسيقى يساعد على تطوير مهارات انتظار الدور king Turnta وهي مهارة تمتد فائدتها لعدد من المواقف الاجتماعية.

والعلاج بالموسيقى أسلوب مفيد وله آثار إيجابية في تهدئة الأطفال الذاتويين، وقد ثبت أن ترديد المقاطع الغنائية على سبيل المثال أسهل للفهم من الكلام لدى الأطفال الذاتويين وبالتالي يمكن أن يتم توظيف ذلك والاستفادة منه كوسيلة من وسائل التواصل. وهناك العديد من الأساليب العلاجية الأخرى ولكنها الأقل شيوعاً و انتشاراً.

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 الى 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

الفصل الثاني = اضطراب التوحد
الشخص الذاتوى أكثر قبولاً للتعلم الخاص أو للمداخل النفسية الاجتماعية، وقد تُسير عملية
التعلم وهناك العديد من العقاقير التي تُستخدم مع الأطفال الذاتويين مثل العقاقير المنبهة
Stimulant Meauiation أو منشطات الأعصاب Neuralpties أو مضادات الاكتئاب
Antidepressant والعقاقير المضادة للقلق Antianxiety Medication والعقاقير
المضادة للتشنجات . Anticpnvulsants

رابعاً : أساليب العلاج بالفيتامينات: Vitamins Treatment

أشارت بعض الدراسات إلى أن استخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسناً في
السلوكيات. فقد أجريت في فرنسا دراسة 1982 Lelard et al وأشارت نتائج الدراسة إلى أن
العلاج بفيتامين " ب 6 " ينتج عنه تحسنات سلوكية في (15) طفل ضمن عينه قوامها (44)
طفل ذاتوى، وفي دراسات أخرى قام بها 1988 Martieau et aL قررت أن خلط فيتامين
"ب 6" مع الماغنسيوم Magnesium ينتج تحسناً أفضل من استخدام فيتامين "ب" بمفرده
1.

خامساً : العلاج بالحمية الغذائية: Dietary Treatment (DT)

أشار بعض الباحثين إلى أن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية للغذاء في حياة الطفل
الذى يعانى من الذاتوية دور بالغ الأهمية.
وقد كانت Mary Callaha أول من أشار إلى العلاقة بين الحساسية المخية والذاتوية وقد
أشارت إلى أن طفلها الذى يعانى من الذاتوية قد تحسن بشكل ملحوظ عندما توقفت عن
إعطائه الحليب البقرى.

¹ بكرة معتصم ميموني، اضطراب التوحد واساليب علاجه، ب ط، ديوان المطبوعات الجامعية، 2003، ص 90.

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، الشيكولاتة، 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 والألمنيوم.¹

وفي إحدى الدراسات قام بها Rimland 1994 لاحظ فيها أن 50.40 % من الآباء الذين شعروا أن أبنائهم قد استفادوا. ويرجع السبب كما توضح الدراسة إلى عدم قدرة الجسد على تكسير بروتينات هي الجلوتين Glutem مثل القمح والشعير والكازين Casein والذي يوجد في لبن الأبقار ولبن الأم.

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

¹ بكرة معتصم ميموني، مرجع سابق، ص 92.

A decorative rectangular border with intricate, symmetrical floral and scrollwork patterns in black ink, framing the central text.

الجانب

التطبيقي

الفصل الثالث

منهجية البحث

1- التذكير لفرضيات الدراسة

2- حدود الدراسة

3- منهج الدراسة

4- أدوات الدراسة

5- عينة الدراسة

6- معايير اختيار عينة الدراسة

تمهيد :

يعمل الجانب التطبيقي من البحث على تكملة ما جاء في الجانب النظري، فهو وسيلة نقل مشكلة البحث وتوضيحها لذا تم في هذا الفصل من الجانب الميداني استعراض أهم الإجراءات المنهجية للبحث وذلك بالتطرق أولاً بالتذكير بفرضيات الدراسة ثم الحدود الزمانية والمكانية للدراسة بعد ذلك المنهج المستخدم في الدراسة مع أدوات الدراسة ثم عينة الدراسة ومعايير اختيار عينة الدراسة ثم تأتي الأساليب الإحصائية .

1-التذكير بفرضيات الدراسة :

1-1- الفرضية العامة:

الكفالة النفسية تلعب دورا فعالا في التخفيف من درجة اضطراب التوحد لدى الأطفال.

1-2- الفرضيات الجزئية:

1-1-2-1- تؤثر الكفالة النفسية للأخصائي من حدة اضطراب التوحد لدى الأطفال .

1-2-2-2-1- يؤثر المستوى الثقافي للوالدين في الكفالة النفسية لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد .

2- حدود الدراسة :

2-1- الحدود المكانية : تم إجراء الجانب التطبيقي في عيادة مختصة من طرف أخصائية أطفوننية " orthophoniste " بمدينة بوسعادة ولاية المسيلة .

2-2- الحدود الزمانية : امتدت هذه الدراسة حوالي شهرين (حصتين في الأسبوع) .

3- المنهج المستخدم:

اعتمدنا في دراستنا على المنهج الإكلينيكي (منهج دراسة حالة)، وهو أنسب منهج لأنه يهتم بتفسير الظواهر السلوكية للحالات المرضية لغرض التعرف عليها وتحديد أعراضها وأسبابها. ويستعمل في هذا المنهج جمع المعلومات والبيانات لدراسة السيرة لحالة أو أكثر وتطوراتها في الماضي والحاضر ويعتمد على الملاحظة الدقيقة لسلوك معين وتسجيل تغيراته كما ان لهذا المنهج قيمة كبيرة في تشخيص الحالات المرضية والتكفل بها وعلى هذا الأساس كان منهج وصفي تحليلي هو الأكثر ملائمة لموضوع بحثنا .

4- أدوات البحث المستخدمة:

أدوات جمع البيانات:

- **المقابلة المقننة** : المقابلة وسيلة من وسائل جمع البيانات تتسم بتفاعل لفظي يتم عن طريق موقف مواجهة يحاول فيه الشخص القائم بالمقابلة أن يستشير معلومات أو آراء أو معتقدات شخص ما للحصول على مجموعة من البيانات، وفي هذا النوع من المقابلة تم طرح بعض الأسئلة على أولياء الحالات وعلى بعض الأشخاص ذوي العلاقة بهذه الحالات بغية الوصول إلى إجابات دقيقة .

- **المقابلة المفتوحة:** وتم خلال هذه المقابلات نقاش وحوار اتسم بالمرونة والحرية، بحيث تم إتاحة الفرص للمفحوصين بالإجابة على بعض الأسئلة بشفافية وطلاقة شديدة.

الملاحظة : كانت من أهم الوسائل التي استعملناها أثناء المقابلة وأثناء تطبيق تقنيات الكفالة النفسية، نقوم بالملاحظة من الولهة الأولى التي يدخل فيها المفحوص إلى العيادة إلى نهاية الكفالة ومن بين ما نلاحظه في كفالة الحالات المصابة باضطراب التوحد هو سلوك ومدى استجابة المفحوص لتقنية الكفالة النفسية .

5- عينة الدراسة :

اقتصرت عينة الدراسة على طفلين مصابين بالتوحد يسكنون بمدينة بوسعادة ولاية

المسيلة

الطفلة الأولى كانت من مواليد 2008

والطفل الثاني من مواليد 2009

تم تشخيصهم ومتابعة الكفالة في العيادة الخاصة من قبل أخصائية أطفونية (لديها

تدريب في تشخيص التوحد).

6- معايير اختيار عينة البحث:

وقع اختيارنا على عينة البحث وفق المعايير التالية :

- أن تكون الحالات المدروسة تعاني من اضطراب التوحد.
- الحالات ذكور وإناث دون تمييز.
- متغير السن : أطفال دون التقيد بسن محدد.
- تم مراعاة المستوى الثقافي لدى الوالدين.

7- الأساليب الإحصائية :

لم نقم بأي عمليات احصائية نظرا لأن الحالة المدروسة حالة وصفية بحتة تعتمد

على الملاحظة الدقيقة والتحليل (دراسة حالة)

الفصل الرابع

عرض وتحليل النتائج

1- عرض النتائج

2- نتائج الفرضية الأولى وتفسيراتها

3- نتائج الفرضية الثانية وتفسيراتها

4- الخلاصة العامة

1- عرض النتائج :

البيانات الشخصية للحالتين :

1- الحالة الأولى:

الطفلة (اكرام . س) والدها على قيد الحياة تبلغ من العمر 5 سنوات.

الأب مهنته: طبيب عام

الأم : مهنتها : طبيبة أسنان .

عدد الاخوة : 3 ن ترتيبها في الاسرة : 4.

زمرة كل من الأب والأم: A+.

ظروف الحمل:

تعرضت الأم إلى الحمى الألمانية: لا.

كان الحمل مضطرب: لا.

كان الحمل غير مرغوب فيه : نعم .

ارتفاع درجة الحرارة للأم : نعم .

ارتفاع السكر أو الدم: لا.

تناول الأم لأدوية أثناء الحمل: لا.

مرحلة الولادة:

كانت الولادة في وقتها المناسب: نعم.

كانت الولادة عسيرة: لا كانت بشكل طبيعي.

مرحلة ما بعد الولادة:

حدوث نقص في O2 مباشرة بعد الولادة : لا .

هل كان الصراخ متأخر لدى الطفل: لا.

2- الحالة الثانية:

الطفل (أمجد . ب) والده على قيد الحياة يبلغ من العمر 04 سنوات

الأب مهنته : حارس .

الام : مهنتها: لا شيء

عدد الاخوة :02 ترتيبه في الأسرة :02.

زمرة كل من الأب والأم: O+.

ظروف الحمل:

تعرضت الأم الى الحمى الالمانية : لا .

كان الحمل مضطرب: لا.

الحمل غير مرغوب فيه: لا.

ارتفاع درجة الحرارة: لا.

ارتفاع السكر او الدم : لا .

تناولت الأم لأدوية أثناء الحمل: لا.

مرحلة الولادة:

كانت في الوقت المناسب : نعم .

كانت الولادة عسيرة: نوعا ما.

مرحلة ما بعد الولادة :

حدوث نقص O2 مباشرة بعد الولادة : نعم .

كان الصراخ متأخر: نعم.

2- نتائج الفرضية الأولى وتفسيراتها:

من خلال مقابلاتنا وملاحظتنا للأخصائية من أجل التعرف على تأثير الكفالة النفسية للأخصائي في التخفيف من حدة اضطراب التوحد تم تسجيل ما يلي : ما يقوم به الأخصائي أولاً :

1- جمع البيانات الشخصية للحالة .

2- طرح بعض الأسئلة على الأم كظروف العمل ومرحلة الولادة، وما بعد الولادة والسوابق المرضية لدى الطفل.

3- المقابلة الإكلينيكية والتي تتم مع أولياء الطفل تتضمن أسئلة للمظاهر النمائية للطفل، اللغوية والحركية والانفعالية منذ الميلاد .

4- المقابلة الإكلينيكية 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، التكرار اللفظي، الحركات النمطية، إصدار أصوات غير مفهومة .

ثم بعد ذلك يبدأ الأخصائي في :

- إجراءات التشخيص :

- قياس السمع خاصة كونه يعيق النمو اللغوي والتواصل الاجتماعي المبكر المخطط الكهربائي « EEG » يكشف عن اضطراب الدماغ كالصرع والهيجان العصبي أو خلل في وظائف الفصوص الدماغية .
- الكشف النفسي العام للطفل ودراسة محيطه والبيئة التي يعيش فيها.
- دراسة حالة الطفل بدقة وتفصيل لمعرفة وتطبيق الكفالة النفسية المناسبة بأسلوب مناسب منذ الميلاد إلى الوقت الراهن .
- بعد التأكد من أن الاضطراب الذي يعانيه الطفل هو اضطراب التوحد تبدأ إجراءات الكفالة النفسية .

إجراءات الكفالة النفسية :

- الابتعاد عن التأويلات الذاتية للأولياء أو التخوف من التشخيص (كآلية الإلغاء أو الإنكار أو الرفض).
- التعاون مع الوالدين للحصول على نتائج مرضية أكثر في أقرب وقت (تكثف الجهود).
- بعد عقد الكفالة النفسية بين الحالة والأخصائي وأسرة الحالة يقوم الأخصائي بمقابلة الوالدين بعدها جلسة نفسية أسرية الهدف منها توعية الأسرة وإعدادهم نفسياً من أجل

مواجهة هذا الاضطراب والتعرف عليه وتحديد أدوارهم بالضبط وتنظيم عدد الجلسات في الأسبوع حسب شدة الحالة .

حصص سيرورة الكفالة النفسية :

الحصّة الأولى:

يحاول الأخصائي 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 الأخصائي هدفه الأول وهو التعرف على أعضاء الجسم وذلك أن يقدم الأخصائي للطفل التوحيدي مجسم مركب مكون من مجموع أطراف الجسم (الرأس، الصدر، البطن، الذراع، اليد، الفخذ، الساق، الرجل، ...) ما يسمى بـ (le bonhomme) حيث يضع الأخصائي هذا الجسم أمام الطفل ثم كأن يأخذ الرأس مثلا ويريه له، ويقول بصوت مرتفع حتى يجذب انتباهه هذا " رأس "، هذا " صدر " ن هذا " ذراع " ... وهكذا وكل ما يأخذ الأخصائي عضو من أعضاء المجسم ليريه إياه يضعه في مكانه المناسب حتى يكمل في الأخير هذا المجسم ويعبر عن جسم الإنسان بشكل صحيح، ويعيدها الأخصائي له أكثر من مرتين (لعدة مرات) وبصوت مرتفع دائما .

ثم بعد ذلك يفكك الأخصائي هذا المجسم والهدف منه التعرف على أعضاء الجسم وإدراك الطفل التوحيدي لذاته ويطلب من الطفل أن يساعده في التفكيك قصدا حتى يثير

اهتمامه ولتقليل من فترات غيابه، يعد ذلك يطلب الأخصائي من الطفل مثلا : أن يضع الرأس في مكانه عن طريق سؤاله (أين هو الرأس، أين نضعه) ثم (الصدر ثم البطن، فالخدين ... الخ) بالترتيب حتى يكتمل في الأخير المجسم، وطبعا الطفل المتوحد هنا يجد صعوبة في بداية الأمر (صعوبة في التمييز بين الأطراف والأعضاء) يقوم الأخصائي بمساعدته فإذا لم يستطع أن يتعرف على اليدين مثلا يأخذ الأخصائي 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 الأخصائي لأحد الوالدين ويطلب منه إعادة ما قام به (بعد أن يشرح له) لعدة مرات وباستمرار في البيت وبدون انقطاع عن طريق تجسيد مجسم او بأي وسيلة كانت حتى يتمكن الطفل من التعرف على أعضاء الجسم .

الحصة الثانية :

يقوم الأخصائي بمراجعة ما تم تعلمه في الحصة الأولى حتى يتعرف على درجة التمييز التي توصل إليها الطفل بين أطراف الجسم ثم يطلب منه تفكيك المجسم وإعادة تركيبه لوحده عن طريق سؤاله : أين الرأس ؟ أين نضعه ؟ واليد والرجل... الخ .

وعندا يستطيع تركيبه وبدوره مساعدة الأخصائي يقوم الأخصائي بتعزيزه وشكره والتصفيق عليه (حيث يعود هذا إلى درجة تعاون الوالدين مع الأخصائي ...) . بعد تأكد الأخصائي من أن الطفل متمكن من التمييز بين أطراف الجسم يمر على مستوى آخر وهو

إسقاط ما تعلمته الحالة على نفسه، حيث يقوم الأخصائي بمساءلة الطفل (أين هو رأسك أنت ؟ وأين هي يدك؟ أين هو ذراعك ؟) وهكذا.

يبقى الأخصائي يسأل الطفل ويصحح الأخطاء عندما 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 (la raisonnement) في الاخير نهاية الحصة يطلب الأخصائي من الوالدين تكرار هذه التقنية في البيت بشكل مستمر حتى يدرك أعضاءه ويبني المنطق لديه .

الحصة الثالثة:

بعد تمكن الطفل من المستوى الأول الذي هو التعرف على أعضاء الجسم واطرافه ينتقل الأخصائي بالطفل إلى المستوى الثاني ولكن تبقى مراجعة واعادة وتكرار المستوى الأول مستمرة دائما لأن المستويات تخدم بعضها .

المستوى الثاني الهدف منه هو أن يستطيع الطفل المتوحد تطابق البسيط للإشكال (analogies simple des forms) كأن يضع له إشكال مختلفة ويضع أمامه لوحدة هذه الأشكال ويطلب من الطفل أن يضع كل شكل في مكانه المطابق لهذا الشكل في اللحة، قد

تكون هذه الأشكال مثلا : عبارة عن أشكال حيوانات يقوم الأخصائي أولا بتعرف كل حيوان مثال : هذه زرافة، هذه أرنب هذا قط. بعد ذلك يطلب الأخصائي 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 التماثل (analogie) وكذلك يستعمل معه مصطلح (أكبر / أصغر) مثال : (أين الحمامة الكبيرة ، أين نضعها ، أين مكانها) حتى يتمكن في الوقت ذاته من إدراك الحجم والتمييز بينها، وبعد الانتهاء من التدريب الذي يستغرق حصة كاملة على الأقل يطلب الأخصائي دائما من الوالدين إعادة هذه التقنية في البيت بشكل مستمر دائما ولعدة مرات ويذكرهم الأخصائي بأهمية العمل معه في المنزل حتى تتحقق الكفالة النفسية وأن دورهم مهم وضروري ويتسرع في إعادة تأهيله .

الحصة الرابعة :

يقوم الأخصائي بإعادة المستوى السابق بشكل سريع لتذكير فقط (التماثل البسيط للأشكال) وبعد تأكيد الأخصائي من أن الطفل قد تمكن من التماثل البسيط للأشكال، ينتقل

به الأخصائي إلى المستوى الذي يليه ألا وهو التطابق البسيط للألوان (analogie simple des couleurs) والهدف منه التمييز بين الألوان (la disiniation) .

أولاً : يعرف الأخصائي الطفل التوحدي على مجموعة الألوان (هذا أحمر، هذا أصفر، هذا أخضر) بعد ذلك يأخذ الأخصائي مجموعة من الأشكال الملونة مثل: الدوائر أو المربعات الملونة بنفس اللون مع بعضها (الأحمر مع الأحمر، الأصفر مع الأصفر).

ويعيدها لعدة مرات وبوسائل مختلفة ومتعددة ثم يطلب الأخصائي من الطفل فعل ذلك قائلاً: (أين نضع هذا اللون ؟ أين نضع اللون الأحمر؟ والأصفر ؟ وهكذا...) . وعندما يجد الطفل صعوبة وخاصة في البدائة يقوم الأخصائي بمساعدته وذلك بمسك يده ويحمل الشكل الملون في مكانه المناسب وهكذا يستطيع الطفل التمييز بين الألوان، مع التعزيز دائماً عندما يستجيب الطفل بشكل صحيح يقوم الأخصائي بالتعزيز الذي له دور كبير في الكفالة النفسية .

الحصة الخامسة:

يقوم الأخصائي بإعادة المستويات السابقة التي مرت بهم الحالة (التعرف على أطراف الجسم (le bonhomme) والتطابق البسيط للتشكل (analogie simple des

(forms والتطابق البسيط للألوان (analogie simple des couleurs) حتى يحدث ترابط وتسلسل بين المستويات.

الحصة السادسة:

يقوم الأخصائي بربط المستويين الآخرين (التطابق البسيط للأشكال والتطابق البسيط للألوان) كأن يأخذ الأخصائي مجموعة من الأشكال الملونة ويضع الأشكال الملونة بنفس اللون مع بعضها (ربط تطابق الأشكال بالألوان) من أجل بناء التسلسل المنطقي (le raisonnement) .

الحصة السابعة والثامنة والتاسعة والعاشر:

بعد تأكد الأخصائي من تمكن الحالة من المستويات السابقة ينتقل الأخصائي بعد ذلك إلى مستوى آخر مستوى اعلى يهدف إلى بناء التركيز البصري وبناء المنطق عن طريق أدوات ووسائل وتقنيات مختلفة وعديدة (la tention visuelle) و (la logique) (ومن بين هذه الادوات (la boite rythems) الذي يساهم في بناء التركيز البصري ، وكذلك (le repérage logique) بين المنطق لدى الطفل المتوحد .

الحصة 11-12-13-14 :

بعد تحسين الحالة في جانب التركيز البصري ينتقل به الأخصائي إلى مستوى آخر أعلى بهدف إلى (بناء الخيال) لأن درجة التخيل لدى الأطفال المتوحدين عموماً ضعيفة جداً

حيث يستخدم وسائل وأدوات خاصة ومن بينها (les organicubes) للوصول إلى التخيل او تقريب فكرة الخيال من الحالة .

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

بعد تمكن الطفل من كل هذه المستويات ينتقل الأخصائي إلى مستوى اعلى وهو التعرف على الاشياء بواسطة الكلمات البسيطة (les mots simple) (الكلمات المعبرة)، عبارة عن مجموعة من الصور المعبرة كل صورة تعبر عن شيء معين مثال : كأن يقدم الأخصائي للحالة "صورة كرسي، صورة طاولة، صورة وردة، صورة قارورة) .

اولا : يعرف الأخصائي الطفل على مجموعة الصور : (هذا كرسي، هذه طاولة، هذه وردة، هذه قارورة) بعد ذلك يضع أمام الطفل صورتين فقط ويطلب منه الأخصائي ان يعطيه شيء معين مثل : (اعطيني وردة ... أعطيني كرسي ...) وهكذا. بعد تمكن الحالة من التمييز بين صورتين يضع الأخصائي أمامه 4 صور ثم 6 صور ثم 8 صور وهكذا، كلما كان الطفل في تحسن كلما يزيده الأخصائي في عدد الصور المعبرة من أجل التعرف على الأشياء ومعرفتها والتمييز بينها .

بعد متابعة حصص سيرورة الكفالة النفسية للأخصائي من أجل التحقيق من حدة

اضطراب التوحد نجد أن الطفل المصاب باضطراب التوحد قد تمكن من مستويات كثيرة :

▪ التطابق البسيط للأشكال Analogie simple des forms

▪ التطابق البسيط للألوان Analogie simple des couleurs

▪ التمييز بين الألوان والأشكال.

▪ بناء الخيال L'imagination.

▪ بناء المنطق لدى الطفل التوحدي Les logiques.

▪ بناء التركيز البصري La tention visuelle

▪ التمكن من التمييز بين المواقف والكلمات والجمل البسيطة.

ومن خلال هذه المستويات تقل وتخف درجة أعراضه (أعراض الاضطراب) حيث تتغير

نظراته الزجاجية تصبح نظرية طبيعية تقل عدد ومدة فترات عيابه يبدأ شيئاً فشيئاً الدخول

إلى عالمنا والاندماج والوصول به إلى قابلية التعلم كل هذه المستويات تعد ركيزة هامة من

أجل الخروج من اضطراب التوحد .

كل هذه التغيرات والمستويات تتحقق من خلال المجهودات المبذولة من طرف

الأخصائي حيث هو المسؤول الأول في تحقيقها عن طريق التكفل النفسي للطفل التوحدي .

الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء:

من خلال المقابلة مع ذوي الطفلين المصابين بالتوحد تم 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 الثلاثة التي أردنا العمل عليها (النفسية والاجتماعية والعقلية) ومنه وضعنا الأسئلة على شكل ثلاث محاور :

المحور الأول: الخصائص النفسية للطفل المصاب بالتوحد

الرقم	الخصائص النفسية لطفل التوحد
1	هل تشعر بان طفلك لديه نوبات من الصراخ او الضحك وبدون سبب.
2	هل يقوم بالانفعال والثورة والغضب عند المحاولة لتغيير لعبته او 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 . سيارة . دب) وإظهاره 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 او الفاكهة).

هل تشعرُونَ بأنه لديه أجواء نفسية خاصة به.	6
هل تلاحظون عليه التجوال داخل غرف المنزل وبدون هدف.	7
هل يميل إلى العناد والمشاكسة.	8
هل تلاحظون عليه أحياناً شرود الذهن.	9

المحور الثاني: الخصائص الاجتماعية للطفل المصاب بالتوحد

الرقم	الخصائص الاجتماعية لطفل التوحد
1	عدم اللعب الجماعي والميل إلى اللعب بمفرده.
2	الانطواء والعزلة والابتعاد حتى من أعضاء الأسرة.
3	هل يرفع يديه لكم من اجل حمله كما يفعل أقرانه.
4	هل يستجيب لاسمه عند المناداة به.
5	هل يستخدم كلمات واضحة او إشارات للتواصل.
6	هل يتجنب التلامس النظري لكم أو إلى الأشياء المحيطة به.
7	هل يستطيع أن يفرز المزاح أو السخرية من الآخرين.
8	هل يتفاعل مع تعابير وجوهكم مثل الابتسامة والضحك.

المحور الثالث : الخصائص العقلية للطفل المصاب بالتوحد

الرقم	الخصائص العقلية (الفكرية)
1	هل تأخرت بعض القدرات التعبيرية مثل (الابتسامة في الأسبوع السادس).
2	هل كان الطفل اجتماعي مع من حوله في عمر الشهر الثالث.
3	هل تأخر الكلام.
4	هل تشعرون بان لديه ذاكرة ضعيفة و قلة في التركيز .
5	هل هناك بطئ 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.

تأثير التفاعل الوالدي لاضطراب التوحد في الكفالة النفسية (بعد التشخيص) :

أثناء المقابلة مع والدي الطفلين المصابين بالتوحد قمنا بطرح الأسئلة التي تخص التفاعل الوالدي مع اضطراب التوحد ومدى تأثيره في الكفالة النفسية للطفل التوحدي .

تأثير التفاعل الوالدي لاضطراب التوحد في الكفالة النفسية (بعد التشخيص)

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

3- نتائج الفرضية الثانية وتفسيراتها

قمنا بإجراء المقابلة الأولى للوالدين وشرح موضوعنا الذي هو (الكفالة النفسية للأطفال المصابين باضطراب التوحد) .

كانت أجوبة الوالدين على الأسئلة بتعاون وتقبل كبير كانوا متفاعلين مع الأسئلة ولم يبخلوا عن أي معلومة حتى وإن كانت معلومة فيها شيء من الحرج الاجتماعي .

التفسير :

الوالدين وبسبب غموض أسباب الاضطراب وعدم اكتشاف علاج له فإنهم يتعاونوا مع أي جهة مؤسساتية أو شخصية لمساعدة ابنهم وامكانية التوصل لأي منفذ يوصلهم إلى العلاج والتأهيل .

بعد الطرح للأسئلة التي تشمل الجانب النفسي والاجتماعي والعقلي للطفل المصاب باضطراب التوحد وجدنا بأن هناك معرفة عند الآباء كتلك الخصائص والجوانب بالنسبة إلى والدي الطفل الأول (اكرام .س) أكثر من تلك المعرفة التي يمتلكها والي الطفل الثاني (أمجد . ب) ويفسر هذا التفاوت في المعرفة إلى الأسباب التالية :

- المستوى الدراسي لوالدي الطفل الأول أعلى من المستوى الدراسي لوالدي الطفل الثاني، أي المستوى الثقافي لوالدي الطفل الأول أعلى من المستوى الثقافي لوالدي الطفل الثاني . وهذا بالنتيجة أدى إلى تتبع والدي الطفل الأول (اكرام .س) إلى اي معلومة عربية او أجنبية أو اي نشرة طبية نذكر .
- كذلك الطفل الأول (اكرام.س) أكبر عمرا من الطفل الثاني (أمجد .ب) وبالتالي تكون المعلومات التي يمتلكها والدي الحالة الأولى (اكرام .س) من الممكن ان تكون أكبر وأدق.

وجد ان هناك تفاوت في فهم الخصائص النفسية لطفلهم التوحدي بين والدي الطفل الأول ووالدي الطفل الثاني وكذلك درجة انتباههم لهذا الجانب فعلى سبيل المثال عندما طرح السؤال التالي : هل تلاحظون على وجهه بعض التعبيرات الانفعالية (حزن، فرح ...) الطبيعية كردة فعل لبعض المواقف التي تحتاج ذلك ؟

كان الجواب من طرف والدي الحالة الثانية (امجد .ب) بنعم، أما والدي الحالة الاولى (اكرام.س) فكان جوابهم أكثر دقة (نعم إنه يضحك ويحزن ولكنه ليس كردة فعل لبعض المواقف وبدون سبب أحيانا هذا ما كنا نلاحظ وكان يزعجنا).

كانت خصائص اضطراب التوحد لدى الآباء (للحالتين) معروفة ولكن تعاملهم وعلاقاتهم بالطفل تختلف بين الحالتين مما يؤدي إلى اختلاف في الكفالة النفسية فعلى سبيل المثال : عندما طرحنا السؤال التالي :

(هل تشعرون بأن طفلكم لديه نوبات هذا الصراخ المستمر وبدون سبب ؟ بمعنى هل تعلمون بان تلك السلوكيات هي ضمن أعراض الطفل المصاب بالتوحد وهو يقوم بها رغما عنه وليس مصطنعة ؟

فكان الجواب من طرف والدي الحالة الأولى (اكرام .س) (نعم) وكانوا متفهمين لتلك الحالة أي يعلمون بأن هذه الصفة من الصفات الواضحة على الطفل التوحدي، وأثناء المقابلة والحديث مع الاب والام بينت أن علاقتهم مع الحالة (اكرام .س) كانت مبنية على العلم والفهم الصحيح لاضطراب التوحد حيث كانوا مقتنعين بتلك الخصائص وتأثيرها على العلاقة المبنية بين الطفل ووالديه والتي من المفترض ان تكون قوية ومبنية على الفهم لاضطراب التوحد .

أما جواب والدي الحالة الثانية (أمجد .ب) كان (نعم) وهو يعلمون بان هذه الصفة من الصفات الواضحة على الطفل التوحدي وأثناء المقابلة والحديث معهم تبينت بان الابيستخدم أسلوب العقاب على ابنه من أجل إسكاته .

التفسير :

تصرف الأب مع ابنه يعكس عدم الفهم الحقيقي والصحيح لخصائص الطفل التوحدي وأعراضه ويعكس مدى اقتناع الأب والام بهذه الخصائص من خلال تأثيرها على علاقتهم مع طفلهم، كما يوضح درجة وعيهم بالاضطراب، أحيانا يؤدي الفهم الخاطئ لخصائص اضطراب التوحد بالحكم الخاطئ . علما أن الطفل مشخص وبصورة علمية صحيحة فمثلا: عندما يزعج الآباء أحيانا من بعض السلوكيات قد يلجؤون إلى الضرب أو العنف ... مما يؤثر بشكل مباشر على الكفالة النفسية لطفلهم التوحدي .

من أجل التعرف على تأثير التفاعل الوالدي لاضطراب التوحد في الكفالة النفسية بعد

التشخيص قمنا بطرح بعض الأسئلة للآباء :

عند طرح السؤال : هل قمتهم بالبحث عن ماهية هذا الاضطراب ؟

كان الجواب من طرف والدي الحالة الأولى (اكرام .س) (نعم) طبعا قمنا بالبحث

بعد التشخيص مباشرة حول هذا الاضطراب في العديد من الوسائل: كتب، مجلات، أنترنت،

مذكرات طبية، برامج... الخ من أجل التعرف على هذا الاضطراب أكثر .

أما والدي الحالة الثانية (امجد . ب) فكان جوابهم (لا) لم نبحت بعد التشخيص

مباشرة لأن التشخيص في البداية كان صدمة لم نقتنع كثيرا بالتشخيص .

التفسير :

والدي (أمجد . ب) لم يستطيعوا تقبل التشخيص بسبب ما يسمعون عن اضطراب

التوحد وصعوبة شفاؤه وعدم وجود علاجا له في الفترة الحالية أدى والدي (امجد .ب) إلى

التثبت بأي تشخيص مغاير لتشخيص التوحد حتى يعطيهم الأمل بالشفاء .

أما والدي (اكرام .س) فكانوا بالرغم من معرفتهم بحديثات المرض (بسبب خبرتهم كأطباء) كانوا متأملين ومتفائلين وكانوا يرددون الكثير من الأسئلة : هل من طريق ترشدني عليه لكي أسلكه ؟ كيف لي أن افعل ؟ ساعدني في وضع خطة لنجاح الكفالة ...

وعند مسائلة الآباء هل بحثهم في كيفية التعامل مع المتوحد ؟

كان الجواب من طرف والدي (اكرام .س) (نعم) استشرنا في هذا الكثير من الأخصائيين النفسانيين والأخصائيين الارطفونين وكل من له خبرة في هذا المجال .

أما والدي (امجد .ب) فكان جوابهم : كنا نسعى إلى كيفية شفاء ابننا من هذا المرض فقط .

التفسير :

يعود هذا التفاوت بين والدي الحالتين (اكرام .س) و (امجد .ب) إلى المستوى الدراسي لوالدي (اكرام .س) أعلى من المستوى الدراسي لوالدي (امجد .ب) حيث يؤثر هذا على درجة وعيهم وفهمهم للإضراب وحديثات هذا الاضطراب وتأثير المعاملة الوالدية على طفلهم التوحد .

وعندما طرحنا للسؤال : هل كنتم تطبقون ما تطلبه منكم الأخصائية بشكل مستمر ؟

فكان جواب والدي (اكرام .س) (نعم) نطبق ما تطلبه الأخصائية هنا بشكل مستمر وبدقة وعند الاستفسار عن أي شيء أو تصرف يسلكه الطفل نقوم بطلب المساعدة منها واستشارتها .

أما والدي (امجد .ب) فكان جوابهم (نعم) طبقنا ما تطلبه منا ولكن ليس بشكل مستمر لأننا نجد صعوبة في ذلك .

التفسير :

درجة تحدي اضطراب التوحد لوالدي (إكرام .س) أعلى من درجة التحدي لاضطراب التوحد لوالدي (أمجد .ب) ويظهر ذلك من خلال تتبع والدي (إكرام .س) وتعاونهم مع الأخصائية بشكل مستمر ودون توقف .

في الوقت ذاته كان تتبع والدي (امجد .ب) غير مستمر وليس بالشكل الكافي ، أي تصدي هذا الاضطراب بالنسبة لوالدي (اكرام .س) كان أعلى مما يؤثر ذلك بشكل مباشر وواضح في الكفالة النفسية لطفلهم التوحدي .

عند سؤالهم هل تتابعون جديد تقنيات الكفالة النفسية للمتوحدين مثلا ؟ .

والدي (إكرام .س) طبعاً كنا نتابع كل جديد قدر المستطاع وذلك من خلال حضورنا دورة ثقافية للاضطراب التوحد والعروض المقدمة في اليوم العالمي الخاص بهذا الاضطراب 02 فيفري والمؤتمرات

أما والدي (امجد . ب) فكان جوابهم (لا) اكتفينا بالتقنيات للكفالة النفسية المقدمة من طرف الاخصائية .

التفسير :

يفسر هذا الاختلاف الواضح بين والدي (إكرام .س) و (امجد .ب) أن والدي (إكرام .س) وخبرتهم كأطباء تجعلهم يتبعون كل ما هو حديث من تقنيات الكفالة النفسية للوصول إلى نتائج أفضل، وهذا طبعاً يؤثر على الكفالة النفسية بشكل ايجابي وهذا ما يفتقده ويجعله والدي (امجد . ب) .

هذا وقد أثر بشكل مباشر وملحوظ في الكفالة النفسية حيث أن هذا التفاوت (المستوى الثقافي) في الفهم الصحيح للاضطراب ولخصائصه النفسية والاجتماعية والعقلية والتفاعل الوالدي مع الاضطراب انعكس في درجة تحسن الحالة حيث :

الحالة الأولى: (إكرام. س) قد توصلت إلى مستويات عليا تمكنت من بناء المنطق وبناء التخيل والتركيز البصري تغيرت نضرتها الزجاجية تماما، انعدام فترات غيابها تقريبا وبدأت في الدخول إلى عالمنا والمحاولة في الاندماج .

الحالة الثانية : (أمجد .ب) توصل على مستويات كثيرة ولكن لا يزال يحتاج إلى مساعدة والمستويات التي توصل إليها درجتها متوسطة حيث توصلت إلى التطابق البسيط للأشكال والألوان والتمييز بين الألوان والأشكال وبناء المنطق نوعا ما، لا يزال يحتاج إلى تدريب أكثر كذلك بالنسبة لبناء التخيل . قلت فترات غيابه بدرجة بسيطة .

رغم أن درجة اضطراب الحالتين متقاربة جدا والمتابعة تمت مع نفس الأخصائي وبنفس الشكل وفي الوقت ذاته إلا أن الاختلاف كان في المتابعة الوالدية ودرجة اهتمامهم وتفهمهم لاضطراب ابنهم ووضعيته حيث انعكس هذا على تعاونهم مع الاخصائي وبالتالي يؤثر هذا على الكفالة النفسية وبالضرورة يؤثر في التخفيف من درجة التوحد ودرجة تحسن الحالة، والنتيجة النهائية هناك تأثير للمستوى الثقافي للوالدين في التخفيف من درجة اضطراب التوحد .

4- الخلاصة العامة :

تتسع ظاهرة الأمراض باختلافها وتنوعها عند الإنسان كلما كثرت العوامل المبينة لها وازدادت مصادرها.

والتوحد من خلال الفرضيات المذكورة في بحثنا قد يرجع إلى عوامل نفسية أو بيولوجية أو وراثية أو غذائية وغيرها والملاحظ أن التوحد يصيب الفرد في مرحلة حساسة في حياته يصعب التعامل معها من جميع النواحي (النفسية، الطبية، الاجتماعية) فينشأ ذلك فقدان الفرص المتاحة لعلاج هذا الاضطراب بصفة نهائية .

تتجلى أهمية الكفالة النفسية عند الأخصائي أو الوالدين، كون الأخصائي هو العامل الهام في تناول هذه الظاهرة من حيث تخصصه في هذا المجال وصدد هذا المرض الذي لا تزال أسبابه غامضة وتوفير الأسباب والوسائل والمعاملة التي من شأنها قد تؤدي إلى التخفيف من حدة الاضطراب عند المتوحد .

كما تطرقنا إلى أهمية المستوى الثقافي للوالدين في الكفالة النفسية لتخفيف من حدة اضطراب التوحد من حيث تقبلهم لهذا المرض وإيلاء الرعاية والتكفل التام به .

وقد تم التوصل في الأخير إلى أهمية الكفالة النفسية للأخصائي وكذا الكفالة النفسية للوالدين في التخفيف من حدة اضطراب التوحد لدى الأطفال .

مقترحات البحث :

بناء على النتائج المتحصل عليها نقترح ما يلي :

1- القيام بمسح لأعداد الأطفال المصابين بالتوحد لعمل قاعدة بيانات خاصة بهم

لتسهيل عمل الباحثين في الجزائر .

2- فتح مراكز ومؤسسات تعنى بأطفال التوحد لتخفيف العبء الواقع على الوالدين

من جراء الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية التي يتميز بها الطفل المصاب

.

3- القيام ببحوث تتيح الفرصة لاشتراك الوالدين ضمن فريق العمل العلاجي بعد

تأهيلهم وتدريبهم .

صعوبات البحث:


إن القيام بالبحث يعتبر عملية صعبة تتطلب التحكم في جميع الظروف المحيطة بهم بطريقة علمية والصعوبات والعراقيل هي كثيرة، وفي بحثنا هذا سنحاول سرد بعض الصعوبات التي صادفتنا أثناء إجرائه:

1. صعوبة البقاء مع أفراد العينة طوال الفترة المخصصة والتزام الأخصائي ببعض

خصوصيات العلاج مهما.

2. صعوبة التعامل مع أفراد العينة نظرا لتواجدنا كمتغير دخيل عليه العزوف عن

التعامل معنا أحيانا .

A decorative rectangular border with intricate, symmetrical floral and scrollwork patterns in black ink, framing the central text.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

1- الكتب بالعربية

1- ابراهيم عبد الله الزريقات، التوحد الخصائص والعلاج، ط1، دار الفكر، عمان،
2004.

2- ابراهيم عبد الله فرج، التوحد (الخصائص والعلاج)، ب ط، دار وائل للنشر
والتوزيع، 2004.

3- أحمد سالم النجار، التوحد واضطراب السلوك، ط1، دار أسامة للطبع والنشر، عمان،
الاردن، 2006.

4- الروسان فاروق، دراسات وابحاث في التربية الخاصة، ط1، دار الفكر للطباعة
والنشر، الأردن، 2005.

5- أسامة محمد البطانية وآخرون، البرامج التربوية والتدريبية للتخفيف من أعراض
التوحد، ط1، دار المسيرة، عمان، الاردن، 2007.

6- ألفت حقي، الاضطراب النفسي التشخيص والعلاج والوقاية، مركز الاسكندرية
للكتاب، مصر ، 2001.

7- أورابية ابراهيم حكيم، دليلك للتعامل مع التوحد، ط1، المدينة للطباعة، جدة، 2003.

8- بدرة معتصم ميموني، اضطراب التوحد وأساليب علاجه، ب ط، ديوان المطبوعات الجامعية، 2003.

9- حسن مصطفى عبد المعطي، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، ط1، دار القاهرة، 2001.

10- حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية، ط1، عالم الكتب للنشر والتوزيع، مصر، 1995.

11- خولة أحمد يحيى، البرامج التربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار المسيرة، عمان، الأردن، 2006.

12- رائد خليل لعبادي، التوحد، ط1، مكتبة المجتمع العربي، عمان، الأردن، 2006.

13- رانية ابراهيم حكيم، دليلك لتعامل مع التوحد، ط1، المدينة للطباعة، جدة، 2003.

14- سعد رياض، الاضطرابات النفسية للأطفال والمراهقين التشخيص والوقاية والعلاج، ط1، دار الكلمة، مصر .

15- سيف الدين فوزي، التكفل النفسي بالمجرمين، 1998.

16- سيمون كوهين، باتريك بولتن، حقائق في التوحد، ترجمة عبد الله ابراهيم حمدان، ط1، اكااديمية التربية الخاصة، الرياض.

17- سهى أحمد أمين، الاتصال اللغوي للطفل التوحيدي، ب ط، دار الفكر، عمان، الأردن، 2002.

18- عادل عبد الله وشريف علي حمدي، فعالية العلاج بالموسيقى في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحيدين، ب ط، دار الإرشاد، القاهرة، 2001.

19- عبد الرحمان سيد سليمان، محاولة لفهم اعاقاة التوحد، ط1، مكتبة الزهراء، للنشر، القاهرة، مصر، 2005.

20- عبد الله محمد الصبي، التوحد وظيف التوحد، ط1، الرياض، 2003.

21- عباس محمد عوض، الموجز في الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، ب ط، 1996.

22- عبد الرحمن العيسوي، الإجرام، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، 1984.

23- عبد الرحمن العيسوي، الصحة النفسية من المنظور القانوني، ط1، منشورات الحلبي، بيروت، 2004.

24- عبد الكريم قاسم أبو الخير، التمريض النفسي، مفهوم الرعاية والتمريض، دار وائل للنشر، عمان، 2002.

25- طارش الشمري، ندوة التشخيص الطبي والتقسيم النفسي والتربوي، طهران، ب ط، 2002.

- 26- طلعت حمزة الوزنة، التوحدين التشخيص والعلاج، ط1، الرياض، 2004.
- 27- فادي رفيق سبقي، إعاقة التوحد المعلوم المجهول، ط1، لبنان، 2001.
- 28- فهد بن حمد المغلوث، التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه، ط1، الرياض، 2006.
- 29- كوثر حسن عسيلة، التوحد، ط1، دار صفاء، عمان، 2006.
- 30- محمد احمد خطاب، فعالية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2004.
- 31- محمد أحمد خطاب، سيكولوجية الطفل التوحدي، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
- 32- محمد السعيد بو حلاوة، العمل مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات الاجتماعية والتواصلية الأخرى، ب ط، كلية التربية، الاسكندرية.
- 33- محمد السيد عبد الرحمان وآخرون، رعاية الأطفال التوحديين، ط1، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة، 2005.
- 34- ماجد السيد علي عمارة، إعاقة التوحد، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2005.

35- مدحت أبو نصر، الإعاقة الجسمية (المفهوم، الأنواع، برامج الرعاية)، ط1،
مجموعة النيل العربية، عمان، 2005.

36- محمد عدنان عليوات، الأطفال التوحديون ب ط، دار البازوري العلمية للنشر
والتوزيع، عمان 2007.

37- محمد علي كامل، التوحد (الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج)، مركز
الاسكندرية للكتاب، ب ط، 2002.

38- محمد محروس الشناوي، نظريات الارشاد والعلاج النفسي، دار قباء، القاهرة،
1990.

39- نايف بن عابد بن ابراهيم، قائمة تقدير السلوك التوحدي، ب ط، دار البازوري
العلمية، للنشر والتوزيع، عمان، 2007.

40- نموشي جترول، ترجمة فوزي داود، علم النفس الإكلينيكي، دار الشروق، الأردن،
2007.

2- الكتب بالفرنسية :

41- Mary lynch barbera, les technique d'apprentissage du
comportement verbal, paris 2005.

42- Gilliéron, psychothérapie, bemes, paris 1987.

- 43- Charles aussilloux, *comment vivre avec une personne autiste*, lyon France 2005.
- 44- Vanessa virag et dominique predali, *voyage au bout de l'autisme*, France, paris 2001.
- 45- Eric laurent, *la bataille de l'autisme, navarin, le champ freudien*, 2012.
- 46- Barbara donville, *vaincre l'autisme*, ruesoufflot, paris, 2006.

3- المعاجم :

- 47- ابن منظور، لسان العرب، دار المعارف، القاهرة، 1993.
- 48- المنجد في اللغة والاعلام، ط42، دار المشرق، بيروت، 2008.
- 49- فاخر عاقل، معجم علم النفس، ط2، دار الملايين، بيروت، 1971.

4- الرسائل الجامعية :

50- سهام علي عبد الغفار عليه، فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج التدريب على المهارات الاجتماعية لتخفيف من أعراض التوحد، رسالة ماجستير 1999.

51- عادل جاسب ، الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد، رسالة ماجستير، 2007.

52- مسيس فوزية وآخرون، أثر الكفالة النفسية في التحقيق من حدة الاضطرابات النفسية لدى الطفل جراء العنف الارهابي، مذكرة ماجستير، الجزائر، 2006.